

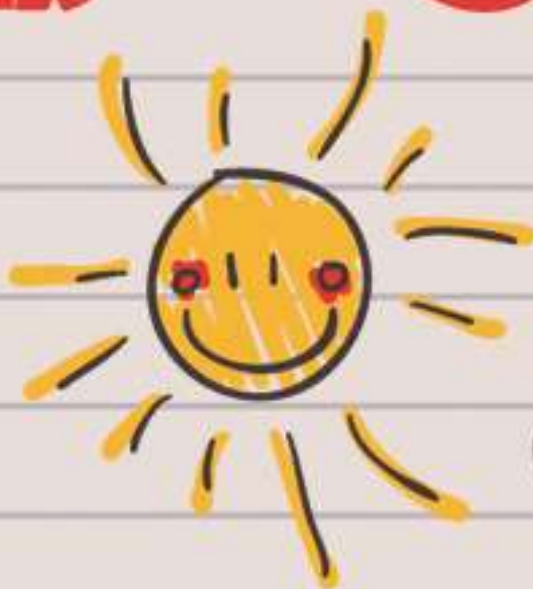


ISSN 2145-6568

REVISTA DE **GEPU** PSICOLOGÍA



Nº 1



VOL
7



JUNIO DE 2016
SANTIAGO DE CALI



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 7 No. 1 – Junio de 2016
ISSN 2145-6569



Editores

Argeli Arango Vasquez / Andrey Velásquez Fernández
argeli.arango@correounivalle.edu.co / andreyvelasquez@psicologos.com

COMITÉ EDITORIAL

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Rosa Bejarano
Universidad del Valle | Laura Daniela de los Ríos
Universidad Javeriana Cali | Andrés Felipe Beltrán
Universidad del Valle | Catalina Cardona Hurtado
Universidad del Valle | Marlon Muñoz Méndez
Universidad del Valle |
| Raquel Salcedo Mejía
Universidad San Buenaventura | Erika Yuliana Castro
UCC Cali | Adriana Narvaez
Universidad del Valle | Nicole Pérez Ortiz
Universidad del Valle | Manuela Betancourt
Universidad del Valle |

CONSULTORES NACIONALES

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| Leonel Valencia Legarda
Universidad San Buenaventura | Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira | Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura | Ximena Ortega Delgado
Universidad Mariana | Daniel Hurtado Cano
Universidad Manuela Beltrán |
|--|--|---|---|---|

CONSULTORES INTERNACIONALES

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona | Blanca Hurtado Caceda
Universidad Alas Peruanas | María Amparo Miranda Salazar
Universidad del Valle de México | Adriana Savio Corvino
Universidad de la República | Hilda Janett Caquias
Escuela de Medicina de Ponce |
|---|---|--|---|---|

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

- | | | | |
|---|--|---|---|
| Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología | Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana | Nora Couso
Área de Medición Educativo Provincia del Chubut de Argentina | Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica y la Salud Mental |
|---|--|---|---|

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia – Sudamérica. **Safe Creative Código 1707142947895**



Revista de Psicología GEPU Vol. 7 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-7-No-1.htm>



	Pág.
Editorial.....	4
Artículos de Investigación Científica.....	7
Apego Parental y su relación con el Apego Romántico y la Dependencia Afectiva en 119 Universitarios de la ciudad de Ibagué – Colombia	8
<i>Laura Patricia Lozano Sapuy, Paula Andrea Albarracín Ángel & Milena Vásquez Amézquita / Universidad San Buenaventura</i>	
Depresión y Variables asociadas al Diagnóstico de VIH-SIDA en la Población de la IPS Vital Salud.....	40
<i>Elisama Beltrán De la Rosa, Orlando Silvera Tapia, Kelly Yelena Armella, Ariamis Marín Daza, Amalia Román Garrido & Nataly Rojas Jiménez / Universidad Metropolitana de Barranquilla – Universidad del Norte</i>	
Consciencia de Sí, en una Posibilidad de Afrontamiento en Pacientes con Cáncer Gástrico y su Cuidador Principal Familia, durante el Duelo Preparatorio	72
<i>María de los Ángeles Calvo Echeverri, Karen Liseth Melenje & Yuliana Andrea Miranda / Fundación Universitaria de Popayán</i>	
Análisis de Genogramas Familiares de Adolescentes con Dificultades Académicas	86
<i>Karen Guadalupe Lázaro Vicente, Cecilia Castellanos Guzmán & Iris Fabiola Ramírez Montoya / Universidad Pablo Guardado Chávez</i>	
Diferencias entre Adultos Adoptantes y No Adoptantes en Salud y Satisfacción Vital.....	101
<i>Arantxa Aguirre Uriarte & Félix Loizaga Latorre / Universidad de Deusto</i>	
Desarrollo de la Escritura Narrativa en Niños Hospitalizados.....	113
<i>Sonia Betancourt Zambrano, Mónica Lorena López & Deissy Hernández Figueroa / Universidad de Nariño</i>	
Instrumento de Evaluación de Crisis de Carrera –CRICA -.....	134
<i>Leonardo Pardo Jaime / Corporación Universitaria Iberoamericana</i>	
Consumo Excesivo de Álcool de Pessoas em Situação de Vulnerabilidade Social no Brasil	146
<i>Nilton S. Formiga / Universidade Federal da Paraíba</i>	
Attachment Styles and Relationship Satisfaction	157
<i>Sheila Pintado & Andrea Mendoza / Universidad de las Americas Puebla</i>	
Artículos de Reflexión derivados de una Investigación	170
Estudio del Lugar del Niño con Relación a la Pornografía y Prostitución Infantil desde los aportes de la Teoría Psicoanalítica	171
<i>Leonardo Rafael Mass Torres & Viana Ángela Bustos Arcón / Universidad Metropolitana de Barranquilla</i>	
La Mujer y la Pornografía: Consideraciones desde el Psicoanálisis	192
<i>Judith Elena García Manjarrés / Universidad Metropolitana de Barranquilla</i>	
Artículos Teóricos.....	209
El Desarrollo Científico de la Investigación Cualitativa en Psicología	210
<i>Oscar Gilberto Hernández / Universidad Pedagógica Nacional de Colombia</i>	
Problemas de Conducta en el Aula, Relaciones entre la Integración Sensorial, Problemas de la Atención y la Conducta.....	224
<i>Oscar Erazo Santander / Fundación Universitaria de Popayán</i>	
Artículos de Revisión.....	243
La Participación de los Niños y las Niñas. Un Aporte al Estado del Arte.....	244
<i>Sergio Santana Clavijo, Paula Gasca Collazos & Miryam Fernández Cediél / Universidad Surcolombiana</i>	



Editorial

EDITORIAL. UNA NUEVA MIRADA HACIA LA NIÑEZ

Argeli Arango Vásquez

Información de los autores: *Argeli Arango Vásquez*. Psicóloga de la Universidad del Valle, maestrando en Psicología Línea de profundización teórica en Psicología Social de la misma universidad. Miembro del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle – GEPU. Editora Revista de Psicología GEPU y Coordinadora de la Línea de Investigación Praxis y Transformación Psicosocial del Grupo de Investigación GEPU. Correo electrónico: argeli.arango@correounivalle.edu.co

Referencia Recomendada: Arango, A. (2016). Editorial. Una nueva mirada hacia la niñez. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 5-6.

Es un placer presentarles a toda la comunidad académica, movimientos sociales y políticos, y demás lectores de nuestra revista, el Volumen 7 Número 1 de la Revista de Psicología GEPU, que en esta oportunidad contiene nueve (9) artículos de investigación científica, dos (2) artículos de reflexión derivados de una investigación, dos (2) artículos teóricos y un (1) artículo de revisión de las siguientes instituciones nacionales e internacionales: Universidad San Buenaventura, Universidad Metropolitana de Barranquilla Fundación Universitaria de Popayán, Universidad Pablo Guardado Chávez, Universidad de Deusto, Universidad de Nariño, Corporación Universitaria Iberoamericana, Universidade Federal da Paraíba, Universidad de las Américas Puebla, Universidad Pedagógica Nacional de Colombia, Universidad del Norte y Universidad Surcolombia; teniendo de esta manera participaciones desde los países de Colombia, Brasil, México, y España.

En este número encontrarán en gran parte interesantes investigaciones alrededor de la niñez como categoría de estudio, que nos permite abrir la reflexión y el debate en torno a la niñez no sólo como un periodo de la vida, si no como un concepto el cual es construido en cada cultura y la cual permite la comprensión de la noción y expectativa que se tiene alrededor de los niños y las niñas.

En este sentido, existen algunas ideas sobre la niñez que se orientan sobre las carencias y la condición de vulnerabilidad que presentan los niños y las niñas en comparación con el adulto, quien es comprendido como el "sujeto ideal", quien según Botero y Alvarado (2006) lo definen como: "Un adulto que ha rebasado la minusvalía de la minoría de edad, que hace uso público de la razón, que se halla en condiciones de igualdad para llevar a cabo los actos comunicativos, y que aspira a la participación formal en la democracia"

(p. 19). Sin embargo, en diversas investigaciones se ha encontrado que los niños y las niñas resultan ser agentes no solo de su propio desarrollo sino también de su construcción como sujetos políticos, lo cual se evidencia en las ricas interacciones que estos tienen con sus contextos, en los cuales construyen su propia realidad. Este es el caso de la revisión teórica que proponen Santana-Clavijo, S., Gasca-Collazos, P., y Fernández-Cediel, M. (2016), de la Universidad Surcolombiana, en relación con la participación de los niños y las niñas, donde se destacan como sujetos sociales, dinámicos y con criterios para la toma de decisiones.

Es necesario, pues, cambiar nuestra mirada hacia la niñez, que conciba a los niños y las niñas desde sus posibilidades no solo individuales sino también interaccionales, donde el vínculo con el otro moviliza en los niños procesos de socialización política, construcción de ciudadanía, entre otras; más allá de la idea de suplir "necesidades" y favorecer elementos "protectores" en la niñez, pues no basta con estar presente y dirigir acciones en pro del desarrollo "adecuado" de los niños y las niñas, sino

que es preciso la construcción de una relación que permita su reconocimiento y valoración, aportando elementos para la construcción de su identidad.

De este modo, abrimos la presente edición de la Revista de Psicología GEPU extendiendo la invitación a todos y todas a participar de los próximos números enviando sus artículos, estudios de caso y/o reseñas, que nos permita seguir avanzando en la construcción y circulación del conocimiento al servicio de todos.

REFERENCIAS

- Botero, P. & Alvarado, S. V. (2006). Niñez, ¿política? y cotidianidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(2), 1-23. Recuperado de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/397/232>.
- Santana-Clavijo, S., Gasca-Collazos, P., & Fernández-Cediel, M. (2016). La participación de los niños y las niñas. Un aporte al estado del arte. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 244-267.



***Artículos de
Investigación
Científica***

APEGO PARENTAL Y SU RELACIÓN CON EL APEGO ROMÁNTICO Y LA DEPENDENCIA AFECTIVA EN 119 UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE IBAGUÉ – COLOMBIA

Laura Patricia Lozano Sapuy, Paula Andrea Albarracín Ángel & Milena Vásquez Amézquita

Información de los autores: *Laura Patricia Lozano Sapuy*. Estudiante investigador X Semestre. Psicología. Universidad de San Buenaventura seccional Medellín, extensión Ibagué. Colombia. Correo electrónico: psicolausapuy@hotmail.com

Paula Andrea Albarracín Ángel. Estudiante investigador X Semestre. Psicología. Universidad de San Buenaventura seccional Medellín, extensión Ibagué. Colombia. Correo electrónico: andreangel1019@hotmail.com

Milena Vásquez Amézquita. Psicóloga, Universidad Católica de Colombia. Master en Neurociencias Básicas y Aplicadas, Universidad de Valencia, España. Doctorando en Neurociencias, Universidad de Valencia, España. 4 años de experiencia en docencia Universitaria. Investigadora principal en proyecto financiado por la Universidad de San Buenaventura de Medellín en el grupo de Psicología y Neurociencias. Docente investigador de Laboratorio de Psicología Experimental en la Universidad el Bosque.

Referencia Recomendada: Lozano-Sapuy, L. P., Albarracín-Ángel, P. A., & Vásquez-Amézquita, M. (2016). Apego parental y su relación con el apego romántico y la dependencia afectiva en 119 universitarios de la ciudad de Ibagué – Colombia. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 8-39.

Resumen: En el presente estudio se examinó la relación entre el apego establecido con los padres, el apego adulto romántico y la dependencia afectiva en 119 universitarios de la ciudad de Ibagué –Colombia, siendo el 63.9% Mujeres, 36.1% Hombres, entre 18 y 40 años; mediante una investigación cuantitativa, descriptiva – correlacional de corte transversal. El análisis de datos se realizó en el programa SPSS20, utilizando los estadísticos descriptivos, correlación de Spearman y diferencias entre grupos (U Mann Whitney y Kruskal Wallis). Se tomó como sustento teórico la teoría de apego de Bowlby (1979), el apego adulto romántico por Hazan, Shaver (1987), Bartholomew y Horowitz (1991) y la dependencia afectiva como posible consecuencia de las relaciones afectivas de la infancia (Castelló, 2000). *Resultados:* se encontró correlación negativa entre las dimensiones del apego percibido de la madre y algunos factores de dependencia emocional ($p < 0,05$), allí las comparaciones de género mostraron significancia ($p < 0,05$) únicamente en la percepción de afecto de su madre: masculino (Media: 29,77), femenino (Media: 26,33); en cuanto al padre, se presentó correlación negativa entre el control percibido y la evitación en relaciones de pareja (Sig. ,020); en estas últimas, la dimensión ansiedad estuvo directamente relacionada con todos los factores de dependencia afectiva. *Conclusiones:* la madre es el eje

que regula la manera en la que se relacionan los individuos a futuro, el control ejercido por el padre dosifica la evitación hacia la pareja, y los altos niveles de ansiedad experimentados en la relación de pareja se asocian a la dependencia afectiva. **Palabras Clave:** Apego parental, Apego adulto romántico, Dependencia afectiva, Control, Ansiedad, Evitación.

Abstrac: In this study the relationship between attachment established with parents, the adult romantic attachment and emotional dependence on 119 university students from the city of Ibagué examined – Colombia was analyzed, with 63.9% female, 36.1% male, between 18 and 40 years; using a quantitative, descriptive research - correlational cross sectional study. Data analysis was performed with the SPSS20 Analytical Descriptive Statistics Software, Spearman Correlation and differences between groups (Mann Whitney U and Kruskal Wallis). Was taken as theoretical support The Attachment Theory of Bowlby (1979), the Attachment Theory by Hazan, Shaver (1987), Bartholomew and Horowitz (1991), and emotional dependence as a possible consequence of emotional childhood relationships (Castelló, 2000) **RESULTS:** Negative correlation between the dimensions of perceived affection provided by the mother and some emotional dependency factors was found ($p < 0.05$), however, gender comparisons showed significant ($p < 0.05$) only in the perception of affection from the Mother: male (average: 29.77), female (average: 26.33); as the father, negative correlation between perceived control and avoidance in relationships (Sig., 020) was presented; in the latter, anxiety dimension it is directly related to all the factors of emotional dependence. **Conclusions:** the mother is the mainstay that regulates the way in which individuals relate to future, the primary control exercised by the father regulates the avoidance to the couple, and experienced high levels of anxiety in the relationship are associated emotional dependence. **Keywords:** Parental attachment, Adult romantic attachment, Emotional dependence, Control, Anxiety, Avoidance.

Recibido: 28 de Mayo de 2015 / **Aprobado:** 12 de Abril de 2016

Correspondencia y Agradecimientos

La correspondencia relacionada con este artículo debe ser enviada a Milena Vásquez Amézquita, Facultad de Psicología, Universidad el Bosque, Bogotá-Colombia. E-mail: mvasquezam@unbosque.edu.co – milena_vasquez@hotmail.com

Se agradece a la Psicóloga PhD (C). Diana Carolina González Reina, por su apoyo al desarrollo de la investigación.

A lo largo de la vida el ser humano es influido desde su concepción con la afectividad transmitida por las personas más cercanas, que generalmente son los padres, paralelamente el individuo en su proceso evolutivo se transforma física, afectiva, cognitiva y socialmente, lo cual facilita o no la adquisición de competencias y las maneras de aprender, relacionarse, comunicarse, y transformar su entorno por medio de solución de problemas; siendo de vital importancia que en los ambientes de desarrollo se asegure la satisfacción de todas las necesidades ya sean físicas, de salud, afectivas, nutricionales, educación (MEN, 2007) seguridad, atención, cuidado y responsividad o manera en que se relaciona con el cuidador y como este reacciona ante sus necesidades (Barroso, 2014; Garrido, 2006); en caso de que no sea así, el menor crece con carencias en algunas de las áreas que pueden llegar a afectar los vínculos afectivos establecidos.

Antes de continuar, es preciso aclarar que en la presente investigación se tomará el apego de acuerdo a idiomas como el italiano (*attacamento*), inglés (*attachment*) y francés (*attachement*), es decir como el vínculo o lazo afectivo establecido y no con la connotación de inmadurez manejada por el español (Prada, 2004). El psicoanalista británico John Bowlby fue quien introdujo el término de apego (1979), donde confluyeron la teoría psicoanalítica, evolutiva, del control, la etología (Stassen, 2006), la teoría general de los sistemas y la cibernética, la neurobiología y la psicología cognitiva (Gómez, Vallejo, Villada & Zambrano, 2010), para describir el lazo de especial afecto y confianza que el niño construye con las personas

emocionalmente significativas para él, es decir, los primeros cuidadores por medio de las experiencias en las relaciones tempranas y vínculos integrados y establecidos; los cuales se instauran como fuente de seguridad y protección a través de representaciones mentales internas o modelos operativos internos – MOI, influyendo en la organización psíquica del individuo (Rozenel, 2006; Martínez, Martínez & Aldana, 20013), a partir de la adolescencia se extrapolan a nuevos lazos, marcando la base para todas las relaciones futuras (Ainsworth, 1973 citado en Stassen, 2006; Pinedo, 2006).

Esta condición es una predisposición (Galán, 2010) a lograr o mantener proximidad, contacto, comunicación (Lafuente & Cantero, 2010) y disponibilidad psicológica (Méndez & González, 2002) con una persona percibida generalmente como más fuerte o protectora (Bowlby, 1973; Monteolivia, 2002; Garrido, 2006), con el fin de experimentar seguridad (Méndez & González, 2002), gracias a lo cual garantizaría la supervivencia, conservación y reproducción del individuo (Bustos, 2008), de acuerdo a la satisfacción y regulación de necesidades tanto físicas como psicoemocionales, facilitando la modulación de las emociones y la incorporación tanto de modelos relacionales como de formas simbólicas para la interpretación de su entorno, construyendo un mapa cognoscitivo de sí mismo, su figura de apego, el ambiente o los demás y la relación entre ellos, lo cual marca pautas para el establecimiento futuro de vínculos afectivos (Monteolivia, 2002), la principal figura de apego o cuidador primario generalmente es quien cumple

la función materna, es oportuno recalcar que la conducta de apego puede ser activada por diversas situaciones, estímulos e incluso personas, dependiendo de cada individuo y su etapa evolutiva (Martínez, Martínez, & Aldana, 2013).

La formación del vínculo afectivo con las primeras figuras de apego se da gracias a tres aspectos básicos: 1. la sintonía del cuidador con las señales del hijo, 2. el balance, equilibrio o regulación propiciada en el cuerpo, las emociones y estados mentales por medio del primer aspecto, y 3. la coherencia adquirida por el niño a través de la relación con su figura parental generando sensación de integración y conexión con los demás (Mosquera, 2013; Mosquera & González, 2011); a través de la experimentación de las tres funciones del sistema de apego, la primera mantener proximidad del cuidador generando protesta o ansiedad ante el alejamiento y placer ante el reencuentro, la segunda propiciar la estructuración de base segura animándolo a explorar (Garrido, 2006) por medio del equilibrio entre la disponibilidad o accesibilidad de la figura de apego y las amenazas percibidas del entorno, lo que lleva a que el niño experimente o no seguridad en la exploración y dominación de su ambiente debido a la confianza de disponibilidad del cuidador (Gómez et al., 2010), por último la tercera función es la búsqueda de un refugio seguro o cuidador ante una amenaza, necesidad, ansiedad o peligro (Feeney & Noller, 2008; Gómez et al., 2010); A partir de la interacción de lo anterior se construyen los esquemas de sí mismos y otros en las relaciones (Monteolivia, 2002), por tanto sus MOI en la manera de relacionarse de

acuerdo a la satisfacción de las necesidades previamente dichas (Barroso, 2014; Garrido, 2006; Sroufe, Szteren & Causadias, 2014), estableciendo y guiando la organización psíquica del individuo (De la Cruz et al., 2013), el afecto, la cognición y la conducta en relaciones cercanas (Monteolivia, 2002).

Por medio de este proceso se van estructurando los estilos de apego, estos son tendencias a relacionarse de una manera determinada (García et al., 2010) con figuras de apego de acuerdo a los MOI del self y los otros construidos en la interacción entre la figura de apego y el niño (Barroso, 2014), por tanto se constituyen en estructuras de conocimiento consolidadas que generan esquemas de necesidades, expectativas, emociones y conductas resultado de cada historia de apego (Gámez & Marrero, 2005), organizadas jerárquicamente, de modo que, el primer vínculo sienta un precedente para el establecimiento y mantenimiento de los demás (García et al., 2010), por ello se afirma que estos patrones con el tiempo son generalizados y afectan las relaciones interpersonales en general (Monteolivia, 2002).

A partir de lo anterior, en 1978 Mary Ainsworth (citado en Galán, 2010; Méndez & Gonzalez, 2002; Monteolivia, 2002; Gámez & Marrero, 2005; Polaino, Truffino & del Pozo, 2003) catalogó las formas de apego o vínculo afectivo en tres, uno seguro, y dos inseguros, el evitativo y el ansioso/ambivalente o resistente. El *apego seguro*, es resultado de modelos de apego exitosos en donde el cuidador es accesible, sensible, cálido (Monteolivia, 2002), con alta

responsividad, lo que lleva a generar en el niño un estilo de relaciones de confianza con baja ansiedad y evitación, capaz de explorar el entorno sin temores (Garrido, 2006; Gámez & Marrero, 2005; Fonagy, 1999), de cooperación (Polaino, et al., 2003) et al, 2003), son perturbados por la ausencia del cuidador, buscan la proximidad y contacto con el cuidador a su regreso (Carrera, 2007; Gámez & Marrero, 2005; Monteolivia, 2002, Fonagy, 1999; Fonagy, et al., 1996), las relaciones son basadas en la confianza, independencia, amistad y felicidad (Monteolivia, 2002).

Por su parte, los niños que desarrollan apegos inseguros son resultados de experiencias poco satisfactorias, propiciando relaciones igualmente satisfactorias que se basan en la desconfianza, inhibición o excesiva preocupación por el rechazo y abandono del otro (Monteolivia, 2002), generando conductas, pensamientos y emociones distorsionadas de sí mismo y de los demás (Ainsworth, 1991). De modo que, los *inseguros evitativos* son el resultado de cuidadores primarios rígidos, rechazantes, hostiles, opuestos al contacto físico de sus hijos (Gámez y Marrero, 2005; Monteolivia, 2002) que oscilan entre emocionalmente frías hasta el rechazo abierto (Carrera, 2007; Brenlla, Carreras & Brizzio, 2001), como consecuencia los niños presentan conductas de desapego, rechazo al cuidador (Fonagy, 1999; Monteolivia, 2002), actitud negativa ante el contacto, utilización del mecanismo de defensa de la evitación y afecto mínimo evitando a las figuras de apego (Polaino, et al., 2003; Ainsworth, 1985) y situaciones perturbadoras (Fonagy, 1999; Fonagy, et al., 1996).

El *apego ansioso – ambivalente o resistente* se caracteriza por haber tenido cuidadores insensibles, inaccesibles, entrometidos, con baja disponibilidad (Gámez & Marrero, 2005; Monteolivia, 2002; Cassidy & Berlin, 1994) excesivamente afectuosas y evidentemente incoherentes (Carrera, 2007; Brenlla, Carreras & Brizzio, 2001), lo que genera en el niño limitada exploración y juego, alta perturbación o aflicción ante la separación, ansiedad e ira ante la llegada del cuidador como conducta de protesta (Brenlla, Carreras & Brizzio, 2001; Polaino, Truffino & del Pozo, 2003, Monteolivia, 2002, Fonagy, 1999), además sobregulan su afecto incrementando la expresión de su malestar con el objetivo de despertar las respuestas esperadas del cuidador y experimentan bajo umbral de sensibilidad ante condiciones amenazantes. En 1985 Main propone un tercer estilo de apego inseguro denominado *desorganizado/confuso* (Main, Kaplan & Cassidy 1985) o A/C (Crittenden, 1985; 2002), que presenta conductas desorganizadas e impredecibles, evitación del contacto ocular, comportamiento ambivalente, fruto de cuidadores que no proporcionan seguridad (Polaino et al., 2003), fuentes de temor y reaseguramiento (Fonagy, 1999), así como del sufrimiento no superado, pérdida de las figuras de apego o traumas intensos, lo que lleva a combinar características de los dos estilos inseguros anteriores, activando motivaciones conflictivas que llevan a estas conductas de confusión en la exploración (Gámez & Marrero, 2005).

Ya en la adultez, se generan relaciones que pueden llegar a ser de apego al cumplir con la funciones previamente

expuestas, siendo el **apego adulto** un proceso biosocial por medio del que se forman vínculos emocionales afectivos entre adultos determinados por la historia de apego infantil de cada uno, conformándose como lazos duraderos caracterizados por complejas dinámicas emocionales (Hazan y Shaver, 1987; Bartholomew y Horowitz, 1991), diferenciándose del infantil por ser recíproco, más no unidireccional (Weiss, 1982).

El apego adulto se da a través de fases, la primera de preapego, donde se evidencia la atracción, el cotejo, la evaluación mutua y el surgimiento de sentimientos; la segunda, en la cual se empieza a construir el apego, dándose el enamoramiento, estableciendo un lazo emocional, incrementado el compromiso, generándose la idealización de la pareja y el incremento del autodescubrimiento, acompañado de la conducta sexual; la tercera y última es donde finalmente se consolida el apego formando un vínculo emocional y de compromiso, donde aparecen todas las funciones del apego planteadas por Bowlby, dada según Zifman y Hazan (1997) después de dos años.

En la actualidad se identifican cuatro estilos de apego adulto, el *seguro* caracterizado por confianza y MOI positivo de sí mismo y los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), alta autoestima, equilibrio entre sus necesidades afectivas y autonomía, deseo de tener intimidad y comodidad ante ésta (Feeney, Noller y Harahan, 1994; Mikulincer, 1998; Melero y Cantero, 2008); el *huidizo*, *alejado* o *evitativo* presenta un MOI positivo de sí mismo pero negativo de los demás

(Bartholomew y Horowitz, 1991), demostrando alta autosuficiencia emocional, alta incomodidad con la intimidad, bajas necesidades de apego y orientación al logro (Mayseless, 1996); el *preocupado* evidencia un MOI negativo de sí mismo aunque positivo de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), lo que genera baja autoestima y conductas de dependencia por su necesidad de aprobación acompañada de una inquietud excesiva por las relaciones interpersonales (Feeney, Noller y Harahan, 1994), propiciando que demuestren cierta hostilidad y celotipia ante conductas amenazantes por su temor al abandono, considerándose ineficaces socialmente e incapaces de hacerse querer (Melero y Cantero, 2008); por último el *huidizo temeroso* presenta en su MOI un concepto negativo de sí mismo y de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), con altas necesidades de aprobación, baja confianza y autoconfianza, con necesidades de apego frustradas, debido a que experimenta necesidades de contacto social e intimidad, pero por el temor al rechazo evita situaciones donde se pueda dar (Feeney, Noller y Harahan, 1994; Mikulincer, 1998; Melero y Cantero, 2008).

Ahora bien, la **dependencia afectiva** se define como un esquema de necesidades insatisfechas que han evolucionado como demandas frustradas desde la niñez (Sirvent, 2004) a través de aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales dirigidos hacia la búsqueda desesperada compensar tal insatisfacción por medio de relaciones interpersonales estrechas con otras personas, presentando creencias de

sobrevaloración respecto a la percepción de las relaciones, la amistad y la intimidad (Castelló, 2000; Lemos, Jaller, González, Díaz, & De la Ossa, 2012); caracterizada por la prioridad que los individuos dan a la pareja por sobre cualquier otra cosa, poniendo su relación por encima de todo; de sí mismo, su trabajo, hijos, núcleo social o actividades cotidianas, mediatizada por el miedo de perder a la otra persona y el fin de preservar la relación; lo que lleva a dificultar el relacionarse con otras personas de manera asertiva. En este sentido, la dependencia afectiva hace que la persona sufra una despersonalización y gran dificultad de vivir sin la persona "amada", en medio de su deseo de buscar suplir los vacíos afectivos producto de las relaciones de apego inseguro con las figuras primarias (Riso, 2003); ello a través de una vinculación insana hacia la pareja dentro de una relación de apego formando así relaciones desequilibradas lo cual da paso a crear una necesidad por el otro con deseos de estar en compañía constante de él.

En general, las personas afectivo-dependientes se caracterizan por altos niveles de posesividad, amor condicional, imposibilidad para romper ataduras, pseudosimbiosis (no estar completo sin el otro), locus de control externo, escasa elaboración del problema, codicia de cariño y/o amor, hiperdependencia del compromiso, sentimientos negativos (culpa y miedo al abandono), vacíos afectivos por ciertas carencias afectivas durante la infancia, antecedentes de maltrato emocional y/o físico, necesidad de aprobación, preocupación excesiva de agradar a los demás, manifestaciones de abstinencia

ante la ruptura o ausencia, necesidad extrema de tener pareja, euforia y fantaseo excesivo al inicio de una relación, idealización de las parejas, progresiva autoanulación personal, adopción de roles subordinados en las relaciones, personalidad autodestructiva (pobre autoestima, negativo autoconcepto), ceguera hacia el otro, tendencia a elegir parejas explotadoras, denotan satisfacción del narcisismo de sus parejas a fin de preservar su relación, gran preocupación por la anticipación de la posible ruptura, soportan desprecios y humillaciones, inestabilidad emocional, desarrollan escasa empatía y expresión de sentimientos, buscan parejas dominantes, seguras y manipuladoras, considerando que poseen privilegios especiales (Sirvent, 2007).

A modo de conclusión, es debido mencionar que las experiencias de apego parental resultan influyentes en las de apego romántico, siendo un aspecto que lleva a reconocer las diferentes formaciones de representaciones mentales, donde los sujetos pueden llegar a tener actitudes de confianza o desconfianza en sus relaciones románticas (López, 1993; De la cruz, Luviano & Gonzales, 2013); lo que puede resultar en una dependencia afectiva como un acto de automutilación psicológica, en la que el amor propio, la autoestima, el autorrespeto y autoconcepto se ven afectados y amenazados dentro de la relación romántica que puede llegar a convertirse en una relación destructiva a nivel psicológico e incluso físico. Al respecto, Feeney y Noller (1990) argumentaron que los sujetos que tuvieron una relación de apego seguro con sus cuidadores son

más propensos a tener relaciones amorosas satisfactorias, estables y con bases de confianza.

Empíricamente se ha demostrado correlación entre el vínculo de apego establecido con los padres y su influencia en las relaciones interpersonales durante la adultez (Gómez, et al., 2010) resaltando la importancia de los vínculos creados con los padres o primera figura representativa, la dinámica familiar y las relaciones que surgen de éstas, siendo la base fundamental para la comunicación y el trato con los otros; especialmente en relaciones románticas (Melero, 2008; Gómez, Pérez, Vargas & Wilthew, 2010; Acosta, Amaya & de la Espriella, 2010; Sánchez, 2011; Barroso, 2014). Análogamente algunas investigaciones plantean que no existe ninguna relación entre los estilos de apego conformados con los padres y la dependencia emocional creada con las relaciones interpersonales (Rodríguez, Amaya & de la Espriella, 2010), lo que evidencia inconsistencias en los hallazgos empíricos, justificándose la necesidad de profundizar en esta posible relación.

Tal es el caso de Lemos, Jaller, Gonzalez, Diaz y De La Ossa en el 2012 en un estudio con 569 estudiantes universitarios, identificaron que el perfil cognitivo de estos participantes con dependencia emocional se caracteriza por esquemas desadaptativos tempranos de "desconfianza/abuso" acompañado de friabilidad, soledad, conductas explosivas y desapego del núcleo primario o familia. En otro estudio con 20 participantes y sus parejas heterosexuales, se identifica que las personas con estilos de apego seguro buscan el apoyo de su pareja, en el apego inseguro prima la ansiedad y

evitación, donde realizan evaluaciones negativas de la intimidad, compromiso y amor por el otro (Gómez, Pérez, Vargas & Wilthew, 2010). Así mismo, según Melero (2008) en un estudio que realizó con 155 personas entre 18 y 57 años, destaca que hay mayor sobreprotección de los padres hacia las hijas que a los hijos, donde las mujeres tienden a un estilo temeroso y los hombres a estilos evitativos, generando relaciones con amor obsesivo o manía y la sobreprotección materna se encuentra asociada a actitudes lúdicas hacia el amor (Malero 2008). En cuanto al estilo preocupado paterno, Gómez, Pérez, Vargas & Wilthew lo asocian en la adultez a actitudes obsesivas hacia el amor, en búsqueda del cuidado compulsivo, actitudes de control y celotipia. De este modo diversas investigaciones (Gomez, Perez, Vargas & Wilthew, 2010; De La Cruz, Luviano, Gonzalez, 2013; Melero, 2008) demuestran que los vínculos establecidos en la infancia se proyectan en las relaciones ulteriores, en cuanto a la forma de relacionarse, las estrategias y modos de vinculación en próximas relaciones.

De acuerdo al estudio realizado por Sánchez (2011) desde una perspectiva de género con 100 participantes entre 19 y 54 años, se mostró que en las mujeres predomina el apego preocupado y en los hombres el apego seguro y alejado donde el hombre tiende a mantener relaciones esporádicas, con mayores relaciones coitales y la mujeres buscan relaciones predominando el apego dependiente – inseguro preocupado; por tanto en cuanto a las características de individuos con apego seguro en esta investigación se evidencia que han tenido mayor número de parejas,

relaciones coitales y relaciones estables. En esta misma línea, Guzmán y Contreras (2012) realizaron un estudio transversal con 129 parejas donde se encontró correspondencia entre el estilo de apego y la satisfacción marital, siendo así que hay mayor satisfacción marital e apegos seguros y menos en evitativos. De este modo, frente al apego y su relación con la dependencia afectiva, De La Cruz, Luviano y Gonzalez (2013) identificaron que el desarrollo del apego en la infancia estructurado a partir de representaciones internas en la relación con la figura de apego manifestadas en carencias afectivas tempranas presentando negligencia, maltrato y abuso, en relación con la ansiedad, se caracteriza por preocupaciones exageradas por la figura de apego, emociones negativas continuas lo que coincide con personas que desarrollan dependencia emocional en la adultez experimentando estas mismas sensaciones. Por lo cual, autores (Lemos, Londoño & Zapata, 2007; Moral & Sirvent, 2008; Castelló, 2005; 2011; Román, 2011) enfatizan que al no cubrir las necesidades naturales de dependencia en la niñez, se origina dependencia emocional para compensar sus carencias; ante estas situaciones las relaciones se caracterizan por sometimiento, permitiendo y aceptando desprecios y maltratos como algo normal, acompañado de una necesidad afectiva excesiva, incrementando su atracción por personas seguras de sí mismas, dominantes, buscando evitar el rechazo de sus figuras de apego.

En resumen, la evidencia empírica refleja que el apego infantil influye en la estructuración de los modelos operativos internos de las relaciones establecidas a

lo largo de la vida (Rozenel, 2006; De la Cruz, Martínez, Luviano & González, 2013) y a su vez los modelos operativos internos activan los patrones de apego de la infancia, propiciando que bajo algunas condiciones de abandono, maltrato y negligencia en la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas y afectivas en interacción entre figura materna o paterna e hijo (a), se desarrolle dependencia afectiva, puesto que se altera defensivamente la capacidad de representación mental e imprecisión de pensamientos y sentimientos, siendo altamente vulnerables en las relaciones íntimas (Cassidy & Marvin, 1992; Main & Cassidy, 1988), donde se experimenta ansiedad por separación, necesidad excesiva de expresión afectiva, modificación de planes por satisfacer la pareja, evitación constante del miedo a la soledad, expresión límite o catastrófica ante la posible ruptura y búsqueda de atención de la pareja (Cid, 2007). Moral y Sirvent (2009) describen el perfil de los dependientes afectivos en siete: dependencia pura, dimensión acomodación a la relación, vacío emocional, factor autoengaño de la relación, desajustes afectivos, conflicto de identidad, triada codependiente (factor de focalización, sobrecontrol de las necesidades del otro y orientación rescatadora del otro).

Dentro de las limitaciones observadas en las investigaciones se encuentra que en algunas ocasiones no se realizan diferencias entre los géneros, y no se reportan resultados a nivel de otras variables sociodemográficas como edad, estrato, nivel educativo, etc (Gómez, Pérez, Vargas & Wilthew, 2010), existen otras en las que no se explora la

relación entre los tipos de apego presentados en las parejas y los estilos de apegos parentales (Melero, 2008), ni se tienen en cuenta el tiempo de establecimiento de la relación de pareja actual o última (Melero, 2008; Gómez, Pérez, Vargas & Wilthew, 2010; Acosta, Amaya & de la Espriella, 2010).

De acuerdo a los hallazgos encontrados en las investigaciones previamente mencionadas, la propuesta del presente estudio gira en torno al reconocimiento de la necesidad biológicamente determinada en el ser humano dirigida a la estructuración de lazos afectivos, cuyo fin es la experimentación de un sentimiento de estabilidad psicológica (Bowlby, 1982), por tal razón se explorará teórica y empíricamente el apego parental y su influencia en las relaciones interpersonales posteriores, planteando como hipótesis que a partir de ello se configuran las relaciones afectivas en la edad adulta que pueden dar lugar o no a vínculos de base insegura evidenciado en la dependencia afectiva; lo que en intervenciones psicoterapéuticas facilitará la comprensión de las estructuras emocionales, afectivas, cognitivas y comportamentales del individuo, dando mayor claridad en el concepto de afectividad interiorizado, para favorecer la resignificación de los esquemas formados desde la infancia que pueden estar afectando la vida adulta del individuo y su familia. Por lo tanto, con base a los antecedentes teóricos (Bowlby, 1969; Gómez, et al., 2010; Barroso, 2014; Bartholomew & Horowitz, 1991) que destacan la contribución del apego parental a la formación de vínculos afectivos en la adultez, se plantea el objetivo de esta investigación encaminado a examinar la

relación entre el apego establecido con los padres, el apego adulto romántico y la dependencia afectiva en 119 universitarios de la ciudad de Ibagué – Colombia.

METODOLOGÍA

La presente investigación es cuantitativa de corte descriptivo-correlacional, con un diseño transversal, debido a que se observó el fenómeno de estudio en su contexto natural en un solo momento, y se establecieron relaciones predictivas (Hernández, Fernández & Baptista, 1998) entre dos variables: Apego en dos divisiones: parental y relacional romántico, y la dependencia afectiva.

Participantes

La muestra estuvo conformada por un total de ciento diecinueve (119) estudiantes universitarios residentes de la ciudad de Ibagué, de los cuales un 36,1% fueron hombres y 63,9% mujeres entre los 18 y 40 años, la media de la edad fue de 21,96 con una desviación estándar de 3,22. Un 64,7% pertenecen a instituciones educativas superiores privadas y un 35,3% a entidades públicas; los cuales fueron seleccionados por conveniencia donde la elección de la misma depende de la toma de decisiones y criterio del investigador (Hernández, Fernández & Baptista, 1998), a través de un método no probabilístico.

Criterios de inclusión y exclusión

Los participantes del presente estudio debían cumplir con criterios de inclusión, tales como ser estudiante universitario, tener entre 18 años o más, haber vivido con ambos padres, razones por las cuales en la ficha de datos

sociodemográfica se solicita información sobre estos aspectos.

Variables

Las variables desarrolladas aquí son variables independientes asignadas (Hernández, Fernández & Baptista, 1998), es decir no serán manipuladas directamente por el investigador, sino que sus niveles o condiciones fueron seleccionados por los investigadores para ver su relación con otras variables, dado que la variable independiente se conoce como variable predictora, en este caso será el apego parental y las variables criterio a relacionar serán el apego relacional y la dependencia afectiva.

Dentro de este marco, el apego es conceptualizado por Bowlby (1986) como un constructo en donde se encuentra una relación entre la base afectiva brindada por los primeros cuidadores (padre o madre) y la búsqueda de proximidad con individuos a lo largo de su vida, por medio de la anticipación, interpretación y respuesta a las figuras cercanas integrando experiencias presentes y pasadas en representaciones cognitivas y emocionales (Bowlby, 1973); de modo que, el tipo de apego son los esquemas demostrados a través de conductas que definen la relación con las figuras de afecto cercanas, distribuyéndolas en tres tipos: apego seguro, ambivalente y evitativo (Vivona, 2000).

Ahora bien, el apego adulto es aquella tendencia por parte del individuo por buscar y mantener la proximidad y contacto con unos pocos individuos específicos, lo cuales promueven la seguridad a nivel físico y psicológico, regulada por los MOI o esquemas

afectivo – cognitivo – motivacionales basadas a partir de las relaciones de apego más temprano y demás experiencias tenidas a lo largo de su vida, facilitando la interpretación y anticipación de la conducta e interacciones de otros, especialmente las figuras de apego; sistema activado por percepciones reales o imaginarias del individuo (Sperling y Berman, 1994).

Por su parte la dependencia afectiva es denominada como un modelo perseverante de necesidades emocionales insatisfechas que el ser humano intentan compensar desadaptativamente con otras (Castello, 2002 citado en Acosta, Amaya & Espriella, 2010).

Instrumentos

Para el desarrollo de la investigación se administraron los siguientes instrumentos para evaluar las variables apego en sus dos dimensiones, apego parental y apego adulto en la pareja, y dependencia afectiva:

- ✓ Cuestionario de apego parental (P.B.I., Parental Bonding Instrument, Parker, Tupling y Brown, 1979) adaptado para Colombia por Vallejo, Villada y Zambrano (2007), donde a través de 25 preguntas se pretende evaluar la percepción que los individuos tienen tanto de la conducta como de la disposición de sus padres con ellos hasta los 16 años, en una escala tipo Likert, que consta de dos escalas, afecto (12 ítems, punto de corte: Madre - 30,6, Padre - 25,6) midiendo calidez emocional, empatía, cercanía física, cuidado e incluso la frialdad afectiva,

indiferencia y negligencia; control – sobreprotección (13 ítems, punto de corte: Madre - 12,5, Padre - 11,9) evalúa temas en relación al contacto excesivo, intrusión, sobreprotección, autonomía e independencia; de la interacción de estas dos escalas (afecto y control) resultan cuatro tipos de vinculación análogos a los propuestos por Ainsworth (Gómez, et al., 2007; 2010), que son:

- Control afectuoso o constricción cariñosa (Ambivalente): padres que manifiestan alto afecto y alto control, intrusivos y sobreprotectores, pero afectuosos.
 - Control frío o sin afecto (Ambivalente): padres con bajo afecto y alto control, intrusivos, fríos y distantes.
 - Vínculo débil (Evitativo): padres con bajo control y afecto.
 - Vínculo óptimo (Seguro): Se compone de un elevado afecto y bajo control, por medio de afecto, facilita la autonomía.
- ✓ Cuestionario de experiencias en relaciones cercanas revisado (Experiences in close relationships-revised, ECR-R) (Fraley, Waller & Brennan, 2000) adaptado para población colombiana por Zambrano, Villada, Vallejo, Córdoba, Giraldo, Herrera, Giraldo y Correa (2009), mide dos escalas nombradas ansiedad (9 ítems, punto de corte: 28,2) y evitación (12 ítems, punto de corte: 42,3), a partir de los cuales surgen cuatro

categorías de apego hacia la pareja amorosa: apego seguro (baja ansiedad, baja evitación), apego preocupado (baja evitación, alta ansiedad), apego rechazante (baja ansiedad, alta evitación) y apego temeroso (alta evitación, alta ansiedad). Es una prueba tipo *likert*. El coeficiente Alpha de Cronbach de acuerdo a la adaptación para las dos escala arrojaron coeficientes aceptables para cada una (ansiedad = 0,877 y evitación = 0,798, en la adaptación a Colombia (Zambrano, et. al, 2009).

- ✓ Cuestionario de dependencia afectiva (Lemos & Londoño, 2006) diseñado para población colombiana, está conformado por 23 ítems, que son interpretados a través de seis factores de esta variable: Ansiedad por separación (7 ítems, $\alpha = 0.87$), necesidad de expresión afectiva de la pareja (4 ítems, $\alpha = 0.84$), modificación de planes por satisfacer a la pareja (4 ítems, $\alpha = 0.75$), miedo a la soledad (3 ítems, $\alpha = 0.8$), expresión límite ante la pérdida o para mantener cercanía con la pareja (3 ítems, $\alpha = 0.62$) y búsqueda de atención para asegurar la permanencia en la relación, siendo el centro de la vida de su pareja (2 ítems, $\alpha = 0.78$). Con un alfa de Cronbach de la escala total de 0,927, con una explicación de la varianza del 64.7% según el estudio de Lemos y Londoño (2006).

Procedimiento y análisis de datos

El proceso investigativo del presente estudio se desarrolló inicialmente con un Acercamiento a la población a investigar en tres universidades, enviando la propuesta investigativa, posterior a ello, se presentó al comité de bioética para la aprobación de la investigación y consentimiento informado, el cual dio el aval para el inicio de la aplicación de instrumentos, posterior a ello, se aplicaron los instrumentos a 128 universitarios, de los cuales 119 cumplieron los criterios de inclusión, exclusión, y respondieron todos los instrumentos de evaluación. Ya en cuanto al análisis e interpretación de los resultados, se siguieron los siguientes pasos:

1. Sistematización de los datos.
2. Realización del análisis de los estadísticos descriptivos de cada instrumento en el programa SPSS Versión 20.
3. Para obtener la fiabilidad de la consistencia interna de los instrumentos se utilizó el Alfa de Cronbach.
4. Se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov para grupo de más de 50 participantes, en el caso del presente estudio 119, con la cual se identifica que la muestra no tiene una distribución normal, pues arrojó menos de .05, por lo tanto se aplican pruebas no paramétricas, como la prueba de correlación de Spearman, U-Man Whitney y Kruskal Wallis, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados.

RESULTADOS

A continuación, en esta sección se realizarán los análisis descriptivos y correlacionales pertinentes a las variables apego parental, apego romántico y dependencia emocional, no sin antes, reiterar que al extraer el Alfa de Cronbach para identificar de la consistencia interna de cada prueba aplicada, y teniendo en cuenta que para investigaciones exploratorias el valor aceptable de fiabilidad es de 0,6 (Huh, Delorme & Reid, 2006), la presente investigación mostró un alfa general de 0,783, en el instrumento PBI a nivel general de 0,733, PBI para la madre 0,644, PBI para el padre 0,706, ECR 0,803 y para dependencia emocional 0,932, lo que indica buena fiabilidad de la consistencia interna del estudio.

Apego parental: descriptivos y correlaciones entre afecto y control

En cuanto al apego parental, se observó que las dimensiones afecto y control percibido por parte de la madre (Tabla 1) las personas percibieron durante su infancia bajo afecto (57.1%) y mayor control (53.8%), al igual que un porcentaje mayor de personas percibieron bajo afecto (62.2%) y alto control del padre (58%).

Tabla 1.
Dimensiones del apego o vínculo parental

		F	%
Afecto Madre	Alto	51	42,9%
	Bajo	68	57,1%
Total		119	100,0
Control Madre	Alto	64	53,8%
	Bajo	55	46,2%
Total		119	100,0
Afecto Padre	Alto	45	37,8%
	Bajo	74	62,2%
Total		119	100,0
Control Padre	Alto	69	58,0%
	Bajo	50	42,0%
Total		119	100,0

Las dimensiones de apego se encuentran relacionadas significativamente de la siguiente manera como lo muestra la Tabla 2, correlaciones positivas (a altos puntajes de una, le corresponden altos de la otra) entre afecto padre y afecto madre (Sig. ,004, Rho. ,264), control padre y control madre (Sig. ,000, Rho. ,314), análogamente, evidencia correlación

negativa (a valores altos de una, le corresponden valores bajos de la otra) entre afecto y control percibido de la madre (Sig. ,000, Rho. -,442), afecto y control percibido del padre (Sig. ,003, Rho. -,266).

Tabla 2.
Correlación de Spearman (Rho) entre dimensiones del apego paterno y materno

		Afecto Madre	Control Madre	Afecto Padre	Control Padre
Afecto Madre	Coeficiente de Rho	1,000	-,442**	,264**	-,064
	Sig. (bilateral)	.	,000	,004	,489
	N	119	119	119	119
Control Madre	Coeficiente de Rho	-,442**	1,000	-,153	,314**
	Sig. (bilateral)	,000	.	,096	,000
	N	119	119	119	119
Afecto Padre	Coeficiente de Rho	,264**	-,153	1,000	-,266**
	Sig. (bilateral)	,004	,096	.	,003
	N	119	119	119	119
Control Padre	Coeficiente de Rho	-,064	,314**	-,266**	1,000
	Sig. (bilateral)	,489	,000	,003	.
	N	119	119	119	119

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De acuerdo a la prueba estadística aplicada (U de Mann-Whitney) al comparar las dimensiones del apego parental y género (Tabla 3), la única correlación estadísticamente significativa es la existente entre afecto de la madre y

género (Sig: ,024), siendo el género masculino el que percibe mayor afecto de su madre (Media: 29,77) que el femenino (Media: 26,33).

Tabla 3.
Comparación U Mann Withney entre géneros en las dimensiones del apego parental
*. p < 0,05 (bilateral).

	Femenino		Masculino		Significación	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	F	Sig.
Afecto Madre	26,33	8,393	29,77	6,789	5,263	,024*
Control Madre	14,16	6,965	12,56	6,467	1,524	,219
Afecto Padre	23,37	8,844	23,40	8,636	,000	,987
Control Padre	13,17	6,401	11,47	6,258	1,982	,162

Al analizar los resultados del vínculo o lazo parental arrojado en los participantes de este estudio de acuerdo a las puntuaciones en afecto y control, se observa que en cuanto al vínculo tanto con la madre como con el padre, predomina control sin afecto (37,8% madre, 40,3% padre) y el estilo de apego que menos se expresa en los participantes es constricción cariñosa (16% madre, 17,6% padre) (Figura 1), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas (sig: <0,05) entre los estilos estructurados hacia ambos padres, sin embargo, al explorar la asociación entre el apego desarrollado hacia la madre y el padre, todos los estilos se corresponden exceptuando el vínculo débil hacia el padre, donde se asocia más con el control sin afecto de la madre (8,4%).

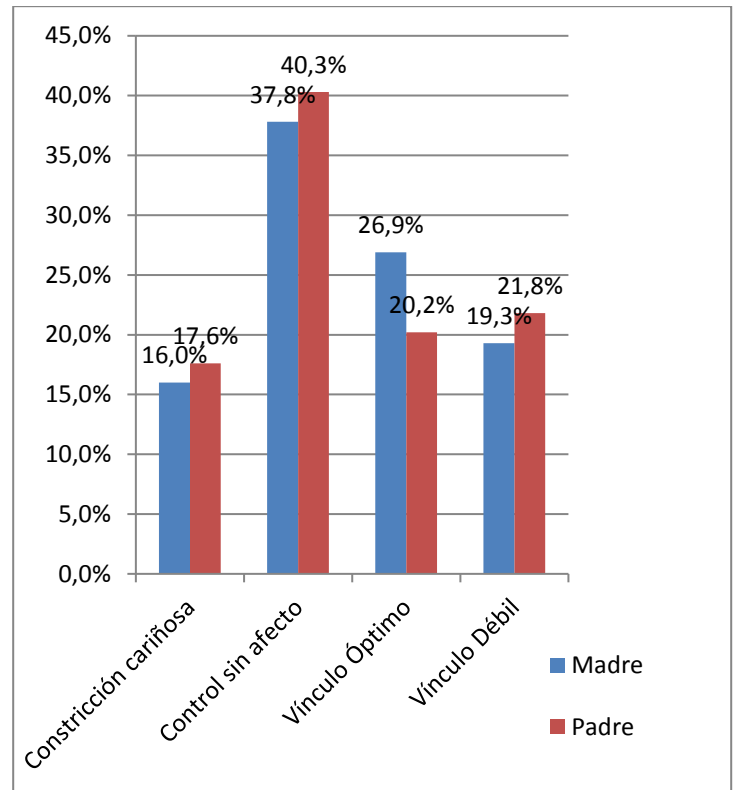


Figura 1. Tipos de vínculo o lazo materno y paterno

Apego adulto romántico: descriptivos y correlaciones entre ansiedad y evitación

Habiendo abordado el anterior tema, es necesario proseguir con el apego adulto romántico, allí la dimensión planteada por el cuestionario utilizado arrojó que en los participantes prevalecen bajos niveles de ansiedad (71,4%) y evitación (54,6%), como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Descriptivos de dimensiones del apego adulto romántico

		Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	Alta	34	28,6%
	Baja	85	71,4%
	Total	119	100,0%
Evitación	Alta	54	45,4%
	Baja	65	54,6%
	Total	119	100,0%

Ahora bien, al agrupar las dimensiones (ansiedad y evitación) para obtener los estilos de apego adulto romántico (Tabla 5), en este estudio predomina el apego seguro (38,7%), seguido del apego rechazante (32,8%), apego preocupado (16%) y por último apego temeroso (12,6%).

Tabla 5.
Tipo de apego hacia la pareja

	Frecuencia	Porcentaje
Apego temeroso	15	12,6%
Apego rechazante	39	32,8%
Apego preocupado	19	16,0%
Apego seguro	46	38,7%
Total	119	100,0%

Dependencia emocional

Por su parte, según lo evidenciado en los factores de la Dependencia Emocional se encontró que los promedios de los participantes se ubican en los siguientes

percentiles de: 15,69 para el Factor 1 Ansiedad de separación (40%), 10,06 para el Factor 2 Expresión afectiva de la pareja (35%), 9,33 en el Factor 3

Modificación de planes (40%), 6,25 en el Factor 4 Miedo a la soledad (50%), 4,35 frente al Factor 5 Expresión límite (60%), y finalmente, el Factor 6 Búsqueda de atención (30%).

Relación entre: Apego parental y adulto romántico

A partir de este punto, se inician las correlaciones entre variables, en cuanto al apego parental y el romántico, es preciso mencionar que para la comprensión de los resultados, se asume que estas dos variables son inversamente proporcionales debido a la forma de calificación de la prueba utilizada para medir el apego adulto romántico (ECR), ya que en las dimensiones de esta variable, puntajes altos significan baja presencia de las mismas, sin embargo, en cuanto a las dimensiones de apego parental los puntajes altos, significa alta presencia, lo que en este caso, se puede analizar es que de la muestra de este estudio, como lo evidencia la Tabla 6, únicamente se presenta correlación negativa asumida como positiva (a valores altos de una, le corresponden valores altos de la otra) estadísticamente significativa en: afecto madre y ansiedad (Sig. ,007, Rho. -,247), de modo que altos niveles de afecto propiciado por la madre generan altos niveles de ansiedad en la relación de pareja; control madre y ansiedad (Sig. ,003, Rho. -,267), en donde el sobrecontrol percibido de la madre se encuentra relacionado con altos niveles de ansiedad en la relación de pareja; por último a mayores niveles de control del padre, mayor evitación (Sig. ,020, Rho. -,214) en la relación de pareja.

Tabla 6.
Correlaciones de Spearman (Rho) entre dimensiones del apego parental y adulto

Correlación de Spearman		ECR-R- Ansiedad	ECR-R- Evitación
Afecto Madre	Coeficiente Rho	-,247**	,029
	Sig. (bilateral)	,007	,752
	N	119	119
Control Madre	Coeficiente Rho	-,267**	-,149
	Sig. (bilateral)	,003	,107
	N	119	119
Afecto Padre	Coeficiente Rho	-,033	-,119
	Sig. (bilateral)	,723	,197
	N	119	119
Control Padre	Coeficiente Rho	,048	-,214*
	Sig. (bilateral)	,601	,020
	N	119	119

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Relación entre: Apego parental y dependencia afectiva

Al realizar la comparación entre las dimensiones del apego parental y la dependencia emocional de la Tabla 7, se presenta correlación negativa (a valores altos de una, le corresponden valores bajos de la otra), afecto madre y factor 6 búsqueda de atención (Sig. ,011, Rho. -,233), control madre y los siguientes factores de dependencia emocional: factor 1 ansiedad de separación (Sig. ,018, Rho. -,217), factor 2 expresión afectiva de la pareja (Sig. ,000, Rho. -,316), factor 5 expresión límite (Sig. ,029, Rho. -,200), total dependencia emocional (Sig. ,007, Rho. -,246).

Tabla 7.
Afecto y control Madre – Dependencia emocional

	Rho. Spearman			
	Afecto Madre		Control Madre	
	Coeficiente Rho	Sig. (bilateral)	Coeficiente Rho	Sig. (bilateral)
Factor 1. Ansiedad de separación	,138	,135	-,217*	,018
Factor 2. Expresión afectiva de la pareja	,102	,271	-,316**	,000
Factor 3. Modificación de planes	,036	,697	-,137	,137
Factor 4. Miedo a la soledad	,119	,199	-,145	,116
Factor 5. Expresión límite	,145	,116	-,200*	,029
Factor 6. Búsqueda de atención	-,233**	,011	-,170	,065
TOTAL Dependencia Afectiva o emocional	,096	,301	-,246**	,007

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Al combinar las dimensiones (afecto y control) para extraer los estilos de apego materno en relación a la dependencia afectiva, se observa que existe significancia estadística en dos de los factores de la dependencia afectiva, la necesidad de expresión afectiva de la pareja y la búsqueda de atención de la pareja como se evidencia en la Tabla 8, el Factor 2 puntuó mayores niveles en control sin afecto, seguido de constricción cariñosa, vínculo óptimo y por último vínculo débil; por su parte el Factor 6, obtuvo mayores puntajes en

constricción cariñosa, seguido de vínculo óptimo, control sin afecto y por último vínculo débil.

Tabla 8.
Dependencia afectiva y apego materno

	APEGO MADRE	N	Rango promedio	.Sig. asintónica Kruskal Wallis
Factor 2. Expresión afectiva de la pareja	Control sin afecto	45	71,30	,007
	Constricción cariñosa	19	66,95	
	Vínculo óptimo	32	49,47	
	Vínculo Débil	23	46,80	
	Total	119		
Factor 6. Búsqueda de	Constricción	19	82,34	,003

atención	cariñosa	
	Vínculo óptimo	32
Control sin afecto	45	58,19
Vínculo Débil	23	43,28
Total	119	

Dentro de este mismo contexto, al comparar las dimensiones del apego paterno con la dependencia emocional en la Tabla 9, los datos estadísticamente significativos fueron la correlación positiva entre el afecto percibido del padre y la expresión afectiva de la pareja (Sig. ,038, Rho. ,191).

Tabla 9.
Correlación entre dimensiones del apego paterno y dependencia emocional

	Rho de Spearman			
	Afecto Padre		Control Padre	
	Coeficiente Rho	Sig. (bilateral)	Coeficiente Rho	Sig. (bilateral)
Factor 1. Ansiedad de separación	,104	,262	,098	,290
Factor 2. Expresión afectiva de la pareja	,191*	,038	-,002	,985
Factor 3. Modificación de planes	,037	,691	,003	,976
Factor 4. Miedo a la soledad	,096	,300	,047	,612
Factor 5. Expresión límite	,074	,424	-,069	,453
Factor 6. Búsqueda de atención	-,053	,565	,094	,307
TOTAL Dependencia Emocional	,132	,153	,041	,655

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Es necesario recalcar que no hubo correlaciones estadísticamente significativas entre los estilos de apego desarrollados hacia el padre y la dependencia emocional, marcando un nivel de significancia menor a ,05.

Relación entre: Apego adulto romántico y dependencia afectiva

Al abordar en la Tabla 10, los datos obtenidos de la correlación de Spearman entre apego adulto romántico y dependencia afectiva, se muestra correlación negativa, que en este caso se interpreta como positiva, debido a la

forma de calificación de las dimensiones de apego adulto, de modo que, todos los factores de dependencia emocional estuvieron directamente relacionados con la ansiedad experimentada hacia la pareja, así: factor 1 (Sig: ,000, Rho: -,419), factor 2 (Sig: ,000, Rho: -,451), factor 3 (Sig: ,000, Rho: -,366), factor 4 (Sig: ,000, Rho: -,316), factor 5 (Sig: ,000, Rho: -,357),

factor 6 (Sig: ,001, Rho: -,291) y total dependencia emocional (Sig: ,000, Rho: -,466).

Tabla 10.
Correlación de Spearman entre dimensiones de apego adulto romántico y dependencia afectiva

		ECR-R- Ansiedad	ECR-R- Evitación
Factor 1. Ansiedad de separación	Coeficiente Rho	-,419**	,062
	Sig. (bilateral)	,000	,504
	N	119	119
Factor 2. Expresión afectiva de la pareja	Coeficiente Rho	-,451**	,037
	Sig. (bilateral)	,000	,688
	N	119	119
Factor 3. Modificación de planes	Coeficiente Rho	-,366**	,070
	Sig. (bilateral)	,000	,452
	N	119	119
Factor 4. Miedo a la soledad	Coeficiente Rho	-,316**	-,048
	Sig. (bilateral)	,000	,600
	N	119	119
Factor 5. Expresión límite	Coeficiente Rho	-,357**	-,131
	Sig. (bilateral)	,000	,154
	N	119	119
Factor 6. Búsqueda de atención	Coeficiente Rho	-,291**	,126
	Sig. (bilateral)	,001	,170
	N	119	119
TOTAL Dependencia Emocional	Coeficiente Rho	-,466**	,041
	Sig. (bilateral)	,000	,658
	N	119	119

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Luego de extraer los estilos de apego e identificar las diferencias con significancia estadística en la dependencia emocional a través de la prueba Kruskal-Wallis, se encontró que solo los factores 1 (Sig. ,001), 2 (Sig. ,003), 4 (Sig. ,048), 5 (Sig. ,001) y el total de la dependencia emocional (Sig. ,001)

demonstraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, donde primó el apego temeroso con mayores puntajes, seguido del apego rechazante, preocupado y por último el seguro, como se evidencia en la Tabla 11.

Tabla 11.
Estilo de apego adulto y dependencia emocional

	Apego Adulto Romántico	N	Rango promedio	Sig. asintót. Kruskal-Wallis
Factor 1. Ansiedad de separación	Apego temeroso	15	88,60	
	Apego rechazante	39	49,35	,001**
	Apego preocupado	19	69,76	
	Apego seguro	46	55,67	
	Total	119		
Factor 2. Expresión afectiva de la pareja	Apego temeroso	15	87,00	
	Apego rechazante	39	50,46	,003**
	Apego preocupado	19	68,66	
	Apego seguro	46	55,71	
	Total	119		
Factor 4. Miedo a la soledad	Apego temeroso	15	74,83	
	Apego rechazante	39	55,87	,048
	Apego preocupado	19	72,63	
	Apego seguro	46	53,45	
	Total	119		
Factor 5. Expresión límite	Apego temeroso	15	85,73	
	Apego rechazante	39	55,63	,001**
	Apego preocupado	19	68,50	
	Apego seguro	46	51,80	
	Total	119		
TOTAL Dependencia afectiva o emocional	Apego temeroso	15	88,33	
	Apego rechazante	39	50,69	,001**
	Apego preocupado	19	70,61	
	Apego seguro	46	54,27	
	Total	119		

** . p 0,01 (bilateral).

* . p 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue examinar la relación entre el apego parental, apego adulto romántico y la dependencia afectiva en universitarios mayores de 18 años de la ciudad de Ibagué. En general los jóvenes manifiestan experimentar un estilo de apego con altos niveles de control y bajos de afecto tanto de sus dos figuras de apego a lo largo de su infancia, lo que propicia escenarios con alta vulnerabilidad a relaciones afectivas poco satisfactorias y con altos niveles de evitación a las figuras de apego (Polaino, et al., 2003; Ainsworth, 1985).

Con respecto a lo identificado en este estudio, conviene distinguir que únicamente se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los géneros, en la percepción que estos tienen del afecto recibido de su madre, siendo los hombres quienes perciben mayor afecto, que las mujeres, evidenciando un posible factor de vulnerabilidad en las mujeres al establecimiento de relaciones que compensen sus carencias afectivas de la infancia, viéndose influido esta percepción de las mujeres por el componente socio-cultural ligado la constructo de género en la cual el hombre como figura fuerte de protección está asociado a menor demanda afectiva, en contraste de la representación social del género femenino con una imagen que demanda mayor afecto y protección (Díaz & Ramírez, 2002), siendo los vínculos primarios posibles pronósticos de la elección y estilos de relaciones de pareja en la adultez (Gómez, Pérez, Vargas y

Wilthey, 2010), lo cual se detallará a continuación.

Al no haber diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de apego desarrollado hacia el padre y la madre, se puede afirmar que a nivel general, el tipo de vínculo parental predominante de la muestra es control sin afecto, reflejado en personas que han experimentado bajos niveles de afecto y altos de control, como apego inseguro, resultan en una serie de dificultades impidiéndole al individuo establecer relaciones eficaces y funcionales que de alguna manera fortalezcan la percepción sobre sí mismo o sobre los demás (Bartholomew, 1994), rechazan el acercamiento de las personas, están constantemente a la defensiva, adoptan una postura de indiferencia, niegan la necesidad del otro para evitar frustraciones y niegan sus sentimientos (Oliva, 2004).

En cuanto al estilo de apego adulto romántico que predominó, se encuentra el apego seguro, donde se tiene un concepto positivo de sí mismo y de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991); análogamente, la muestra se caracteriza en la dependencia afectiva por bajos niveles de dependencia en la mayoría de los factores de esta variable, en comparación con la población colombiana con la que se realizó el estudio de Lemos et., al (2006), únicamente superó el 50% de la población en la expresión límite ante situaciones de pérdida de la pareja y el miedo a la soledad por no sentirse amado, encontrándose posiblemente asociado a las carencias afectivas experimentadas en la niñez e

interiorizadas en los MOI como lo propone Bowlby (1979).

Teniendo claro lo anterior, es preciso iniciar la discusión de las correlaciones identificadas, en cuanto al apego materno y el adulto romántico, el estudio demostró que a mayores niveles de afecto y cuidado percibido de la madre donde el infante no experimenta a su figura de apego como base segura para la exploración debido a los excesos de afecto (Carrera, 2007; Brenlla, Carreras & Brizzio, 2001), en la niñez e incluso como lo demuestra este estudio más adelante en la relación de pareja la persona experimentará alta perturbación y ansiedad, por lo tanto, mayor tendencia a estilos de apego preocupado y temeroso, generado por el bajo desarrollo de la autonomía (Sroufe, et al., 2014), posiblemente asociado con la necesidad de perpetuar el afecto recibido por parte de la madre en la pareja, requiriendo de alguien que sustituya su figura de apego con hiperafecto, y al no recibirlo en exceso, como la madre lo hacía, se incrementan los niveles de ansiedad, debido al bajo umbral de sensibilidad ante condiciones amenazantes (Carrera, 2007; Polaino et al., 2003; Monteolivia, 2002; Brenlla, Carreras & Brizzio, 2001; Fonagy, 1999), propiciando el bajo desarrollo de independencia y autonomía de la persona; este aspecto está inversamente relacionado con el estudio desarrollado por Martínez, Fuertes, Orgaz, Vicario & Gonzalez (2014), donde el refugio emocional o afecto percibido de los padres en las mujeres está asociado negativamente con la ansiedad en la pareja.

Los altos niveles de control, sobreprotección, contacto excesivo e intrusión por parte de la madre, denotaron su influencia en la relación de pareja, donde se experimentarán mayores niveles de ansiedad, lo que generaría mayor tendencia a desarrollar estilos de apego preocupado y temeroso en la pareja, lo cual se encuentra asociado a la necesidad en el adulto de que su pareja tenga las mismas características sobreprotectoras de la madre, sin embargo, en estas situaciones la persona no busca a su madre como refugio emocional (Martínez, et. al, 2014), marcando ambivalencia entre el esquema establecido hacia su madre y hacia su pareja, en muchas ocasiones permitiendo que su pareja la trasgreda por la ansiedad que le puede generar perderlo.

En cuanto a las relaciones vinculares con el padre, a pesar de haber pocos estudios que soporten la influencia de la percepción de la relación con esta figura de apego y las relaciones románticas, en esta investigación, se logró identificar que a mayor sobrecontrol, sobreprotección, se limita la autonomía del menor, debido al constructo social del padre (Yáñez, Arbiol, Plazaola, & Murieta, 2001), y en la adultez se experimentaran mayores niveles de evitación en la pareja, rechazando a la pareja para evitar el control ejercido por la figura paterna, debido la alta autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad desarrollada en la adultez por la sobreprotección experimentada (Mayseless, 1996), por tanto, mayor tendencia a apegos temerosos y rechazantes en la relación de pareja, con el objetivo de no experimentar lo

vivido con el padre, lo que propiciaría un factor de riesgo en la ejecución de conductas encaminadas a experimentar en la pareja o su vida lo cohibido en la infancia, por tanto, podrían llegar a desarrollar baja implicación emocional en las relaciones afectivas, lo que puede generar escenarios donde se lastime a la pareja debido al negativo MOI que tiene el individuo de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), a pesar de experimentar la necesidad de socializar (Feeney, Noller y Harahan, 1994; Mikulincer, 1998; Melero y Cantero, 2008).

Uno de los aspectos de mayor discusión es lo referente al apego parental y la dependencia afectiva, lo que en esta investigación se evidenció como correlación negativa entre afecto materno y búsqueda de atención en la pareja para asegurar su continuación en la relación, procurando ser el centro de su vida (Lemos & Londoño, 2006), siendo el afecto un factor protector; ello, demuestra que aquellas personas a las que su madre satisfizo las necesidades afectivas, experimentan mayor seguridad en la relación de pareja, de acuerdo a Izquierdo & Gómez (2013) esto se da debido a que en su inconsciente sus necesidades afectivas se encuentran suplidas; por lo tanto, las personas que han experimentado bajas expresiones de afecto, cuidado e incluso rechazo por parte de su madre, a pesar de interiorizar conductas de desapego y rechazo al cuidador (Monteolivia, 2002) pretenderán en la adultez que las relaciones de pareja compensen esta situación experimentada en la infancia.

Es oportuno mencionar que el control percibido por parte de la madre, es la dimensión más relevante en cuanto a las

consecuencias producidas en los hijos, puesto que a mayores niveles de control, menores niveles de ansiedad por separación en la pareja (expresiones apasionadas por el temor ante la posibilidad de terminación de la relación), necesidad de expresión afectiva de la pareja constantes (que reafirmen el amor que se sienten, disminuyendo a su vez la sensación de inseguridad), expresión límite (reacciones impulsivas como una persona con trastorno límite), y total de dependencia emocional; lo que llevaría a ser personas más felices, con relaciones de pareja más satisfactorias, amistosas y de confianza, experimentando las dificultades de pareja como algo normal y superable (Barroso, 2014); por ello, las madres permisivas generan mayores niveles de dependencia emocional, debido a que como lo proponen Izquierdo y Gómez (2013) las personas al no recibir la atención por parte de sus padres, se genera que el individuo tenga la necesidad de experimentar las funciones del apego, carentes en su infancia, manteniendo la cercanía, evitando eventos amenazantes y buscando la atención.

Con los resultados de esta investigación, se afirma que la necesidad de expresión afectiva de la pareja se encuentra mediada por el afecto percibido por su padre, ya que, a mayor afecto, mayor necesidad de este tipo de manifestaciones afectivas, de igual manera se encuentra relacionada positivamente con estilos de apego materno ambivalentes tales como, constricción cariñosa (alto afecto y alto control) y apego seguro (alto afecto, bajo control), lo que manifiesta que ante la inestabilidad de afecto y control

percibido de su madre o padre, se incrementa la necesidad de que su pareja constantemente le brinde muestras de afecto, para sentirse apreciado y querido (Cavero, 2008).

Por su parte, en las relaciones de pareja con altos niveles de ansiedad experimentada al interior de la misma, mayores niveles de todos los factores de dependencia emocional: Ansiedad de separación ante la posibilidad de disolución de la relación, Necesidad de expresión afectiva de la pareja que reafirme su amor y calmen su inseguridad, Modificación de planes por satisfacer a la pareja, Miedo a la soledad por no tener a la pareja o no sentirse amado, Expresión límite ante la posible ruptura con la pareja y Búsqueda de atención de la pareja; lo que conllevaría a tener conductas adictivas que puedan llevar a la persona a permitir que la lastimen por el temor o ansiedad ante la pérdida (Izquierdo y Gómez, 2013), esperando un cambio idealizado de la pareja para una estabilidad en la relación, realizando cualquier tipo de conductas con el objetivo de no perder a la pareja (Lemos, Jaller, Gonzalez, Díaz & De la Ossa, 2011).

En este mismo sentido, las relaciones de pareja en donde se establecen estilos de apego con altos niveles de evitación como el temeroso y rechazante, están relacionados con la dependencia emocional, pues a pesar de su autosuficiencia emocional demostrada (Mayseless, 1996), lo que encubre es el miedo al rechazo experimentado en la infancia, dejando ver sus necesidades de apego frustradas (Feeney, Noller y Harahan, 1994; Mikulincer, 1998; Melero y Cantero, 2008), propiciando búsqueda

de relaciones afectivas inestables donde se puede pasar de emociones agradables fuertes a negativas, lo que propicia la unión simbiótica psíquica que consiste en una necesidad patológica de estar con el otro (Fromm, 2007)

Por dichas razones, cabe señalar la relevancia del vínculo que se generan con los cuidadores (madre-padre) y a su vez la influencia en el tipo de relación de pareja que se busca, debido a que el sujeto proyecta en el otro las necesidades no satisfechas, sosteniendo el esquema mental generado en la infancia en relación con la madre y este va ser el prototipo de las relaciones amorosas posteriores para ambos sexos (Freud, 1999); confirmando el mantenimiento esquemático propuesto por Jung (1999) en la dependencia emocional, puesto que a nivel cognitivo se pretende perpetuar e incluso compensar las dimensiones del apego estructurado hacia los padres (afecto y control) por medio de las relaciones de pareja, manteniendo y reforzando el esquema desadaptativo temprano predominante a partir de las características de la pareja (Lesmos, et. al 2011), integrando en la medida que vive sus experiencias con los otros, especialmente con su cuidador principal su sistema diádico y modelo o representación operativo interno, generando representaciones o mapas cognitivos, sobre sí mismo y los otros, que le permiten al sujeto organizar la experiencia emocional, cognitiva y la conducta (Marrone, 2009).

CONCLUSIONES

Las evidencias resultantes de los procesos de investigación y el contraste con la realidad, ponen de manifiesto una clara correspondencia entre las relaciones parentales y las dinámicas relacionales en la adultez. De modo que, la creación de estilos de apego seguros asociado con vínculos parentales cálidos, a cohesión y expresividad familiar (Casullós, Campos, Fernández, Páez & Zubieta, 2007), facilita en la persona la adquisición de herramientas más adecuadas para afrontar la vida representadas en la expresión equilibrada de las emociones, comprender las propias, las de los demás poniendo en marcha conductas encaminadas al bienestar del sujeto.

Esto se traduce en esquemas cognitivos positivos de interpretación del mundo, lo cual permite hacer una reevaluación positiva (Casullós et al, 2007) de situaciones que produzcan ira, tristeza o frustración, es decir, frente a situaciones relacionales que no cumplen las expectativas del sujeto, este es capaz de hacer un análisis crítico de la situación buscando la manera más adecuada o adaptativa para resolverlo permitiendo expresar sus emociones de manera constructiva: en el lugar y en el momento adecuado, aumentando la autoconfianza, la capacidad de resolución de problemas y la toma de decisiones.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los hallazgos de la presente investigación y la información anteriormente suministrada, es preciso destacar que la forma, la calidad y la dinámica de las relaciones que se construyan entre padres e hijos se convierten en un pilar

fundamental para el bienestar integral del sujeto, siendo la madre el eje que regula la estructuración de los MOI del individuo a partir del afecto y control recibido de ella, que posteriormente se integra y expresa en las relaciones establecidas a lo largo de la vida, siendo el control de la madre el factor protector más evidente ante la dependencia emocional, y el hiperafecto como generador de inseguridades en los individuos que los lleven a experimentar altos niveles de ansiedad en la pareja, pero baja búsqueda de atención de ellos. Sin embargo, es importante mencionar que las mujeres en esta investigación manifestaron recibir menos afecto de su madre en relación a los hombres, lo que se puede traducir en un factor de riesgo y vulnerabilidad para que a través del establecimiento de vínculos afectivos insanos se suplían las necesidades afectivas de la infancia.

Por su parte, altos niveles de expresión afectiva del padre propicia la necesidad de expresión afectiva de la pareja, en este mismo sentido, el sobrecontrol ejercido por esta figura potencia la evitación hacia la pareja, siendo este aspecto un factor de riesgo para relaciones afectivas poco profundas y satisfactorias, por último, los altos niveles de ansiedad experimentados en la relación de pareja se asocian a la dependencia afectiva; a nivel general, los estilos de apego más propensos a dependencia emocional son los inseguros, dentro de los que se destacan el temeroso y rechazante.

Lo que lleva a que las familias y profesionales de la salud mental tengan en cuenta estos aspectos para la promoción de estilos de apego más

seguros y satisfacción de las necesidades afectivas en las familias colombianas, así como, prevención e intervención de los problemas asociados al apego, generando factores de protección como base para estructurar relaciones sanas, a través del vínculos más seguros, destacando la siguiente frase:

“Uno se enferma de Amor y se cura con amor”

- Hernán Yair Rodríguez Betancourt Q.E.P.D.

REFERENCIAS

- Acosta, D., Amaya, P., & De la Espriella, C. (2013). Estilos de apego parental y dependencia emocional en las relaciones románticas de los adolescentes. Universidad de la Sabana. Especialización en psicología clínica de la niñez y la adolescencia.
- Ainsworth, M. D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61 (9), 771.
- Ainsworth, M. D. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. *Attachment across the life cycle*, 33-51.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1978). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. *J. Delval (Comp.), Lecturas de psicología del niño*, 1.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709.
- Barroso, S. (2014). El Apego Adulto: La Relación De Los Estilos De Apego Desarrollados En La Infancia En La Elección Y Las Dinámicas De Pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 4(1), 1-25.
- Bartholomew, K. (1994). Assessment of individual differences in adult attachment. *Psychological Inquiry*, 5, 23-27.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 224-226.
- Barudy, J., & Pantagnan, M. (2005). *Los Buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Editorial Gidisa.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. *New York: Basic Books*.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and Loss. Vol. I. Attach-ment. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1986). Pancreatic adenocarcinoma in an adolescent male with Peutz-Jeghers syndrome. *Human pathology*, 17(1), 97-99.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida: vol. 2. La separación* (3ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Brenlla, M., Carreras, M. & Brizzio, A. (2001). Evaluación De Los Estilos De Apego En Adultos. Facultad de

Psicología. Universidad de Buenos Aires. P. 1-8.

Brennan, K. A., Clark, C.L y Shaver, P.R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. En J.A. Simpson y W.S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.

Bustos, M. (2008). Núcleo accumbens y el sistema motivacional a cargo del apego. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(3), 207-215.

Carrera, O. (2007). Apego y Anorexia Nerviosa: manipulación de las experiencias tempranas en ratas y desempeño en el procedimiento experimental de anorexia basada en la actividad. *Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Publicacións e Intercambio Científico*.

Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). *The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research*. *Child Development*, 65, 971-994.

Cassidy, J., & Marvin, R. S. (1992). *Attachment organization in preschool children: Coding guidelines*. Seattle: MacArthur Working Group on Attachment – Unpublished Coding Manual.

Castello, J. (2000). Análisis del concepto "dependencia emocional". *I Congreso Virtual de Psiquiatría*, Conferencia 6-CI-A. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm

Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid, España: Alianza.

Castelló, J. (2011). Tratamiento de la dependencia emocional en la mujer. *Dependencia emocional*. Org. Recuperado de <http://www.dependenciaemocional.org/TRATAMIENTO%20DE%20LA%20DEPENDENCIA%20EMOCIONAL.pdf>

Casullo, M. M., Campos, M., Fernández, I., Pérez, D. & Zubieta, E. (2007). *Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar*. Disponible en: http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/ltziar/IE_AEstres06.pdf

Causadias, J. M., Sroufe, L. A., & Herreros, F. (2011). The establishment of an attachment research network in Latin America: Goals, accomplishments, and challenges. *Attachment & human development*, 13(2), 193-198.

Cavero, R.M. (2008). *La relación de pareja, apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación*. Tesis doctoral Universidad de Valencia. Valencia.

Crittenden, P.M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96.

Crittenden, PM. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: promolibro.

De la cruz, M., Luviano, KE., & Gonzales, G. (2013). *La dependencia emocional en relación con el apego*. Memoria 3er Congreso internacional de psicología. Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México. Centro Universitario Ecatepec. Recuperado de <http://www.facico-uaemex.mx/conten/pdf/10.pdf>

Díaz, Á. P., & Ramírez, J. F. (2002). La crianza en los nuevos tiempos. *Precop SCP*, 1-7.

Feeney, J. & Noller, P. (2008). *Apego Adulto*. Editorial Desclée de Brouwer

Feeney, J., Noller, P. y Hanrahan, M (1994). *Assessing adult attachment: Development in the conceptualization of security and insecurity*. En M.B. Spearling y W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp 128-152). New York: Guilford Press.

Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). *Attachment style as a predictor of adult romantic relationships*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.

Fonagy, P. (1999). *Figuras significativas. Teoría de Apego*. Trabajo presentado en el "Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo", reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de Mayo de 1999. Traducido con autorización del autor.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to

psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64, 22-31.

Fraley, R. C., Waller, N. G. y Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.

Freud, S. (1999). *Esquema del psicoanálisis y otros escritos de doctrina psicoanalítica*. Madrid: Alianza.

Fromm, E. (2007). *El arte de amar*. Barcelona: Paídos.

Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2010; 30 (108), 581-595.

Gámez, E., & Marrero, H. (2005). Bases cognitivas y motivacionales de la capacidad humana para las relaciones interpersonales. Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia. *Anuario de Psicología*, vol. 36, nº 3, 239-260.

García, J.A., Deval, J. Sánchez, I., Herranz, P., Begoña, E., Kohen, R., Carriedo, N., & Rodríguez, M. (2010). *Psicología del Desarrollo I*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.

Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 38, núm. 3, pp. 493-507.

Gómez, A., Pérez, M., Vargas, G., Wilthew, M. (2010). Evaluación del Apego y las Relaciones Objetales como factores que determinan las relaciones de pareja en población universitaria. *Clínica e*

investigación relacional, Revista electrónica de psicoterapia, 4 (2) 429-442.

Gómez, J. (2005). Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. *Infancia y aprendizaje*, 28(3), 293-308.

Gómez, Y., Vallejo, V.J., Villada, J., & Zambrano, R. (2010). Propiedades psicométricas del Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI) en la población de Medellín, Colombia. *Pensando Psicología*, 6(11), 65-73.

Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Hazan, C. y Zeifman, D. (1994) Sex and the psychological tether. *Attachment processes in adulthood*. Londres: Jessica Kingsley. 5, 151-178.

Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. 2ª Edición. México: Mc Graw Hill.

Huh, J., Delorme, D.E., & Reid, L.N. (2006) Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs*, 40(1):90-116.

Izquierdo, S. A., & Gómez, A. (2013). Affective dependence: an approach of contextual perspective. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(1), 81-91.

Lafuente, M., & Cantero, M.J. (2010). *Apego, amistad y amor*. Madrid: Ediciones Vinculaciones afectivas Pirámide.

Lemos, M. & Londoño, N.H. (2006). Construcción y validación de cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta colombiana de psicología*. 9(2): 127-140.

Lemos, M., Jaller, C., González, AM., Díaz, ZT., & De la Ossa, D. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 11 (2), 395-404.

Lemos, M., Londoño, NH., & Zapata, JA. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes psicológicos* 9, 55-69. Recuperado de http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/PGV2_M030040020110_REVISTA/PGV2_M030040020110030_REVISTA9/ARTICULO%20V9N9A03.PDF

Lemos, M.A. & Londoño, N.H. (2006). Construcción Y Validación Del Cuestionario De Dependencia Emocional En Población Colombiana. *Acta Colombiana De Psicología* 9(2): 127-140.

López, F. (1993). *El apego a lo largo del ciclo vital*. En M.J.Ortiz y S. Yarnoz (Eds.) Teoría del apego y relaciones afectivas. Bilbao: Universidad del País Vasco.

Main, M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. En T.B. Brazelton y M. Yogman

(Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.

Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.

Martínez, J. L., Fuertes, A., Orgaz, B., Vicario, I., & González, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de psicología*, 30(1), 211-220.

Martínez, J.L. & Fuentes, A. (1999). Importancia del clima familiar y la experiencia de la pareja en las relaciones de amistad adolescentes. *Revista de psicología social: International Journal Of Social Psychology*. 14(2-3), 235 – 250.

Martínez, M. T., Martínez, K. E. & Aldana, G. G. (2013). La dependencia emocional en relación con el apego. *Universidad Autónoma del Estado de México*.

Maysless, O. (1996). Attachment patterns and their outcomes. *Human Development*, 39(4), 206-223.

Melero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación* (Doctoral dissertation, Tesis de Doctorado, Universidad de Valencia).

Melero, R., & Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19 (1), 83-100.

Méndez, L., & González, L. (2002). Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados con problemas conductuales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. XI (2). 75-92.

Mikulincer, M. (1998): Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in self-appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 420-435.

Ministerio de Educación Nacional – MEN (Junio-Agosto 2007). *Bases sólidas para el desarrollo humano*. Altablero No. 41. Recuperado febrero 15 de 2014 de: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-133793.html>

Monteolivia, A. (2002). *Estilo de apego adulto y su incidencia en la relación actitud-conducta desde la teoría de la conducta planificada*. Universidad de Granada. Departamento de psicología social y metodología de las ciencias del comportamiento.

Moral, MV., & Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias* 33 (2), 150-167.

Mosquera, D. & González, A. (2011). Del apego temprano al TLP. *Mente y Cerebro*. (46) 46-26.

Mosquera, D. (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3 (3) 1-35.

Olivia Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y el adolescente*, 4 (1), 65-81.

Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

Pinedo, J. (2006). Apego Adulto: Los Modelos Operantes Internos Y La Teoría De La Mente. *Terapia psicológica*. Vol 4. Num. 002. P 201-209

Polaino-Lorente, A., Truffino, J. C., & del Pozo Armentia, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Ediciones Rialp.

Prada, J. (2004). *Madurez afectiva, concepto de si y la adhesión al ministerio sacerdotal*. Bogotá: San Pablo.

Riso, W. (2003). *¿Amar o depender?: como superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable*. Bogotá: Grupo editorial norma. 1-183. Recuperado de http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=eEmEf_0U870C&oi=fnd&pg=PA23&dq=relacion+entre+el+apego+romantic+o+y+dependencia+afectiva&ots

Rodríguez, D., Amaya, P., Espriella, C. (2010). *Estilo de apego parental y dependencia emocional en las relaciones románticas de los adolescentes*. Tesis para especialización

en psicología clínica de la niñez y adolescencia. Universidad de la Sabana.

Román, I. A. (2011). *La dependencia emocional en la depresión*. Instituto superior de estudios psicológicos. Master en psicología clínica y de la salud. Recuperado de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Dependencia-Emocional-En-La-Depresion.pdf>

Rozenel, V. (2006). Los Modelos Operativos Internos (IWM) dentro de la teoría del apego. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (23), 7.

Sánchez, M. (2011). *Apego En La Infancia Y Apego Adulto, Influencia en las relaciones amorosas y sexuales*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca.

Shaver, P. R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. *Advances in personal relationships*, 4, 29-70.

Sirvent, C. (2004). *La adicción al amor y otras dependencias sentimentales*. En Encuentros de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones, Libro de actas (pp. 159-161). Chiclana, España: Servicio Provincial de Drogodependencias.

Sirvent, C. (2007, February). *La mentira transformada*. Paper presented at the 8º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis.

Stassen, K. (2006). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*.

Madrid: Editorial Médica Panamericana. 7ª edición.

Vallejo, V. J., Villada, J., & Zambrano, R. (2007). *Estandarización de la prueba Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument) en la población universitaria de Medellín* (Trabajo de grado de psicología). Universidad de Antioquia, Medellín.

Vivona, J.M. (2000). Parental attachment styles of late adolescents: Qualities of attachment relationships and patterns of adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 316-329.

Weiss, S. J., Klein, R., Slivka, A., & Wei, M. (1982). Chlorination of taurine by human neutrophils: evidence for hypochlorous

acid generation. *Journal of Clinical Investigation*, 70(3), 598.

Yármoz, S., Arbiol, I., Plazaola, M., & Sainz de Murieta, L. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. Copyright. Vol. 17, N.2. 159-170.

Zambrano, R., Villada, J., Vallejo, V.J., Córdoba, V., Girado, J.J., Herrera, B., Giraldo, M., & Correa, C. (2009). Propiedades psicométricas de la prueba de apego adulto "Experiencias en relaciones cercanas-revisado" en población colombiana. *Pensando psicología. Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*. 5 (8) 6-14.

DEPRESIÓN Y VARIABLES ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO DE VIH-SIDA EN LA POBLACIÓN DE LA IPS VITAL SALUD

DEPRESSION AND CLINICAL CATEGORIES ASSOCIATED TO HIV-AIDS DIAGNOSIS AT THE IPS VITAL SALUD POPULATION

Elisama Beltrán De la Rosa, Orlando Silvera Tapia, Kelly Yelena Armella, Arianis Marín Daza, Amalia Román Garrido & Nataly Rojas Jiménez

Información de los autores: *Elisama Beltrán De la Rosa*. Candidata a doctora en Psicología Atlantic International University- EE.UU. Magíster en psicología en intervención familiar Columbus IBS-Aragón, España. Especialista en salud familiar Universidad del Norte, Especialista en VIH, Asociación Colombiana de Infectología. Especialista en psicología en intervención familiar Columbus IBS-Aragón, España. Psicóloga Universidad Metropolitana. Docente de la Universidad Metropolitana de Barranquilla. Investigadora del grupo CEPUM, Universidad Metropolitana. Correo electrónico: elisama.beltran@unimetro.edu.co

Orlando Silvera Tapia. Estudiante de maestría en Salud Pública, Universidad del Norte. Especialista en periodoncia Universidad Sao Pablo. Especialista en Gerencia en Salud Universidad del Norte. Gerente de la IPS Vital Salud. Odontólogo Universidad Sao Pablo. Correo electrónico: osilvera31@hotmail.com

Kelly Yelena Armella. Estudiante pregrado de Psicología. Universidad Metropolitana. Correo electrónico: kellyyelena@hotmail.com.

Arianis Marín Daza. Estudiante pregrado de Psicología. Universidad Metropolitana. Correo electrónico: animada20@hotmail.com.

Amalia Román Garrido. Estudiante pregrado de Psicología. Universidad Metropolitana. Correo electrónico: amaly2202@hotmail.com

Nataly Rojas Jiménez. Estudiante pregrado de Psicología. Universidad Metropolitana. Correo electrónico: natyrojas_02_06@hotmail.com

Referencia recomendada: Beltrán-De la Rosa, E., Silvera-Tapia, O., Armella, K., Marín-Daza, A., Román-Garrido, A., & Rojas-Jimenez, N. (2016). Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida en la población de la IPS Vital Salud. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 40-71

Resumen: El presente artículo describe los principales hallazgos que se desprenden del estudio acerca de la depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida, el cual se realizó desde la metodología descriptiva comparativo, de tipo transversal, con método de medición basado en el enfoque cualitativo y cuantitativo, donde se involucran variables de tipo socio-demográficas, categoría clínica de la infección por el conteo de CD4, carga viral, factores asociados a la depresión. El estudio se estableció con una muestra de 120 pacientes bajo los siguientes criterios de exclusión: pacientes en gestación, puérperas, con diagnóstico y tratamiento psiquiátrico por depresión y efectos adversos al tratamiento antirretroviral. Dentro de los resultados generales se encontró que no existe una relación entre el diagnóstico de VIH-Sida y la depresión; lo que existe es una relación entre las condiciones asociadas a la enfermedad y la depresión.

Palabras claves: Depresión, VIH, Sida, CD4, Carga viral, Antirretroviral.

Abstract: The present article describe the principal findings from the study about the depression and clinical categories associated to HIV-AIDS diagnosis, this study was developed with a descriptive and comparative methodology transversal type, there were used socio-demographic variables and clinical category of infection CD4, viral load, associated factors to depression. The study sampling size is 120 patients according to the following exclusion criteria: pregnancy woman, puerperal woman, patients with psychiatric diagnosis and treatment for depression and side effects to anti-retroviral treatment. As a result there is no relationship between HIV diagnosis and depression, but there is a relationship between associated conditions to the illness and depression.

Keywords: Depression, HIV-AIDS, CD4, Viral load, Anti-retroviral.

Recibido: 13 de Marzo de 2016 / **Aprobado:** 30 de Junio de 2016

INTRODUCCIÓN

El virus de Inmunodeficiencia Humana VIH-Sida se considera como una de las enfermedades más devastadoras del presente siglo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que "...aproximadamente 78 millones [71 millones–87 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH y 39 millones [35 millones–43 millones] de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el VIH" (ONUSIDA, 2014), además indica que en el mundo se infectaron 35 millones de personas con VIH (OMS, 2013), de los cuales 30 millones son adultos, y 3.4 millones son menores de 15 años (OMS, 2012), estimó además que anualmente mueren 1.8 millones de personas por la enfermedad. De acuerdo con Salvador, Lallana, Taboada & Mendaza (1997) "La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye la pandemia más agresiva de nuestro siglo y actualmente es el problema sanitario más grave por sus consecuencias devastadoras." (p. 69)

En Latinoamérica según los datos de la UNICEF (2013 Pág. 5) se estima que más de 1.5 millones de personas están viviendo con el VIH/SIDA de los cuales 740 mil son jóvenes entre los 15 y 24 años de edad. De acuerdo al informe mundial de avances de UN General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS, 2012) en Colombia la población más afectada en Colombia se encuentra entre los 20 y 39 años de edad (52.7%), presentándose un incremento en el número de casos reportados en los últimos años, sobretodo en personas mayores de 60 años.

Por otra parte la depresión es una enfermedad frecuente en el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas (OMS, 2012). La depresión difiere a lo que comúnmente se conoce como variaciones habituales del estado de ánimo o respuestas emocionales breves correspondientes a problemas de la vida cotidiana, y en ocasiones puede convertirse en un problema de salud, debido a la duración e intensidad, es importante anotar que la depresión se encuentra categorizada por niveles: Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, como leve, Moderada, Severa y Muy Severa, cada uno de estos niveles presenta criterios específicos que favorece un buen diagnóstico diferencial. (OPS, 2008) alterando de forma simultánea las actividades laborales, escolares y familiares, asimismo se ha asociado al suicidio, convirtiéndose en la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. (OMS 2012). La Organización Panamericana de la Salud – OPS (2002) ya advertía la problemática situación del virus en el mundo:

Ya en su tercer decenio, la epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA (VIH/SIDA) en las Américas sigue aumentando en forma sostenida. Hacia finales de 1999 se estimó que aproximadamente 2,5 millones de personas estaban infectadas por el VIH en la Región: alrededor de 1,3 millones en América Latina, unos 360.000 en el Caribe y aproximadamente 900.000 en América del Norte (cuadro 22). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estiman que cada día se producen entre 600 y 700 nuevas infecciones por el VIH en la Región, y que hasta el año 2000 habían muerto más de medio millón de personas por esta causa. (p. 278)

Según Bertolote, Tarsitan & De Paula (s. f), en el estudio sobre *La comorbilidad de la depresión y otras enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS*, se encontró una alta prevalencia de personas con diagnóstico de VIH que presentaban como comorbilidad la depresión, lo que repercutía en el desarrollo y cuidado de la enfermedad con menor adherencia en el tratamiento o las recomendaciones médicas, incrementando así la remisión a la consultas psiquiátricas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) se presenta una prevalencia significativamente mayor en la población con diagnóstico de VIH que en la población general (alrededor de 35%), la presencia de la depresión se ha asociado a un deterioro de la calidad de vida, evolución de la enfermedad- VIH y disminución en la adherencia a la terapia anti-retroviral (Wolff C, 2012).

De acuerdo a Ballester R. (2003) en su estudio titulado *Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA*, "los programas de intervención psicológica para los pacientes con infección por VIH son escasos y todavía lo son más, los trabajo que presentan datos acerca del grado de eficacia de estos programas sobre variables clínicas relevantes" (Ballester, 2003. Pág. 1). Sin embargo este estudio muestra como la intervención grupal cognitivo-conductual estructurado en ocho sesiones ofrecen resultados preliminares acerca de su eficacia.

Por otro lado Gaviria, Quinceno & Venaccia S. (2009) evaluaron las

estrategias de afrontamiento de la ansiedad-depresión focalizadas en la cognición, lo que arrojó un cambio significativo en la población estudiada con respecto a las técnicas de autoeficacia utilizadas en este grupo de pacientes pertenecientes a este estudio, mostraron un cambio favorable en el afrontamiento del diagnóstico de VIH, adhesión al tratamiento y más aún esclarecer como la depresión se encuentra asociada a factores externos de índole psicosocial que del diagnóstico de VIH, lo cual se superó con el proceso de intervención grupal y manejo clínico de la infección por VIH. (Canario & Baéz, 2005; Cárdenas, 2005)

Se considera entonces que la depresión en pacientes con diagnóstico de VIH-Sida, es de especial cuidado en la evolución clínica de la infección puesto que puede convertirse en un obstáculo para la adherencia al tratamiento, el incumplimiento en los controles médicos, o la continuidad en las recomendaciones del equipo interdisciplinario.

Estado emocional y diagnóstico de VIH

De acuerdo con los lineamientos legales del Ministerio de Salud y Protección Social (2006) en Colombia se estableció a través de guías de atención en VIH que la intervención psicológica se enfoca desde la terapia cognitiva basada en la autoeficacia, dicha intervención se dirige al manejo de creencias y expectativas de los resultados clínicos, estableciendo los recursos psicológicos, factores psicosociales del paciente que determinan las áreas de intervención en cada caso. De acuerdo con Tavera (2010) señala que:

La infección por VIH se define como una enfermedad de afección al sistema inmune que afecta de manera directa a los linfocitos CD, es así que la baja respuesta inmune puede tener como consecuencia la presencia de infecciones intercurrentes o el desarrollo de células cancerígenas. Briongos et al (2007), la define como enfermedad inmunodepresiva, de impacto sociosanitario, debido al fuerte impacto y costo social que genera en las sociedades. El MINSA (2006, citado en Alcántara 2008) reporta que el gasto mensual por un sujeto viviendo con VIH puede fluctuar entre 1000 a 10 000 dólares al mes, debido a que usualmente afecta a población económicamente activa. (p. 2)

El estudio *Psychosocial Determinants of Health-Related Quality of Life of People Living with HIV/AIDS on Antiretroviral Therapy at Udupi District, Southern India* de Kamath y Hegde (2014) señalan que el estado emocional y los factores psicosociales influyen notoriamente en la calidad de vida del paciente, quien en este estudio encuentra una diferencia significativa en la depresión asociados a situaciones psicosociales, condiciones interpersonales y la espiritualidad. De acuerdo con Cazenave, Ferrer, Castro & Cuevas (2005), la familia se constituye en el grupo primario de atención y cuidado:

Dentro del grupo familiar, según la evidencia, los cónyuges son la primera fuente de cuidados para las personas que se encuentran casadas, y los hijos la segunda; sin embargo, se reconoce que las hijas y las madres son las que ocupan el primer lugar como "cuidadores primarios" y los hijos y los padres el segundo lugar. (p. 51)

De acuerdo con UliukinIM, Voronin EE (1999) en su estudio *HIV infection: the psychological indices at different stages of the disease*, se indica que la

depresión puede presentarse en las diferentes fases clínicas del VIH, se relaciona con el índice psicológico: actitud, nivel de adaptación, alteraciones neuropsíquicas; concluyendo que en las primeras etapas de la infección por VIH o infección aguda, no se observaron alteraciones de adaptación a diferencia del resto de etapas como son la etapa de Infección crónica, y la fase Sida, que si presentaban cambios emocionales, como la depresión, ansiedad entre otras. (Castillo, García, González, & Hincapié, 1995; Huangang, Uphold, Wu, Reid, Findley, Duncan, 2004), así afirman Teva, Bermúdez, Hernández & Buela (2005) "La aparición de síntomas de depresión es esperable antes el conocimiento del diagnóstico de VIH, pero estos síntomas pueden convertirse en patología si no desaparecen tras un proceso de ajuste a su nueva situación por parte del individuo." (p. 41)

Sin embargo estudios como el de Chanakira, Kingdom y Freeman (2014), *Social and psychosocial factors associated with high risk sexual behaviour among university students in the United Kingdom*, muestran que los cambios emocionales obedecen al comportamiento sexual debido a la incapacidad de mantener prácticas sexuales por el mismo deterioro de salud o por falsas creencias de no poder involucrarse en una relación de pareja o no poder llevar una vida sexual activa en el futuro, por temor a infectar a su pareja o por temor al rechazo de esta. Por su parte Halkitis, Pérez-Figueroa, Carreiro, Kingdom, Kupprat & Eddy (2014) en su texto *Psychosocial burdens negatively impact HIV antiretroviral adherence in gay, bisexual, and other*

men who have sex with men aged 50 and older AIDS Care, relaciona el componente emocional y la depresión en el paciente con VIH con: estereotipos, estigma social y la discriminación referida a la tendencia sexual.

Mientras que Rabiére y Lebrón (2010) en su estudio *Distorsiones cognitivas de personas que viven con VIH que asistieron al centro sanitario de Santo Domingo*. El diagnóstico VIH positivo puede ser considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, al estar asociado con un proceso de enfermedad de carácter crónico, irreversible y mortal que involucra, además, sentimientos de vergüenza, rechazo social, posible pérdida de trabajo y desprestigio social.

Infectología y VIH

La evolución del sistema inmunológico en el caso de la infección por VIH es clasificado en fases o Categorías clínicas A-B-C, dependiendo del resultado del conteo de linfocitos o células CD4, clasificación está amparada por el Centro de Control y enfermedades infectocontagiosas (CDC 1993). Cada categoría clínica se caracteriza por síntomas específicos que favorecen cambios tanto físicos como psicológicos en la persona que lo padece, la cual se encuentra atenta a cualquier cambio de su estado general, lo que puede generar un estado de tensión ante eventos relacionados con su tratamientos o efectos del mismo, sobre todo ante resultados de laboratorios, los cuales evidencian el progreso de la infección.

Este proceso genera un desgaste emocional en el paciente lo que se puede asociar a las múltiples reacciones o alteraciones emocionales, desencadenada por el proceso diagnóstico y seguimiento de la infección; y que en ocasiones suscita intervenciones psicológicas desde un enfoque cognitivo basada en la auto-eficacia, la Guía para el manejo de VIH /SIDA basada en la evidencia (2006) propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia sugiere que dicha intervención debe realizarse desde las etapas iniciales del diagnóstico de VIH buscando favorecer la capacidad de afrontamiento del paciente, ante los cambios clínicos que requiere el seguimiento de la infección, los recursos inmediatos en el manejo de la infección que dispone el paciente como son: Terapia Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA, Seguridad social, apoyo integral que involucra familia, pareja y/o red de apoyo.

Tabla 1. Categorías Clínicas de VIH-Sida

CELULAS CD4	CATEGORIA CLINICA		
	Categoría A Asintomática	Categoría B Sintomática	Categoría C Indicador de SIDA
< 500/mm ³ (≥29%)	A1	B1	C1
200-499/mm ³ (14-28%)	A2	B2	C2
<200/mm ³ (<14%)	A3	B3	C3

Fuente: Sistema de Clasificación según el Centro De Control Y Prevención De Enfermedades CDC (1993). Atlanta, Estados Unidos.

Todos estos recursos inmediatos favorecen desde su inicio la evolución clínica controlada del paciente a nivel integral, generando cambios en su actitud y su capacidad resiliente, sobreponiéndose al diagnóstico de VIH con todas las implicaciones en el manejo de la infección por el resto de su vida. A continuación se especifica las categorías

clínicas de la infección del VIH-Sida a través del Sistema de Clasificación según el centro de control y prevención de enfermedades CDC de Atlanta (CDC, 1993)

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

Para el presente estudio la población estuvo constituida por 150 pacientes por criterios de exclusión 20%, la muestra es de 120 pacientes (n: 120) La unidad de estudio pertenece al programa integral VIH-Sida de la IPS Vital Salud de la ciudad de Barranquilla- Colombia. Dentro de las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la aplicación del consentimiento informado y el aval del comité de Bioética de Investigación de la Universidad Metropolitana y de la IPS Vital Salud de la ciudad de Barranquilla instituciones que apoyaron la investigación.

Para la muestra se indicaron Criterios de exclusión como pacientes en estado de gestación, púerperas, pacientes en tratamiento psiquiátrico por depresión y pacientes con efectos adversos al TARGA.

Diseño

El diseño se considera descriptivo comparativo, de tipo transversal, con método de medición basado en el enfoque cualitativo y cuantitativo, donde se involucran variables de tipo socio-demográficas, edad, sexo, tendencia sexual, estado civil, categoría clínica de la infección por el conteo de CD4, carga viral, factores intervinientes y tipos de depresión.

Instrumentos

Para este estudio se considera la escala Hamilton el cual evalúa determinantes individuales, lo que favorece la exteriorización de estímulos asociados a la enfermedad.

1. La escala de Hamilton: Evalúa la depresión, ajustada a la clasificación Internacional de enfermedades CIE-10. (OPS 2008) La validación de la versión española, la escala consta de 17 variables, las cuales son definidas en series de categorías e intensidad creciente, (Hamilton, 1960 Pág. 56) cada una de las variables tiene entre tres y cinco posibilidades de respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden utilizarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo Hamilton M., (1960 Pág. 23). La Guía de Práctica Clínica elaborada por el National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) guía de alta calidad a nivel global en su elaboración y puntuación de "muy recomendada" según el instrumento Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE 2003), recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 , Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22,m Depresión muy severa: >23

2. Historia clínica: variables socio- demográficas, categoría clínicas de la infección por VIH-Sida.

2.1 Recuento de CD4 o conteo de CD4: Mide del número de células CD4 en un milímetro cúbico (mm³) de sangre, el valor de referencia en

personas no infectadas está entre 450 y 1.600 mm³. (Vélez; Rojas, et al 2005, Pág. 3)

2.2 Carga viral: Mide la cantidad de ARN viral y los anticuerpos del VIH en sangre. (ATIS, 1999). Los resultados se expresan como número de copias de ARN del VIH en un mililitro de sangre. Una carga viral de 10.000 copias se considera baja y una mayor de 100.000, alta, denominándose indetectable a un resultado < de 40 copias. (Vélez; Rojas, et al 2005 Pág. 3)

Procedimiento

Los participantes del estudio pertenecen al programa integral VIH-Sida de la IPS Vital Salud de la ciudad de Barranquilla-Colombia, los cuales acuden una vez al mes a su valoración y seguimiento integral, durante la consulta de valoración se les informó, que formarían parte de un estudio a nivel científico, sobre la detección de trastornos emocionales como la depresión, para lo cual firmaron el respectivo consentimiento informado.

Para el desarrollo de este estudio se realizó la aplicación de la escala de Hamilton en la obtención del diagnóstico de depresión, la Historia clínica tales como: variables sociodemográficas. Edad, sexo, estado civil, tendencia sexual, Resultados de pruebas de laboratorio como Carga viral, Conteo o recuento de linfocitos o CD4.

Las variables establecidas para considerar la relación entre el diagnóstico de VIH y la depresión fueron categorías o etapas clínicas del VIH como son fase A, fase B y fase C. Como

nota sobresaliente al aplicar la prueba se detectaron factores intervinientes como ideas erróneas, distorsiones cognitivas relacionado con el estigma y la discriminación, relacionar el diagnóstico con un castigo divino, todas estas ideas, distorsiones cognitivas fueron intervenidas bajo el modelo de la auto-eficacia basado en el enfoque cognitivo conductual.

RESULTADOS

El análisis de los resultados se realizó a través del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 18. Se estableció con una muestra de 120 pacientes con los siguientes criterios de exclusión:

1. Pacientes en gestación o púerperas.
2. Pacientes con diagnóstico y tratamiento psiquiátrico por depresión y efectos adversos al tratamiento antirretroviral.

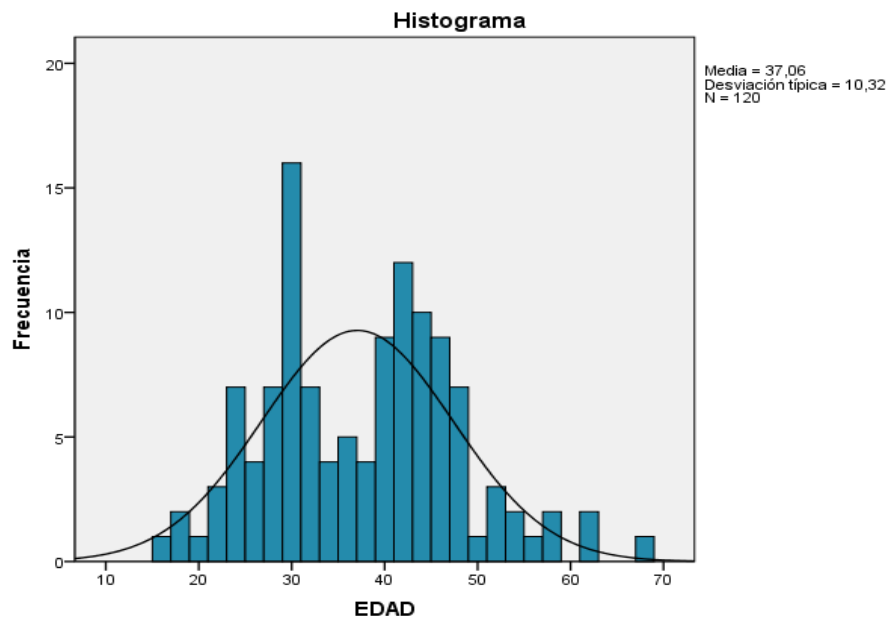
De acuerdo con los resultados se establecen las condiciones sociodemográficas más importantes de la población, sexo y edad, estado civil y diagnóstico de VIH, tendencia sexual, depresión de acuerdo a la escala Hamilton, y finalmente un análisis integrado de estas variables.

En relación a las variables sociodemográficas se encuentran los siguientes datos, en el que se establece la prevalencia del sexo masculino sobre el femenino.

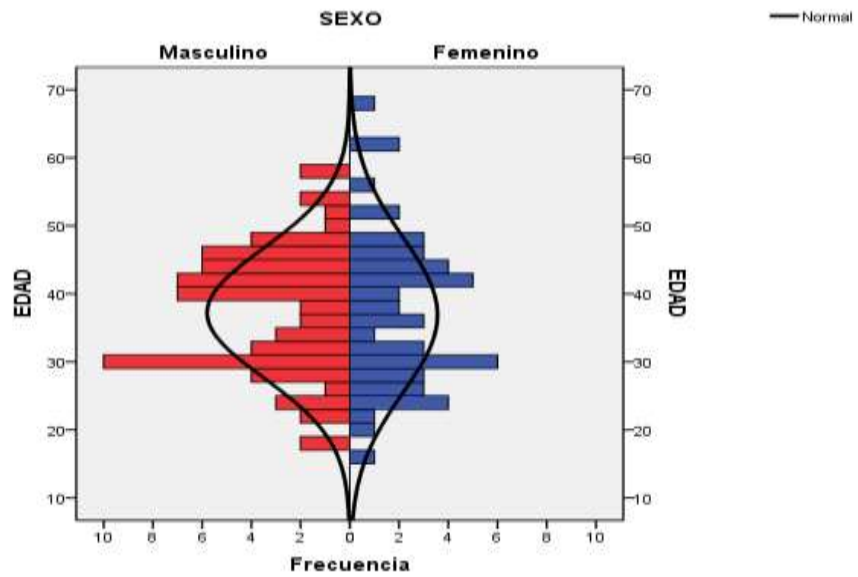
SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Masculino	69	57,5	57,5	57,5
Válidos	Femenino	51	42,5	42,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Con respecto a la edad se destaca que una alta población pertenece al ciclo evolutivo de edad media, consolidándose los 37 años como edad promedio.

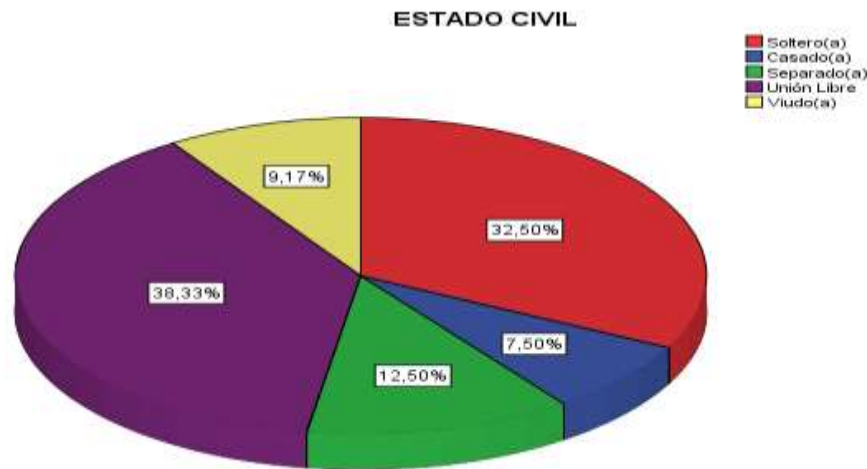
Sin embargo acerca de estos datos se puede establecer entonces una relación importante entre la edad y el sexo de la población participante, en razón de que los diagnósticos más frecuentes se encuentran alrededor de los 30 años tanto en hombre como en mujeres, lo que supondría el periodo de vida sexual más activa.



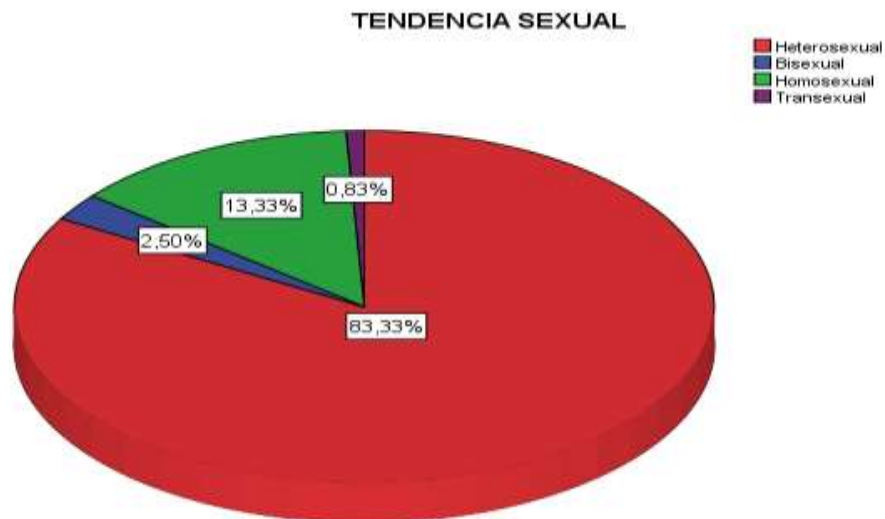
Sin embargo acerca de estos datos se puede establecer entonces una relación importante entre la edad y el sexo de la población participante, en razón de que los diagnósticos más frecuentes se encuentran alrededor de los 30 años tanto en hombre como en mujeres, lo que supondría el periodo de vida sexual más activa.



En el estado civil se evidencia que el porcentaje más alto de personas convivientes con diagnóstico de VIH se concentra en la población que vive en unión libre con un 38.3% seguido de la población soltera con un 32.5%.



Adicional a esto, se encuentra que con respecto a la tendencia sexual, la población conviviente con VIH de la muestra es en un 83.33% heterosexual.

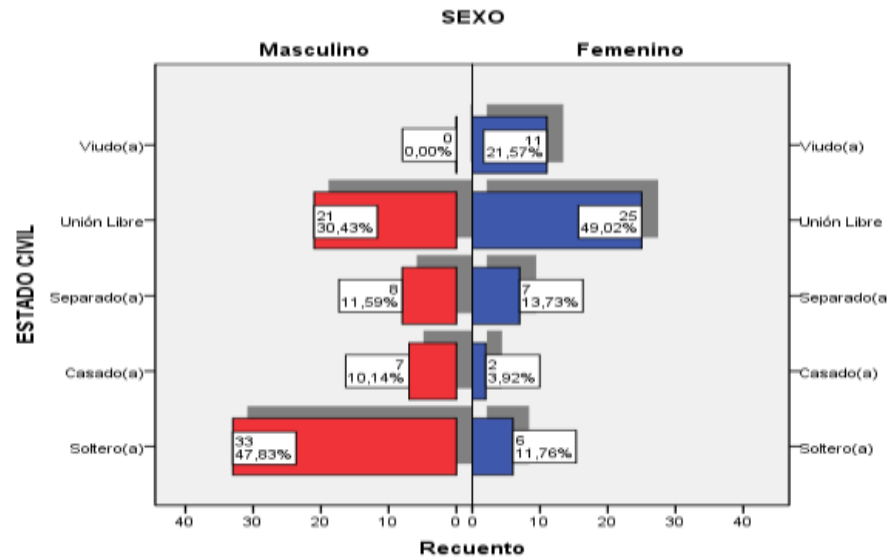


Mientras que en cuanto al sexo y al estado civil se tiene que el 49.02% de la población femenina que vive en unión libre tienen diagnóstico de VIH y tan solo el 30.43% en la población masculina del mismo estado civil, contrasta que el 47.83% de la población soltera masculina tiene diagnóstico por VIH mientras que la

población femenina soltera solo tienen diagnóstico el 11.76%, pero en la población femenina viuda se incrementa el porcentaje de mujeres con diagnóstico de VIH con un 21.57%.

En todo caso, el porcentaje más alto de diagnóstico con VIH se concentra en la población que vive en unión libre sumando ambos sexos. Para el caso femenino se le sigue la viudez, mientras que en el caso de los hombres es la soltería la puntuación más alta.

Para efectos de análisis del tiempo de antigüedad del diagnóstico se pudo establecer que el 40.8% de la población tiene entre 7 y 11 años de convivir con el



diagnóstico, seguido del 38.3% que tiene entre 4 y 6 años del estar diagnosticado.

Rango de Antigüedad Tiempo de DX (Años)

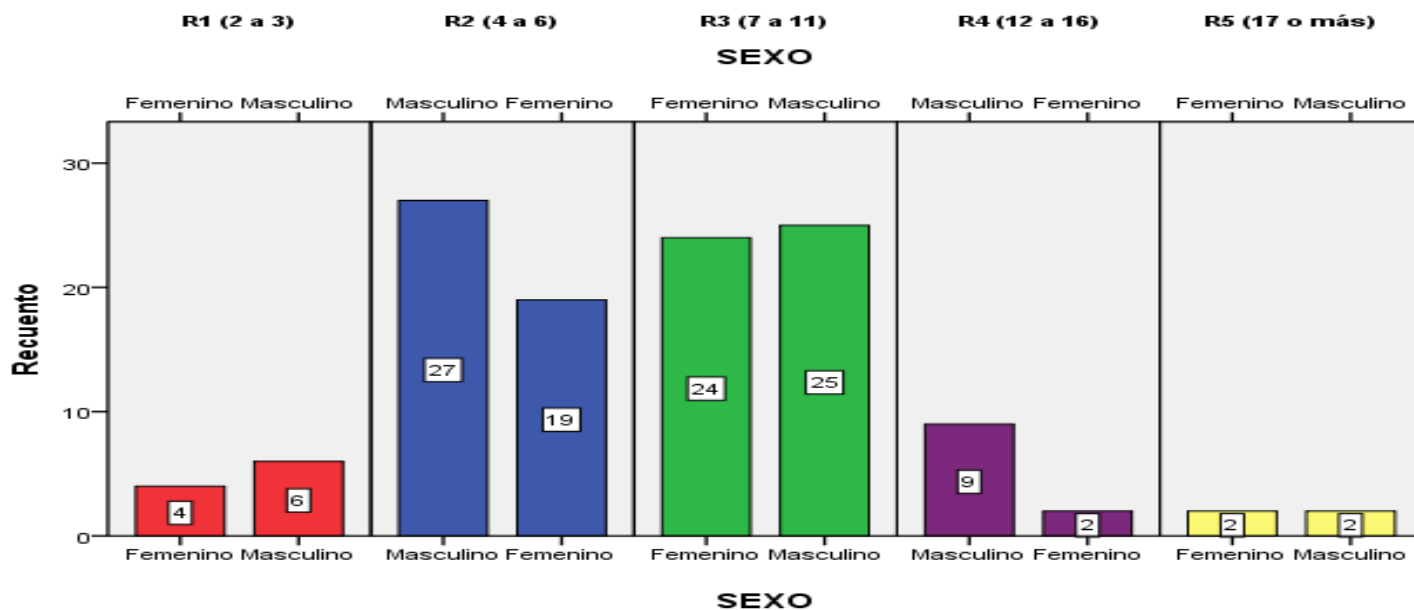
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
R1 (2 a 3)	10	8,3	8,3	8,3
R2 (4 a 6)	46	38,3	38,3	46,7
R3 (7 a 11)	49	40,8	40,8	87,5
R4 (12 a 16)	11	9,2	9,2	96,7
R5 (17 o más)	4	3,3	3,3	100,0
Válidos				
Total	120	100,0	100,0	

En cuanto al tiempo de convivir con el VIH se encuentra que el 16.7% de la población tiene 4 años de haber sido diagnosticado, seguido del 15% con 10 años de tener el diagnóstico, y 12.5% con 5 años de convivencia con el VIH.

TIEMPO DE DX (AÑOS)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	2	2	1,7	1,7
	3	8	6,7	8,3
	4	20	16,7	25,0
	5	15	12,5	37,5
	6	11	9,2	46,7
	7	10	8,3	55,0
	8	10	8,3	63,3
	9	8	6,7	70,0
Válidos	10	18	15,0	85,0
	11	3	2,5	87,5
	12	2	1,7	89,2
	13	3	2,5	91,7
	14	2	1,7	93,3
	15	4	3,3	96,7
	17	1	,8	97,5
	19	1	,8	98,3
	21	1	,8	99,2
	27	1	,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Rango de Antigüedad Tiempo de DX (Años)



También se pudo establecer una relación importante entre la antigüedad del diagnóstico y el sexo, encontrándose que los hombres tienen en su mayoría un promedio de convivencia con el diagnóstico de VIH de entre 4 y 11 años, en más alto número de casos que las mujeres en el mismo periodo de antigüedad, aunque no en el mismo porcentaje, en ese sentido las mujeres superan a los hombres. Es decir un 73.5% para los hombres con 52 casos de 69

pacientes, y un 84.3% para las mujeres con 43 casos de 51 pacientes.

En relación a los resultados obtenidos por la Escala Hamilton de depresión, se encuentra que 39.2% de la población no presenta depresión, sin embargo el 34.2% presenta depresión leve, un 24.2% presenta depresión severa, y un 2.5% presenta depresión moderada, es decir el 60.8% de la población presente síntomas depresivos.

DX. HAMILTON

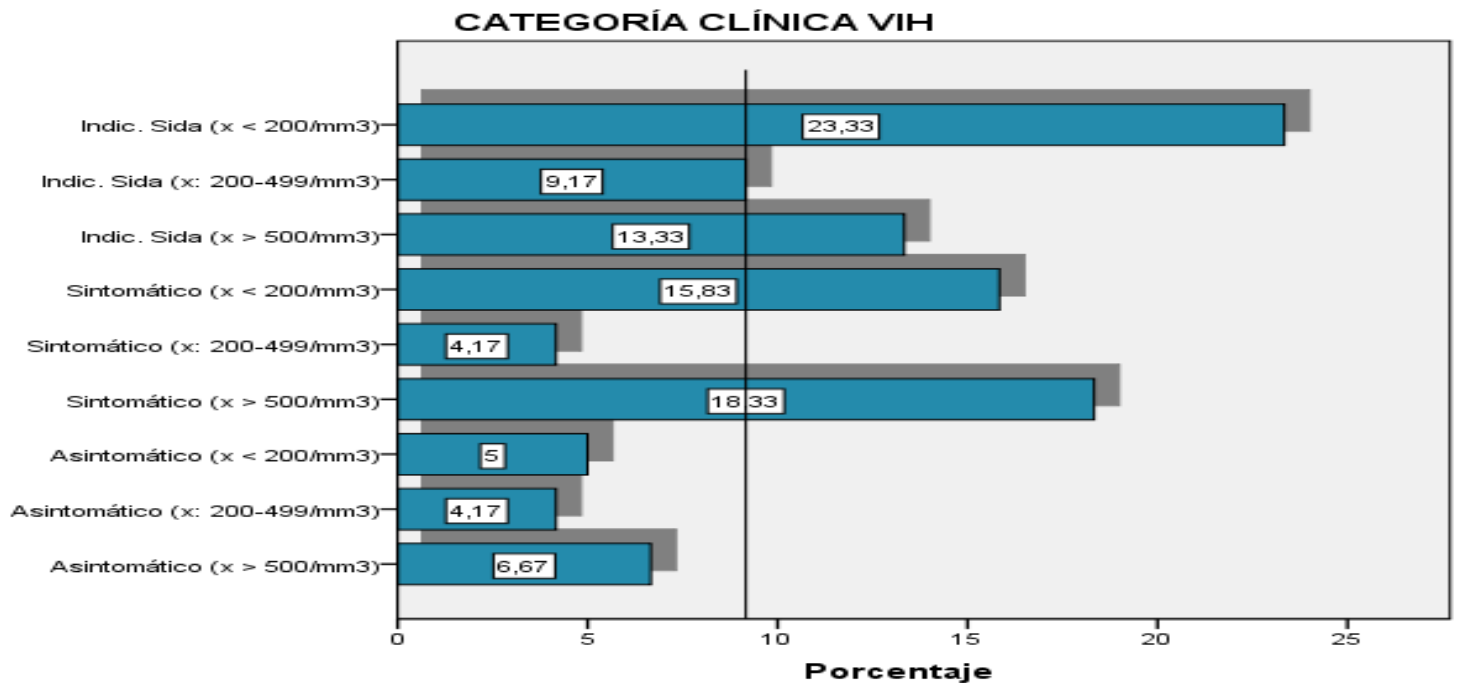
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sin Depresión	47	39,2	39,2	39,2
Depresión Leve	41	34,2	34,2	73,3
Depresión Moderada	3	2,5	2,5	75,8
Depresión Severa	29	24,2	24,2	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Adicionalmente se pudo establecer que la población, también presentaba enfermedades médicas asociadas al diagnóstico. En general se encuentran otras infecciones de transmisión sexual (ITS) con un 70.9% de la totalidad de la población.

Lo que se puede asociar entonces a las categorías clínicas pertenecientes a la condición específica del virus. Entonces se presenta que el 23.3% de la población presenta *Índice Sida* ($x < 200/mm^3$). Mientras el 18.3% se encuentra *Sintomático* ($x > 500/mm^3$) y el 15.8% se encuentra *Sintomático* ($x < 200/mm^3$)

COMORBILIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos OTRAS ITS	85	70,9
TBC PULMONAR	8	6,7
TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	6	5,0
SÍNDROME DE EMACIACIÓN	4	3,3
SINTOMATICO DIGESTIVO	4	3,3
LINFADENOMAGALIA CERVICAL	3	2,5
SARCOMA DE KAPOSI	3	2,5
SINTOMATICO RESPIRATORIO	3	2,5
HEPATITIS B	2	1,7
HERPES ZOSTER	1	,8
INSUFICIENCIA RENAL	1	,8
TOTAL	120	100,0



Con respecto a los factores personales asociados al diagnóstico de VIH de la población se encontró que el 23.3% de las personas se encuentra emocionalmente estable, un 16.7% presenta crisis familiares, un 15.8% tiene pérdida de empleo y tan solo un 9.2% presentan ansiedad.

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS

	Frecuencia	Porcentaje
ESTABILIDAD EMOCIONAL	28	23,3
CRISIS FAMILIAR	20	16,7
PERDIDA DE EMPLEO	19	15,8
ANSIEDAD	11	9,2
SENTIMIENTOS DE CULPA	10	8,3
EGOSINTÓNICO	9	7,5
IDEAS SUICIDAS	5	4,2
Válidos DESCONFIANZA EN TRATAMIENTO	4	3,3
RESILIENTE	4	3,3
CONFLICTOS SEXUALES	3	2,5
SINTOMAS SOMATOMORFOS	2	1,7
VICTIMIZACIÓN	2	1,7
PSICOSIS	1	,8
TRASTORNO DEL SUEÑO	1	,8
VIVE SOLO	1	,8

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS

		Frecuencia	Porcentaje
	ESTABILIDAD EMOCIONAL	28	23,3
	CRISIS FAMILIAR	20	16,7
	PERDIDA DE EMPLEO	19	15,8
	ANSIEDAD	11	9,2
	SENTIMIENTOS DE CULPA	10	8,3
	EGOSINTÓNICO	9	7,5
	IDEAS SUICIDAS	5	4,2
Válidos	DESCONFIANZA EN TRATAMIENTO	4	3,3
	RESILIENTE	4	3,3
	CONFLICTOS SEXUALES	3	2,5
	SINTOMAS SOMATOMORFOS	2	1,7
	VICTIMIZACIÓN	2	1,7
	PSICOSIS	1	,8
	TRASTORNO DEL SUEÑO	1	,8
	VIVE SOLO	1	,8
	Total	120	100,0

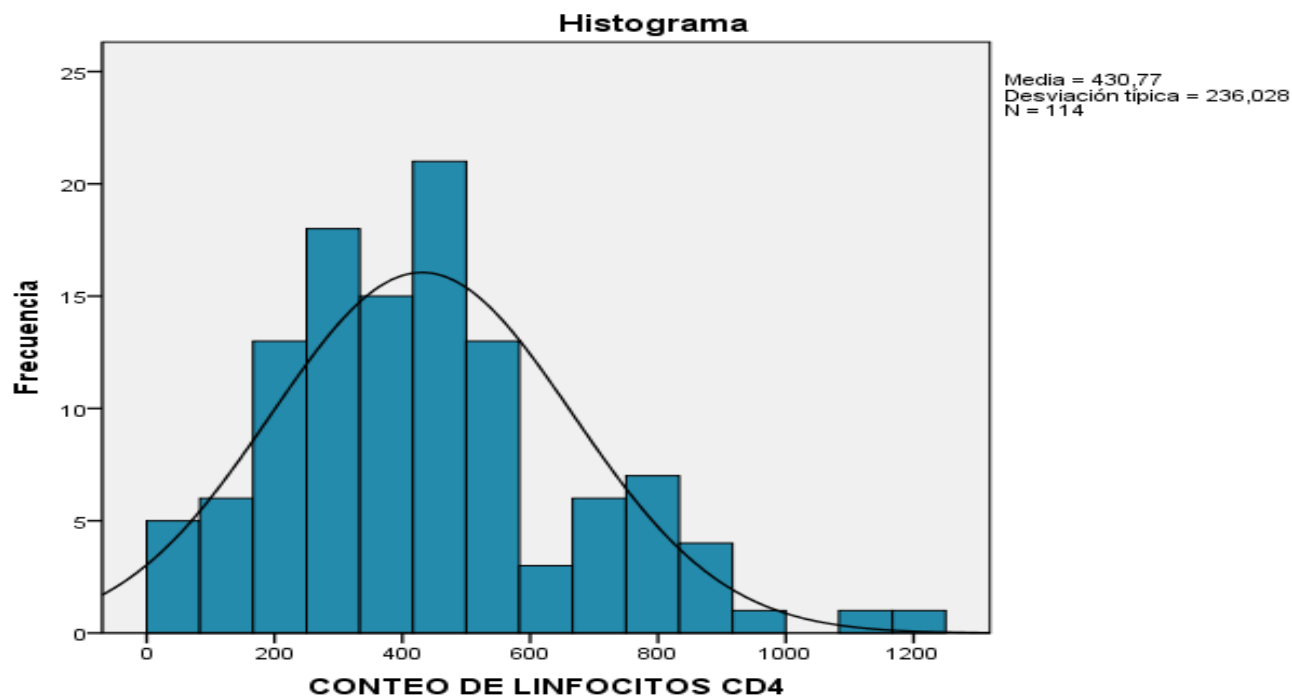
Por su parte los datos importantes se encuentran en los resultados de Carga Viral y conteo de Linfocitos CD4 para la población se encuentra la siguiente relación.

Carga Viral y CD4

		CARGA VIRAL	CONTEO DE LINFOCITOS CD4
CARGA VIRAL	Correlación de Pearson	1	-,252**
	Sig. (bilateral)		,007
	N	120	114
CONTEO DE LINFOCITOS CD4	Correlación de Pearson	-,252**	1
	Sig. (bilateral)	,007	
	N	114	114

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La media frecuente en el conteo de Linfocitos CD4 se encuentra en 430.77 en general para el total de la población.



Frente a la relación de la sintomatología depresiva arrojada por la escala Hamilton y las categorías clínicas del VIH se encuentra que el 10% de la población sin síntomas depresivos tiene *Indicador Sida* ($x < 200/mm^3$), y un 9.2% de la misma población sin síntomas depresivos se presentan en la categoría *Sintomático* ($x > 500/mm^3$).

Para el caso de los resultados de la Escala Hamilton con síntomas depresivos leves se encuentra que el 6.7% de esta población se presenta en la categoría clínica *Sintomático* ($x > 500/mm^3$) y otro 6.7% de la misma población con síntomas depresivos leves se presenta en la categoría clínica *Sintomático* ($x < 200/mm^3$).

		DX. HAMILTON			
		Sin Depresión		Depresión Leve	
		Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
CATEGORÍA CLÍNICA VIH	Asintomático ($x > 500/mm^3$)	1	,8%	4	3,3%
	Asintomático (x : 200-499/ mm^3)	2	1,7%	2	1,7%
	Asintomático ($x < 200/mm^3$)	1	,8%	2	1,7%
	Sintomático ($x > 500/mm^3$)	11	9,2%	8	6,7%
	Sintomático (x : 200-499/ mm^3)	2	1,7%	2	1,7%
	Sintomático ($x < 200/mm^3$)	7	5,8%	8	6,7%
	Indic. Sida ($x > 500/mm^3$)	8	6,7%	4	3,3%
	Indic. Sida (x : 200-499/ mm^3)	3	2,5%	7	5,8%
	Indic. Sida ($x < 200/mm^3$)	12	10,0%	4	3,3%
	Total	47	39,2%	41	34,2%

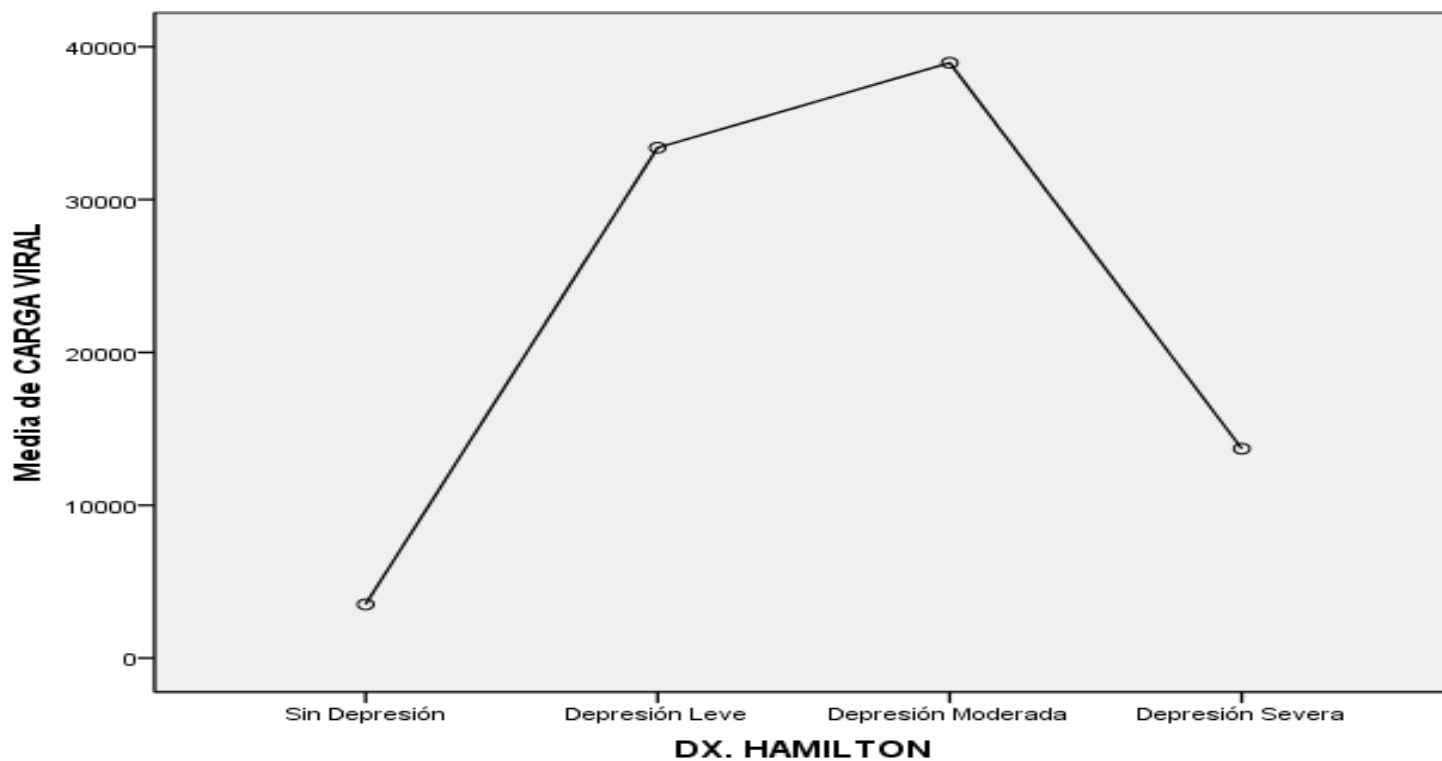
En relación a la sintomatología depresiva tipo depresión moderada arrojada por la escala Hamilton y las categorías clínicas del VIH se encuentra que en realidad no es significativo puesto que solo se presentan 3 casos, cada uno equivalente a 0.8%, un caso en las categorías clínicas de *Sintomático* ($x > 500/mm^3$), *Sintomático* ($x: 200-499/mm^3$) e *Indicador Sida* ($x < 200/mm^3$).

		DX. HAMILTON	
		Depresión Moderada	
		Recuento	% del N de la tabla
CATEGORÍA CLÍNICA VIH	Asintomático ($x > 500/mm^3$)	0	,0%
	Asintomático ($x: 200-499/mm^3$)	0	,0%
	Asintomático ($x < 200/mm^3$)	0	,0%
	Sintomático ($x > 500/mm^3$)	1	,8%
	Sintomático ($x: 200-499/mm^3$)	1	,8%
	Sintomático ($x < 200/mm^3$)	0	,0%
	Indic. Sida ($x > 500/mm^3$)	0	,0%
	Indic. Sida ($x: 200-499/mm^3$)	0	,0%
	Indic. Sida ($x < 200/mm^3$)	1	,8%
Total		3	2,5%

Para el caso de los resultados referidos a la sintomatología de depresión severa establecida por la Escala Hamilton y las categorías clínicas, los datos obtenidos indican que el 9.2% de esta población con síntomas de depresión severa se encuentran en la categoría *Indicador Sida* ($x < 200/mm^3$), el 3.3% en la categoría *Sintomático* ($x < 200/mm^3$) y un 3.3% en la categoría *Indicador Sida* ($x > 500/mm^3$).

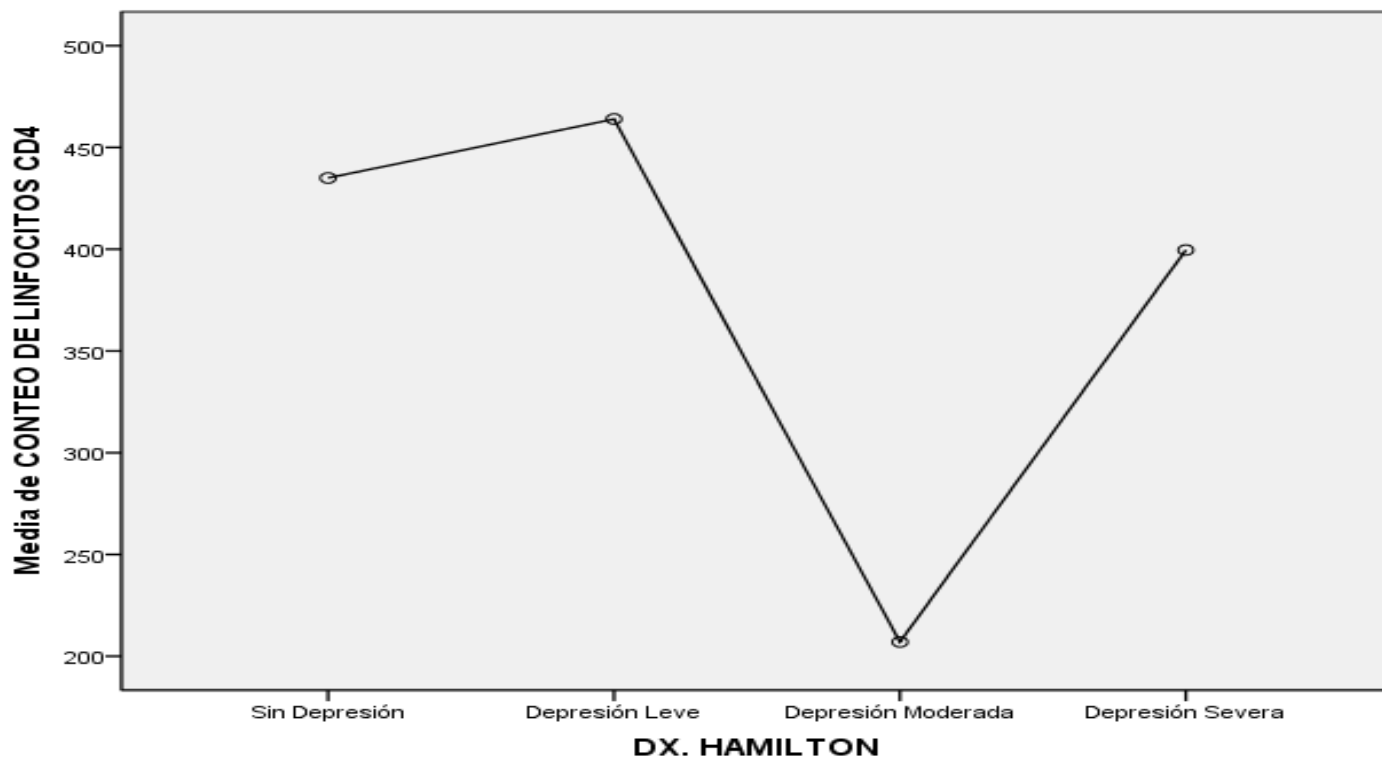
		DX. HAMILTON	
		Depresión Severa	
		Recuento	% del N de la tabla
CATEGORÍA CLÍNICA VIH	Asintomático (x > 500/mm ³)	3	2,5%
	Asintomático (x: 200-499/mm ³)	1	,8%
	Asintomático (x < 200/mm ³)	3	2,5%
	Sintomático (x > 500/mm ³)	2	1,7%
	Sintomático (x: 200-499/mm ³)	0	,0%
	Sintomático (x < 200/mm ³)	4	3,3%
	Indic. Sida (x > 500/mm ³)	4	3,3%
	Indic. Sida (x: 200-499/mm ³)	1	,8%
	Indic. Sida (x < 200/mm ³)	11	9,2%
	Total	29	24,2%

En gráficas, las referencias indican asociaciones importantes entre los resultados de Escala Hamilton y Carga viral.



De acuerdo con la gráfica, se observa que la población con depresión leve y depresión moderada según la Escala Hamilton, presentan una carga viral mayor de 30.000 copias, lo que se considera alto y con un mayor factor de riesgo de enfermarse. Mientras que los que se encuentran por debajo de 10.000 copias, con mejor adherencia al tratamiento -en relación a la población anterior- no presentan depresión.

En gráficas, las referencias indican asociaciones importantes entre los resultados de Escala Hamilton y Conteo de linfocitos CD4.



La gráfica anterior indica que la población con evidencia de estabilidad clínica y conteo de linfocitos CD4 por encima de 400 presentan depresión leve y severa, según la Escala Hamilton. De igual forma, se encuentra una población con conteo de linfocitos CD4 por encima de 400 no presentan depresión.

De acuerdo con los resultados obtenidos en razón de la Escala Hamilton y las categorías clínicas, también fue posible determinar relaciones específicas entre las categorías clínicas del VIH y los factores personales asociados a estas categorías encontrándose con mayor frecuencia condiciones referidas a las crisis familiares, síntomas de ansiedad y pérdida del empleo, y con muy baja frecuencia situaciones asociadas a la estabilidad emocional.

CATEGORÍAS CLÍNICAS Y FACTORES PERSONALES ASOCIADOS

CATEGORÍA CLÍNICA VIH	FACTORES ASOCIADOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Asintomático (x > 500/mm3) Válidos	CRISIS FAMILIAR	3	37,5	37,5	37,5
	ANSIEDAD	2	25,0	25,0	62,5
	PERDIDA DE EMPLEO	2	25,0	25,0	87,5
	SENTIMIENTOS DE CULPA	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	
Asintomático (x: 200-499/mm3) Válidos	PERDIDA DE EMPLEO	2	40,0	40,0	40,0
	ANSIEDAD	1	20,0	20,0	60,0
	EGOSINTÓNICO	1	20,0	20,0	80,0
	ESTABILIDAD EMOCIONAL	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0		
Asintomático (x < 200/mm3) Válidos	PERDIDA DE EMPLEO	3	50,0	50,0	50,0
	ANSIEDAD	2	33,3	33,3	83,3
	ESTABILIDAD EMOCIONAL	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	
Sintomático (x > 500/mm3) Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	8	36,4	36,4	36,4
	IDEAS SUICIDAS	3	13,6	13,6	50,0
	EGOSINTÓNICO	2	9,1	9,1	59,1
	PERDIDA DE EMPLEO	2	9,1	9,1	68,2
	SENTIMIENTOS DE CULPA	2	9,1	9,1	77,3
	ANSIEDAD	1	4,5	4,5	81,8
	CONFLICTOS SEXUALES	1	4,5	4,5	86,4
	CRISIS FAMILIAR	1	4,5	4,5	90,9
	DESCONFIANZA EN EL TRATAMIENTO	1	4,5	4,5	95,5

		SINTOMAS SOMATOMORFOS	1	4,5	4,5	100,0
		Total	22	100,0	100,0	
Sintomático (x: 200-499/mm ³)	Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	3	60,0	60,0	60,0
		CRISIS FAMILIAR	1	20,0	20,0	80,0
		DESCONFIANZA EN EL TRATAMIENTO	1	20,0	20,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0	
Sintomático (x < 200/mm ³)	Válidos	CRISIS FAMILIAR	6	31,6	31,6	31,6
		PERDIDA DE EMPLEO	3	15,8	15,8	47,4
		ANSIEDAD	2	10,5	10,5	57,9
		ESTABILIDAD EMOCIONAL	2	10,5	10,5	68,4
		RESILIENTE	2	10,5	10,5	78,9
		EGOSINTÓNICO	1	5,3	5,3	84,2
		IDEAS SUICIDAS	1	5,3	5,3	89,5
		SENTIMIENTOS DE CULPA	1	5,3	5,3	94,7
		VICTIMIZACIÓN	1	5,3	5,3	100,0
		Total	19	100,0	100,0	
Indic. Sida (x > 500/mm ³)	Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	5	31,3	31,3	31,3
		CRISIS FAMILIAR	2	12,5	12,5	43,8
		DESCONFIANZA EN EL TRATAMIENTO	2	12,5	12,5	56,3
		ANSIEDAD	1	6,3	6,3	62,5
		CONFLICTOS SEXUALES	1	6,3	6,3	68,8
		IDEAS SUICIDAS	1	6,3	6,3	75,0
		PERDIDA DE EMPLEO	1	6,3	6,3	81,3
		RESILIENTE	1	6,3	6,3	87,5
		SENTIMIENTOS DE CULPA	1	6,3	6,3	93,8
		TRASTORNO DEL SUEÑO	1	6,3	6,3	100,0
		Total	16	100,0	100,0	
Indic. Sida (x: 200-499/mm ³)	Válidos	PERDIDA DE EMPLEO	3	27,3	27,3	27,3
		ANSIEDAD	1	9,1	9,1	36,4
		CONFLICTOS SEXUALES	1	9,1	9,1	45,5
		CRISIS FAMILIAR	1	9,1	9,1	54,5
		EGOSINTÓNICO	1	9,1	9,1	63,6
		ESTABILIDAD EMOCIONAL	1	9,1	9,1	72,7
		SENTIMIENTOS DE CULPA	1	9,1	9,1	81,8
		SINTOMAS SOMATOMORFOS	1	9,1	9,1	90,9
		VIVE SOLO	1	9,1	9,1	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Indic. Sida (x < 200/mm ³)	Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	7	25,0	25,0	25,0
		CRISIS FAMILIAR	6	21,4	21,4	46,4
		EGOSINTÓNICO	4	14,3	14,3	60,7
		SENTIMIENTOS DE CULPA	4	14,3	14,3	75,0
		PERDIDA DE EMPLEO	3	10,7	10,7	85,7
		ANSIEDAD	1	3,6	3,6	89,3
		PSICOSIS	1	3,6	3,6	92,9
		RESILIENTE	1	3,6	3,6	96,4
		VICTIMIZACIÓN	1	3,6	3,6	100,0
		Total	28	100,0	100,0	

Igualmente, para el caso de las categorías clínicas de VIH, se pudo establecer comorbilidad con otro tipo de enfermedades asociadas al diagnóstico de VIH, se destacan linfadenomagalia cervical, hepatitis B, herpes zoster, TBC pulmonar, sarcoma de Kaposi. Se destaca también en todas las categorías clínicas existe una población que permanece asintomática.

COMORBILIDAD

CATEGORÍA CLÍNICA VIH			Frecuencia	Porcentaje
Asintomático (x > 500/mm ³)	Válidos	ASINTOMATICO	5	62,5
		LINFADENOMAGALIA CERVICAL	1	12,5
		SARCOMA DE KAPOSI	1	12,5
		SINDROME DE EMACIACIÓN	1	12,5
		Total	8	100,0
Asintomático (x: 200-499/mm ³)	Válidos	ASINTOMATICO	5	100,0
Asintomático (x < 200/mm ³)	Válidos	ASINTOMATICO	6	100,0
Sintomático (x > 500/mm ³)	Válidos	ASINTOMATICO	13	59,1
		OTRAS ITS	4	18,2
		HEPATITIS B	2	9,1
		HERPES ZOSTER	1	4,5
		LINFADENOMAGALIA CERVICAL	1	4,5
		TBC PULMONAR	1	4,5
		Total	22	100,0
Sintomático (x: 200-499/mm ³)	Válidos	ASINTOMATICO	3	60,0
		INSUFICIENCIA RENAL	1	20,0
		TBC PULMONAR	1	20,0
		Total	5	100,0
Sintomático (x < 200/mm ³)	Válidos	ASINTOMATICO	12	63,2
		OTRAS ITS	3	15,8
		SINTOMATICO DIGESTIVO	2	10,5
		SINDROME DE EMACIACIÓN	1	5,3
		TBC PULMONAR	1	5,3
		Total	19	100,0
Indic. Sida (x > 500/mm ³)	Válidos	ASINTOMATICO	10	62,5
		TBC PULMONAR	2	12,5
		OTRAS ITS	1	6,3
		SINTOMATICO DIGESTIVO	1	6,3
		SINTOMATICO RESPIRATORIO	1	6,3
		TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	1	6,3
		Total	16	100,0
Indic. Sida (x: 200-499/mm ³)	Válidos	ASINTOMATICO	7	63,6
		OTRAS ITS	1	9,1
		SARCOMA DE KAPOSI	1	9,1
		SINTOMATICO DIGESTIVO	1	9,1
		TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	1	9,1
		Total	11	100,0
Indic. Sida (x < 200/mm ³)	Válidos	ASINTOMATICO	10	35,7

OTRAS ITS	5	17,9
TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	4	14,3
SINDROME DE EMACIACIÓN	2	7,1
SINTOMATICO RESPIRATORIO	2	7,1
TBC PULMONAR	2	7,1
LINFADENOMAGALIA CERVICAL	1	3,6
SARCOMA DE KAPOSI	1	3,6
TBC PULMONAR	1	3,6
Total	28	100,0

De los resultados hasta este momento, se pueden señalar varios aspectos, destacando:

1. La relación entre el sexo y el diagnóstico de VIH.
2. El estado civil y el diagnóstico de VIH.
3. La tendencia sexual y el diagnóstico de VIH
4. Los resultados referidos a la Escala Hamilton encontrándose una alta población con síntomas deprimidos, con un 34.2% presenta depresión leve, un 24.2% presenta depresión severa, y un 2.5% presenta depresión moderada, es decir el 60.8% de la población presente síntomas depresivos.

DISCUSIÓN

La depresión se constituye en uno de los problemas de salud mental de mayor prevalencia en el mundo, incluso se considera una situación de salud pública debido a su sintomatología incapacitante y prevalencia en la población. (WFMH, 2012, P. 7) de acuerdo con la OMS (2012) "Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3.000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más

que intentan terminar con su vida" (OMS, 2012).

Por otro lado de acuerdo con la ONUSIDA (2008) se tiene que existe una relación directa entre el diagnóstico de VIH y las situaciones de salud:

El VIH/SIDA es una importante causa de defunción y discapacidad, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. El ONUSIDA estima que en 2007 vivían con el VIH 33 millones de personas. La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente interrelacionados; los problemas de salud mental, en particular los trastornos por el consumo de sustancias, están asociados con un mayor riesgo de infección por VIH y de SIDA, interfieren con su tratamiento, y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH. (p. 2)

El Instituto de Salud Mental (NIMI) refiere que:

Los estudios muestran que las personas que están infectadas con VIH son más propensas a desarrollar depresión que la población en general. La depresión afecta la calidad y expectativa de vida de una persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH/SIDA (p. 4)

Siendo así se puede pensar que existe una relación causa efecto entre el diagnóstico de VIH y la posterior aparición de síntomas depresivos, o la

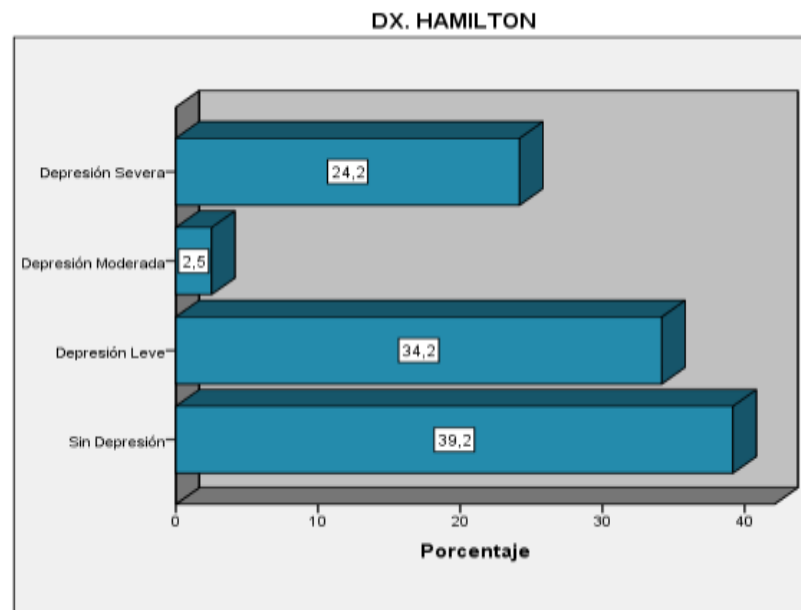
depresión propiamente dicha. Es decir, que es muy probable que una persona conviviente con el diagnóstico de VIH padezca depresión, sin embargo, el Instituto de Salud Mental (NIMI) no considera que en realidad exista tal relación cuando señala "La depresión puede parecer una reacción inevitable después de recibir un diagnóstico de VIH/SIDA. Pero la depresión es una enfermedad independiente que puede, y debería ser tratada, incluso cuando una persona está recibiendo tratamiento para el VIH/SIDA." (p. 4)

No obstante la ONU (2008) señala que esta población en muchos casos se encuentra asociada a factores de vulnerabilidad social puede existir mayor propensión a enfermedades mentales.

Las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiar o amigo. La infección por VIH puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento de suicidio. Los predictores psicológicos de la idea de suicidio en personas infectadas por el VIH comprenden trastornos concomitantes debidos al consumo de sustancias, un historial de depresión y la falta de esperanza. (p. 2)

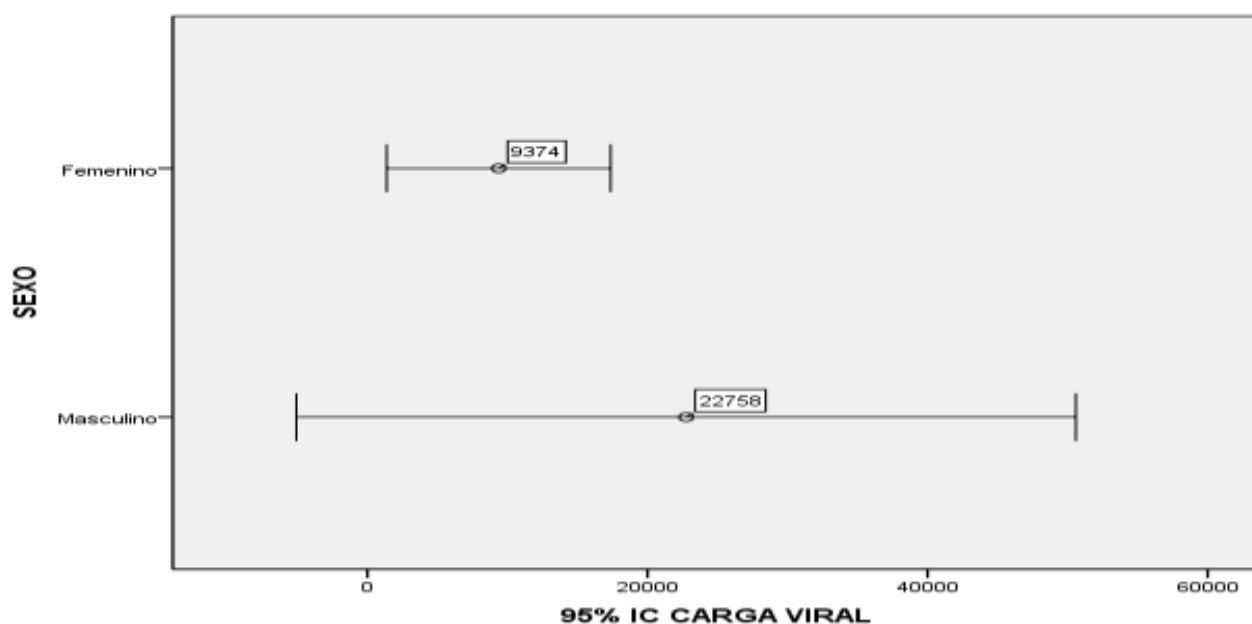
En razón de lo anterior, el presente estudio *Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida en la población de la IPS Vital Salud*, pudo evidenciar que no es posible pensar que exista una relación entre el diagnóstico de VIH y la depresión, puesto que los resultados evidencian que:

1. Si bien es cierto existe una alta población con depresión, referidos en la Escala Hamilton con un 34.2% presenta depresión leve, un 24.2% presenta depresión severa, y un 2.5% presenta depresión moderada, es decir el 60.8% de la población presente síntomas depresivos, la depresión en estos pacientes se debe a situaciones asociadas a factores personales o de otra índole que no se refieren directamente a la presentación del diagnóstico de VIH.
2. De acuerdo con la relación de género, carga viral y estado civil,

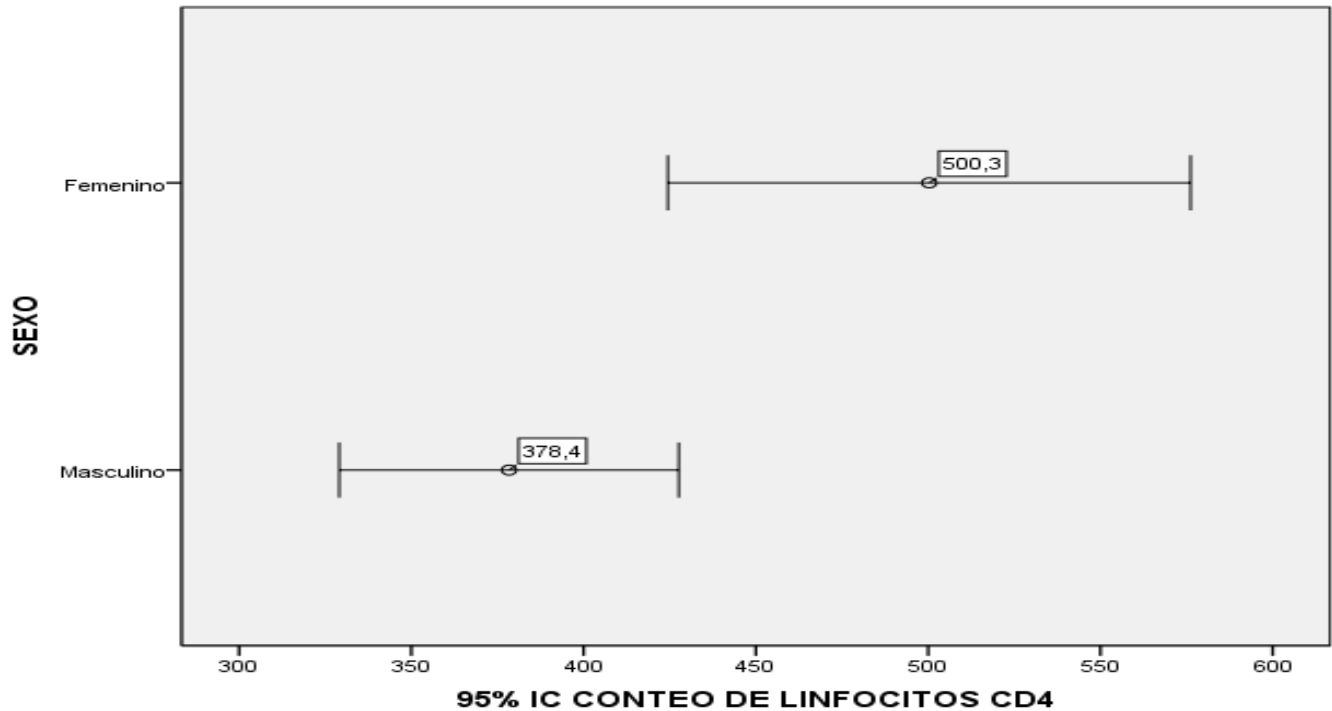


se encuentra que la carga viral es alta en la población masculina, con valores promedios de 22.758 copias, mientras que en el género femenino se encuentra en promedio en 9.374 copias, esto se relaciona con el hecho de que la mujer de acuerdo con la literatura médica es mucho más responsable con su tratamiento y manejo del diagnóstico, a pesar

de sus múltiples roles, es mucho más efectiva en la adherencia al tratamiento, seguimiento de recomendaciones médicas e interdisciplinarias, cuidados paliativos con su parejas. Es de consideración que 21, 57% del género femenino se encuentran en estado de viudez, lo que representaría mayores cargas afectivas, madre, empleo en condiciones de cabeza de familia, entre otros.



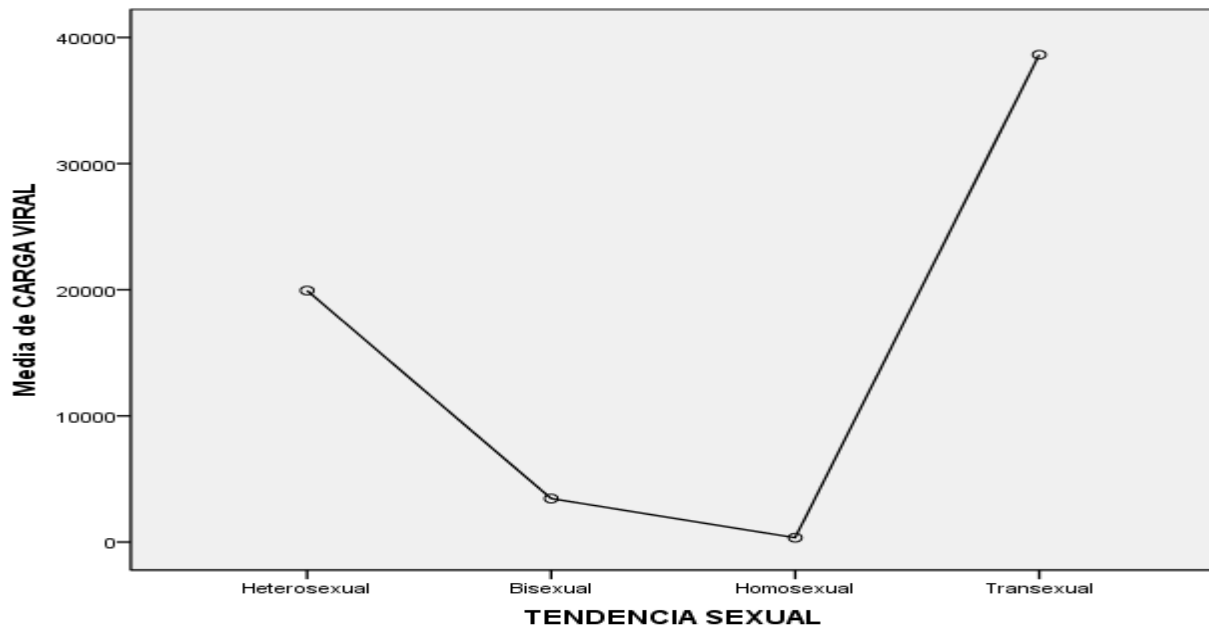
Lo que puede corroborarse con el gráfico que relaciona el género con el conteo de CD4 en el que es posible ver que el género femenino se encuentra por encima de 500, 3 CD4 y en el género masculino se encuentra por debajo de 500 CD4 estando en 374,8 CD4.



3. Se encuentra que en lo referido a la tendencia sexual y carga viral, la población homosexual y bisexual presenta una carga viral de indetectabilidad o menor de 40 copias, en contraste los resultados evidencian que en la población transexual se observa una carga viral alta. En todos los casos, es posible pensar que la carga viral indetectable o alta, se relaciona con los estereotipos sociales, en razón de que en la población homosexual existe la necesidad de un compromiso social frente a su diagnóstico, y al deseo de no ser discriminado o rechazado por la sociedad, incluida la familia,

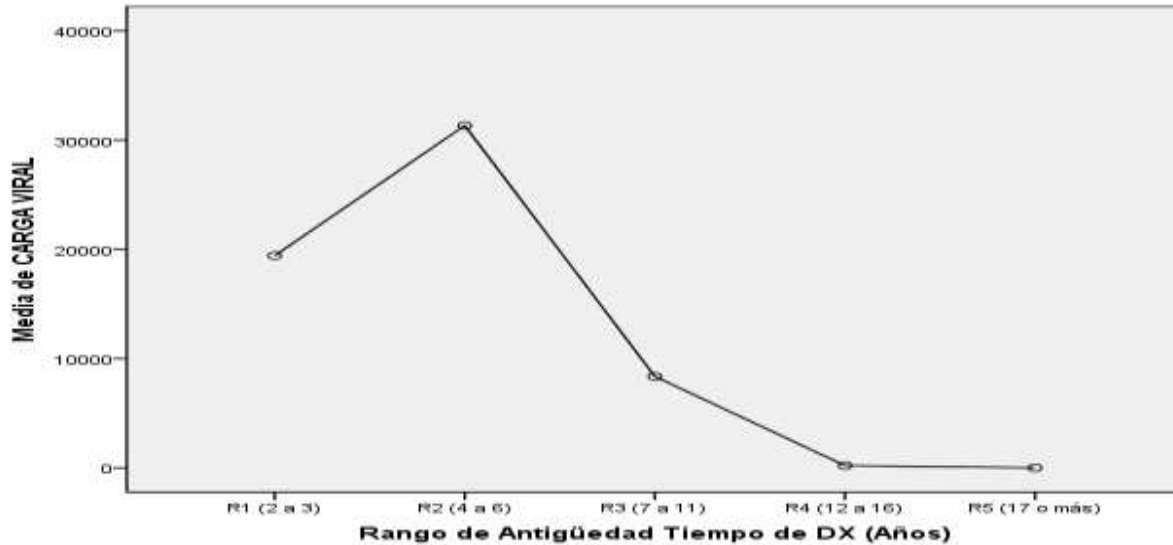
siendo que existe aún hoy día el imaginario de que este tipo de diagnóstico afecta principalmente a esta población, lo cual no se ajusta a la realidad. En el caso de la población transexual, se encontró que la población acude al tratamiento únicamente solo cuando presenta síntomas definitorios de Sida. Para el caso de la población heterosexual se encuentra una carga viral, lo que se relaciona con una adherencia no optimizada, no concientización del diagnóstico, unido al imaginario que considera que “¿si solo me acuesto con mujeres/hombres, porqué me pasa

esto a mí?”, “Esto nunca me va a pasar”.



4. Igualmente se encuentra una relación importante entre la carga viral y la antigüedad del diagnóstico, es significativo referir que a mayor antigüedad con el diagnóstico, menor es la carga viral. Lo que se puede relacionar

con la concientización del diagnóstico, adherencia optimizada, cumplimiento de tratamiento médico e interdisciplinario, compromiso social, y superación del estigma social



De acuerdo con los resultados encontrados se considera que la depresión no es un diagnóstico asociado al diagnóstico VIH en esta población, pero si se puede considerar como un diagnóstico relevante en razón de las implicaciones emocionales, psicológicas y sociales que esta población debe afrontar en razón de su condición de salud y los rigurosos cuidados que debe asumir.

Sin embargo también se consideran importantes los resultados referidos a la tendencia sexual, estado civil, género y carga viral, en razón de los estereotipos sociales, adherencia al tratamiento y concientización del diagnóstico.

CONCLUSIONES

El Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH, es responsable según la OMS (2012) de 1.8 millones de muertes debido al diagnóstico, entre mujeres, hombres y niños. Siendo poco alentadoras las cifras anuales de nuevos infectados con cifras referidas a 35 millones de personas (OMS, 2013). En Colombia según Profamilia (2015) se encuentra que:

En Colombia, según cifras del Instituto Nacional de Salud (INS), desde 1983 se han reportado oficialmente 83.467 casos, de los cuales 5.754 se presentaron en el 2011. El 34.17% de los casos fueron de personas entre los 25 y 34 años (concentrando el mayor porcentaje), el 23.50% en personas entre los 35 y 44 años, el 14.41% entre 45 y 54 años y el 18.72%, entre 15 a 24 años de edad. (Profamilia, 2015)

Estos datos sugieren que la mayor población infectada en Colombia con el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH se encuentra en edades comprendidas entre 25 y 44 años. Lo que es consistente con el estudio *Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida en la población de la IPS Vital Salud*, dado que la edad promedio encontrada es de 37.05 años.

Según Salud Ambiental del Distrito en Barranquilla (2013) se encuentra que el incremento de la población con diagnóstico de VIH opina que:

La tasa de incidencia, es decir el número de casos por cada cien mil habitantes, se ha mantenido estable, sin incrementos significativos, precisó Goenaga, porque en el 2010, fue de 48,8; luego pasó a 50,29 en el 2011; y en el 2012 cerró con

51,79. En el 2013, con cifras parciales e incompletas, se tiene que esa tasa de incidencia es del 33,25, pero toca esperar su conclusión y precisar. (ElTiempo, 2013)

De acuerdo con los resultados encontrados, se concluye que no existe relación funcional entre el diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH y la depresión, es decir que la depresión en esta población no aparece como causa directa del Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH. En oposición a Wolff L., Alvarado M. & Wolff R. (2012) quienes sugerían que:

Algunos estudios que apuntan en esta dirección son los de Jin y cols. en China, que reportaron 79% de trastorno depresivo crónico (con tan sólo un caso diagnosticado antes de contraer el VIH)⁷ y el de Gibbie y cols, en Australia, en el que encontraron 39 y 15% de antecedentes de depresión pasada en pacientes con infección por VIH y en controles seronegativos, respectivamente. Morrison y cols, compararon mujeres con infección por VIH con controles seronegativos, encontrando una prevalencia puntual de depresión de 19,1 y 4,8% y de 47,3 y 38,7% de prevalencia de vida, respectivamente. (Wolff L., Alvarado M. & Wolff R., 2012, p. 66)

Igualmente significativo resulto que la población con mayor adherencia al tratamiento, concientización del diagnóstico y recomendaciones médicas e interdisciplinarias fuera aquella con tendencia homosexual y bisexual, situación respaldada en los datos referidos a la carga viral de esta población, en oposición con la población heterosexual y transexual cuyas cifras de carga viral sugieren lo contrario en razón de adherencia al tratamiento, concientización del

diagnóstico y recomendaciones médicas e interdisciplinarias.

Sin embargo, si es de considerar que la población femenina, constituida por un 42.50% de la población total del estudio, cuyo estado civil de viudez representa el 21.57% constituye mayores cargas afectivas, madre, empleo en condiciones de cabeza de familia, entre otros.

En razón de lo anterior es preciso que en los procesos de intervención en población con diagnóstico de VIH, se centren en dos condiciones importantes para efectos de adherencia al tratamiento lo siguiente:

1. Dirigir los procesos de psicoeducación de acuerdo con el género y estado civil, puesto que los resultados sugieren que la mayor población con diagnóstico de VIH se encuentra en hombres solteros con un 47,83%, y un 21,57% en mujeres viudas, y curiosamente en un 30,43% en hombres y un 49,02% en mujeres en unión libre.
2. E igualmente considerar la tendencia sexual (83,33% heterosexual, 13,33% homosexual, 2,50% bisexual y 0,83% transexual) en procesos de intervención psicosocial y psicoeducación.

REFERENCIAS

- Ballester R. (2003) Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA, *Revista Anual de Psicología*, Volumen 15 Numero 4, Pág.517 – 521. Universidad Jaime I de Castellón. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/1101.pdf>
- Bertolote J.M., Tarsitan, L., De Paula, F. (s.f.) La comorbilidad de la depresión y otras Enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS. DOSSIER OMS. Recuperado de: http://www.atopos.es/pdf_02/comorbilidad-depresion-y-otras.pdf
- Canario J., Baéz M., (2005) Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH, *Revista Psicología científica.com*. Volumen 17. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/vih-distorsiones-cognitivas/>
- Cárdenas C., Infante Román N., (2005) La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar, *Rev Cubana Medicina General Integral*. Volumen .21 No. 3-4. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000300011&script=sci_arttext
- Cazenave A., Ferrer X., Castro S. y Cuevas S (2005) El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Revista chilena de Infectología*. Volumen 22 No.1. 51-57 Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v22n1/art07.pdf>
- Castillo, G., García, G., González, J. & Hincapié, H. (1995) Efectos de un programa de asesoría psicológica sobre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Revista Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. Volumen 13. P. 89-99.
- Chanakira E, Goyder E, Freeman J, O’Cathain A, Kinghorn G, Jakubovic M. (2014) Social and psychosocial factors associated with high risk sexual behaviour among university students in the United Kingdom: a web-survey. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*. Volumen 23 No. 6. P. 5. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24912538>
- Gaviria A., Quinceno J., Venaccia S. (2009) Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida, *Revista Terapia Psicológica*. Volumen 27, No. 1. P. 5-13, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art01.pdf>
- Hamilton M. (1960) A Rating Scale For Depression. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*. Volumen 23 No.1 56-62. Recuperado de: <http://jnnp.bmj.com/content/23/1/56.full.pdf+html>
- Halkitis P. N, Perez-Figueroa R. E, Carreiro T., Kingdon M. J., Kupprat S.A., Eddy J. (2014) Psychosocial burdens negatively impact HIV antiretroviral adherence in gay, bisexual, and other men who have sex with men aged 50 and older. *US National Library of Medicine National*

Institutes of Health. Volumen 26. No. 11. P. 1-9. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24865599>

Huanguang J., Uphold C, Wu S., Reid K., Findley K., Duncan P. (2004) Health-Related Quality of Life Among Men with HIV Infection: Effects of Social Support, Coping, and Depression. *Journal Liebertpub online*. Volumen 18. No. 10. P.1. Recuperado de: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/apc.2004.18.594>

Organización Mundial de la Salud OMS (2012) La depresión. Nota descriptiva N°369. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Rabiere E., Lebrón A. (2010) Distorsiones cognitivas de personas que viven con VIH que asistieron al centro sanitario de santo domingo. *Rev. Med. Dom*. Volumen 71. No.3 Pág. 87-91. Recuperado de: <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2010/71/03/RMD-2010-71-03-087-091.pdf>

Salvador, T., E, Lallana, M. J., Taboada, R., Mendaza, M. (1997) Síndrome de emaciación en el paciente con sida. *Revista Farm Hosp*. Volumen 21. No. 2. P. 69-77. Recuperado de: http://www.sefh.es/revistas/vol21/n2/69_77.PDF

Tavera M (2010) Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*. Volumen 14 No. 3, pp. 170-176. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a02v14n3.pdf

Teva, I. Bermúdez, M. Hernández, J. & Buela, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/Sida. *Salud Mental* Vol. 28, No. 5. P. 40-49. *Revista Salud Mental*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252806>

UliukinIM, Voronin EE (1999) .HIV infection: the psychological indices at different stages of the disease. *Journal Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol*. No. 1. P. 104-106. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10096228>

Vélez H., Rojas W. et. al. (2005) Fundamentos de Medicina, Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Bogotá: Fondo Editorial CIB.

Wolff L C. et. al (2010) Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista chilena de Infectología*. Volumen 27. No. 1. P. 65-74. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art11.pdf>

Clasificación del CDC (1993) Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades Recuperado de: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/index.html>

Instrumento AGREE (2009) Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Consorcio AGREE. Recuperado de: <http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias Practica Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf>

Ministerio de la Protección Social (2006) Guía para el manejo de VIH /SIDA basada en la evidencia Colombia. Panel de expertos: Asociación Colombiana de Infectología –ACIN. FEDESALUD. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia_art.pdf

Organización Panamericana de la Salud - OPS (2008) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Recuperado de: <http://deis.minsal.cl/deis/codigo/capacitacion/indicecap.asp>

Organización Panamericana de la Salud (2002) Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial De La Salud. Publicación científica N° 525. Recuperado de: http://www.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16931&Itemid=

Revista Semana (2012) Este es el panorama del VIH / SIDA en Colombia. *Revista semana*. Recuperado de: <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/este-es-el-panorama-del-vih-sida-en-colombia/256926-3>

Organización Panamericana de la Salud (2002) Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial De La Salud. Publicación científica N° 525. Recuperado de: http://www.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16931&Itemid=

Revista Semana (2012) Este es el panorama del VIH / SIDA en Colombia. *Revista semana*. Recuperado de: <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/este-es-el-panorama-del-vih-sida-en-colombia/256926-3>

CONSCIENCIA DE SÍ, EN UNA POSIBILIDAD DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO Y SU CUIDADOR PRINCIPAL FAMILIAR, DURANTE EL DUELO PREPARATORIO

SELF-CONSCIOUSNESS, COPING IN A POSSIBILITY IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER AND HIS PRIMARY CAREGIVER FAMILY, DURING THE DUEL PREPARATORY

María de los Ángeles Calvo Echeverri, Karen Liseth Melenje & Yuliana Andrea Miranda

Información de los autores: *María de los Ángeles Calvo Echeverri.* Psicóloga de la Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Popayán-Cauca; Magister en Psicología con orientación temática en Psicología Clínica-Universidad del Valle. Docente de la asignatura Psicoanálisis, del programa de Psicología- Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria de Popayán (Cauca, Colombia); Investigadora del grupo COGNOSER del programa de Psicología- Fundación Universitaria de Popayán. Correo electrónico: mariange308@hotmail.com; maria.calvo@docente.fup.edu.co

Karen Liseth Melenje. Psicóloga, Fundación Universitaria de Popayán. Correo electrónico: karenmelenje@hotmail.com

Yuliana Andrea Miranda. Psicóloga, Fundación Universitaria de Popayán. Correo electrónico: yulianamiranda09@hotmail.com.

Referencia recomendada: Calvo-Echeverri, M., Melenje, K., & Miranda, Y. (2016). Consciencia de sí, en una posibilidad de afrontamiento en pacientes con cáncer gástrico y su cuidador principal familiar, durante el duelo preparatorio. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 72-85.

Resumen: El presente estudio, pretende explorar e interpretar como han elaborado la Consciencia de Sí, pacientes con Cáncer Gástrico y sus cuidadores principales familiares durante la fase de Duelo Preparatorio en relación al tratamiento oncológico. Para una mayor comprensión clínica sobre las realidades de los (3) tres sujetos participantes del estudio adscritos al Hospital Universitario San José (HUSJ), de la ciudad de Popayán, Departamento del Cauca, con sus respectivos cuidadores principales familiares, se empleó el Método Clínico propuesto por Piaget, el cual, se centra en el estudio del sujeto en su especificidad, al realizar una exploración sistemática y profunda de un problema determinado (Piaget, 1982; Vinh-Bang, 1970; Delval, 2001); por lo tanto, mediante la entrevista Clínico-Psicológico, se logró comprender que la Consciencia de Sí de los sujetos participantes del estudio y de sus cuidadores principales familiares, está ligada a la enfermedad oncológica es decir, que al no reconocerse como sujetos

psicológicos sobre una Consciencia de Sí mismos, no se va significar un cambio en sus procesos cognitivos, en la representación y significado de su accionar sobre la enfermedad oncológica, al estar marcada por elementos sociales y culturales sobre lo llamado enfermedad.

Palabras Clave: Consciencia de Sí, Sujeto Psicológico, Cáncer Gástrico, Cuidador Principal Familiar, Afrontamiento, Duelo Preparatorio.

Abstract: This study, it aims to explore and interpret how they have developed Self-Consciousness, patients with Gastric Cancer and their primary caregiver's family during the Preparatory Duel in relation to Cancer treatment. For greater clinical understanding about the realities of the (3) three participating study subjects attached to the University Hospital San José (HUSJ), city of Popayan, Department of Cauca, with their main family caregiver's, the Clinical Method was used proposed by Piaget, which, by definition it focuses on the study of the subject in its specificity, to conduct a comprehensive and thorough exploration of a given problem (Piaget, 1982; Vinh-Bang, 1970; Delval, 2001); Thus, by Clinical-Psychological interview, it was possible to understand that the Self-Consciousness of the participants study subjects and their primary caregivers family, It is linked to Cancer disease, namely, that the failure to recognize and psychological subjects, about an awareness of themselves, It will not mean a change in their cognitive processes, in the representation, and meaning of their actions on the oncological disease, to be marked by social and cultural elements about the disease called.

Keywords: Self-consciousness, Psychological Subject, Gastric Cancer, Primary Caregiver Family, Coping, Preparatory Duel.

Recibido: 3 de Febrero de 2016

Aprobado: 30 de Junio de 2016

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Gástrico, es el cuarto Cáncer más común en el mundo, y es la segunda causa de muerte a nivel mundial. En Colombia, representa la primera causa de muerte por tumores malignos en ambos sexos; en el año 2000 (5,3) millones de hombres y (4,7) millones de mujeres, presentaron tumores malignos y en conjunto, murieron (6,2) millones prevalentes en los grupos de edad entre la (7) séptima y (8) octava década de la vida, añadiendo que en el año 2007, se diagnosticaron (7.700) millones de casos nuevos (Asociación Colombiana de Cirugía, 2009); razón suficiente, para generar un marcado interés de investigadores en diferentes disciplinas de la Psicología en abordar el tema, como la Psicología de la Salud y la Psicooncología.

En el Departamento del Cauca, se presentaron (64) casos de tumores gástricos en mujeres y (198) casos en los hombres, para un total de (262) casos de tumores gástricos (Departamento Administrativo Nacional de Estadística en el Cauca, 2012). Es así, como el Cáncer Gástrico, considerado como una enfermedad médica, implica gran complejidad tanto para el paciente oncológico como su cuidador principal familiar, y demanda un gran pronóstico que depende de la etapa de presentación, ocasionando gran impacto físico, psicológico, familiar y social, en las personas que lo padecen (Velásquez, García, Alvarado & Ángeles, 2007).

Respecto al gran impacto psicológico, familiar y social, que presentan los sujetos diagnosticados con Cáncer Gástrico, es

conveniente indagar y comprender acerca de cómo estos sujetos y sus respectivos cuidadores, principales familiares, han elaborado una Consciencia de Sí mismos respecto a la enfermedad oncológica, entendiendo la Consciencia de Sí mismos, como una organización de sentido que orienta la vida psíquica, por lo tanto, el desarrollo en su conjunto (Balegno y Delgado, 2009, p. 131); asimismo, comprender aquella organización psicológica que han elaborado los cuidadores principales familiares sobre la condición oncológica de su familiar.

Es importante, comprender cómo han elaborado el afrontamiento los pacientes con Cáncer Gástrico y sus cuidadores, principales familiares, el comprender la construcción del Duelo Preparatorio, y las fases que experimenta el paciente oncológico y su cuidador principal familiar, como una manera de adaptarse y prepararse para su separación final con este mundo (Kübler Ross, citada en Vyjeyanthi; Periyakoil, & James Hallenbeck, 2002).

OBJETIVOS

El presente estudio exploratorio-interpretativo, tuvo como objetivo explorar la Consciencia de Sí, en una posibilidad de afrontamiento en pacientes con Cáncer Gástrico y su cuidador principal familiar, durante la fase de Duelo Preparatorio en relación al tratamiento oncológico. Respecto los objetivos específicos, identificar la Consciencia de Sí en el paciente con Cáncer Gástrico, sobre los modos como ha organizado la enfermedad asimismo, su cuidador familiar; y describir las variables socio-culturales en el modo

como las viven los pacientes con Cáncer Gástrico y sus cuidadores principales familiares, durante la fase del Duelo Preparatorio en relación al tratamiento oncológico.

METODOLOGÍA

El estudio Exploratorio-Interpretativo, enmarcado en el paradigma Cualitativo, se desarrolló en un Hospital de Nivel III en la ciudad de Popayán, Departamento del Cauca, con seis (6) sujetos participantes en el estudio.

Criterios de inclusión

En el estudio se incluyeron pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico, que se encontraron al cuidado de un miembro familiar, en proceso de quimioterapia ambulatoria; tres pacientes oncológicos, con edades entre 55 a 70 años, y tres cuidadores principales familiares, con edades entre los 40 a 65 años; la sintomatología de la enfermedad oncológica les permitía participar del estudio. Se elaboró un consentimiento informado dirigido a la oficina Ético-Legal del Hospital, para revisar la posibilidad de la realización del estudio, igualmente, se realizó un oficio Ético-Legal, dirigido a la dependencia de estadística de la institución para acceder a la información ya adscrita de las historias clínicas; por último, se realizó un consentimiento informado a cada uno de los pacientes y cuidadores familiares para ver la posibilidad de su participación en el estudio.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Con el objetivo de explorar la Consciencia de Sí, en una posibilidad de afrontamiento en pacientes con Cáncer Gástrico y su cuidador principal familiar, durante la fase de Duelo Preparatorio en relación al tratamiento oncológico; partiendo del Método Clínico-Interpretativo en el Estudio de Caso como intervención repetida del experimentador en respuesta a la actuación del sujeto, se permite emplear la Entrevista Clínico-Semiestructurada, que busca favorecer en los relatos de los sujetos la comprensión que de Sí mismos, presentan respecto su condición como pacientes oncológicos y la comprensión de Sí mismos, del cuidador principal familiar respecto la condición oncológica del familiar en la fase de Duelo Preparatorio. La Entrevista Clínica, desde un Modelo Clínico-Psicológico, no pretendía la manipulación de variables, sigue el curso de los acontecimientos en función de la narración de la experiencia al investigar cómo piensan, perciben, actúan y sienten, los sujetos (Piaget, 1982); se trata de descubrir aquello que no resulta evidente sobre lo que el sujeto hace o dice, se trata de descubrir lo que está por debajo de la apariencia de su conducta, dándole cabida a las emociones y al vivido subjetivo sobre lo que el paciente oncológico refiere en su discurso en la fase de Duelo Preparatorio, y lo que refiere el cuidador principal familiar, sobre la condición oncológica de su familiar en la fase de Duelo Preparatorio.

RESULTADOS

El sí mismo

La significación de experiencias que configura el Sí mismo, se ve reflejada en cada uno de los pacientes oncológicos y cuidadores principales familiares entrevistados, pero a pesar de encontrarse en una misma situación, la percepción y el significado que le dan es distinto; por ejemplo, algunos pacientes oncológicos, han configurado su enfermedad como replique de sí mismo, esto se ve reflejado en tanto la relación marital, laboral y parental de estos sujetos, llevándolos a cambiar por completo sus estilos de vida, considerándose como personas que no se sienten capacitadas para ejecutar las labores cotidianas que realizaban antes de la enfermedad oncológica como el trabajo de tiempo completo, labores de granja, comercio, oficios varios, funciones de sostenibilidad para el hogar, compartir con amistades, el cuidado de los hijos y compartir con la pareja. Estos sujetos, han dejado de lado el deseo de seguir adelante, de ser unas personas útiles para la economía de sus hogares, de ser aquellos padres, esposos y amigos activos, en cada una de las funciones del ser padres o esposos, que les brindaban lo necesario a sus hijas y a sus esposas, permitiendo que la enfermedad sea la constructora de significación de Sí mismo, partiendo que a la hora de reconocerse como persona, ubican como referentes los otros, antes que su propio ser.

Contrario a las significaciones presentadas, otros pacientes

oncológicos han configurado su enfermedad como una prueba que les permite reconocer y valorar lo que tienen a su alrededor con actividades que antes de presentar la enfermedad oncológica no realizaban por sus cargas laborales. Ahora, estos sujetos se motivan a realizar labores domésticas, de costura, vacacionales, compartir con los familiares, sus amistades más cercanas y sociales. Estas actividades, les permite realizar todo en función de lo que sienten debido, a la satisfacción que esto les genera.

Respecto la significación de experiencias que configura el Sí mismo por los cuidadores principales familiares entrevistados, han configurado una vivencia de cambio en sus vidas, logrando ver la enfermedad oncológica de su familiar como una posibilidad de compartir con ellos, a su vez, permitiéndoles a los pacientes oncológicos, reavivar la fuerza interior que les ayuda a reanimarse y a continuar con los tratamientos de la enfermedad sin permitir que estos afecten las actividades diarias en sus estilos de vida.

Sentimientos sobre su condición

Los pacientes oncológicos, presentan sentimientos de desesperanza, rabia, envidia, resentimiento e impotencia al esperar el desenlace mortal "la muerte", proyectando estos sentimientos contra las personas que los rodean (Ross, 1969); estos sentimientos y emociones, hacen que se cuestione sobre el ¿por qué la enfermedad oncológica, cómo esta le impide la realización de actividades, y el desenlace que pueda llegar a tener?

Por otro lado, otros pacientes oncológicos, han elaborado un proceso de aceptación de la enfermedad oncológica después de pasar por las diferentes fases del duelo preparatorio y los sentimientos de ira, tristeza y desesperanza que fueron generados por su condición, contemplan el futuro de la enfermedad con tranquilidad.

Respecto los cuidadores principales, familiares, reflejan la aceptación de la enfermedad oncológica de su familiar, después de pasar por las diferentes fases del duelo preparatorio, y los sentimientos que estas les generaron como temor, incertidumbre, rabia y tristeza, a partir de la condición de sus familiares, les permite vivir la enfermedad oncológica de su familiar con tranquilidad, con el fin, de brindarle bienestar y el inicio de una vida sin malestar a partir del cuidado y el cariño del cuidador.

Valores en relación a la vida

Los pacientes oncológicos, manifestaban en sus narraciones que el valor más importante para la conservación de la vida sobre lo que viven de su enfermedad es la Salud; un valor que no existe en su diario vivir debido, a que la consciencia del Sí mismo, la significan sobre la enfermedad oncológica como un impedimento para proyectarse hacia un futuro. Esta Salud, empieza a reflejarse como algo que se quiere alcanzar, como un anhelo para sus vidas, aquello que en el momento de la enfermedad oncológica necesitan para proyectar un bienestar sobre su Salud en un futuro.

Respecto a los cuidadores principales, familiares, reflejan que el valor más importante para la conservación de su vida sobre lo que viven de la enfermedad oncológica de su familiar es la Salud. Esta les genera satisfacción y grados de tranquilidad por el hecho que la vida se conserva y no se presenta ningún malestar o impedimento que detenga el "vivir con salud", lo que para ellos significa : estar en armonía con sus familiares, poder resolver sus problemas sobre lo que ellos viven de la enfermedad oncológica de su familiar utilizando la comprensión y el amor que forma parte de su identidad, de su ser, generando un impacto positivo para los familiares oncológicos sobre el cuidado relacional hacia el familiar oncológico; también, manifiestan como valores subsecuentes del valor de la Salud, la Honradez, el Trabajo, la Justicia y la Educación, como valores que a partir de la enfermedad oncológica de su familiar, se reflejan como ejemplo para los demás miembros del sistema familiar y familias, que se encuentren atravesando sobre lo que han significado de la enfermedad oncológica de uno de sus miembros.

La Familia

Considerada como influencia en la configuración del Sí mismo, tanto para los pacientes oncológicos como los cuidadores principales familiares. Esto se ve reflejado en tanto que, los cuidadores principales familiares reflejan sentimientos de culpabilidad, rabia, desconcierto, incertidumbre e impotencia, sobre lo que no pudieron realizar cuando su familiar no presentaba la condición oncológica;

esto los lleva a seguir cuidados extremos, que los pacientes oncológicos refieren como una influencia negativa ya que, los tratan como pacientes enfermos, impidiéndoles realizar ciertas actividades que dentro de su condición pueden realizar como: lavar platos, tender la cama, salir a caminar, acompañar a sus familiares de paseo, siempre y cuando su condición física se los permita, generando en ellos, una significación del Sí mismo como sujetos inútiles a partir de la enfermedad, y un reconocimiento más que de sujetos de una sociedad, como sujetos de carga para ella.

Por otro lado, la influencia familiar en la configuración del Sí mismo, se ve reflejado tanto para los pacientes oncológicos y los cuidadores principales familiares, como aquella que brinda comprensión y es vista como un apoyo que les permite afrontar el curso de la enfermedad oncológica, buscar soluciones encaminadas a conseguir el bienestar emocional brindándoles cariño, aceptación sobre su condición física que les limita el realizar actividades de autocuidado, llevándolos a estar pendientes de ellos, motivándolos a seguir viviendo sin dejar a un lado, las indicaciones establecidas por el Modelo Médico-Oncológico.

La influencia de los otros como organizador del Sí mismo, sobre las expresiones lingüísticas que reflejan como agentes externos a la enfermedad oncológica y del rol que ocupa el cuidador principal familiar del paciente oncológico, dejan ver en el discurso del paciente oncológico, la creación de signos lingüísticos a partir de la

interacción con el otro; reflejan en sus discursos, palabras de resignación y paciencia, al sobrellevar la enfermedad oncológica. Otros pacientes oncológicos al ser marcados por un contexto cultural diferente, refieren en sus discursos sobre lo que el otro le significa, la enfermedad como una oportunidad de superación en sus vidas, logrando realizar actividades en solitario que antes no realizaban como: la recreación, el arte y la unión familiar; al enfatizar en la construcción de lazos afectivos con sus cuidadores principales familiares y familiares más cercanos.

Respecto la influencia de los otros como organizador del Sí mismo en los cuidadores principales, familiares, dejan ver que ese otro como agente externo, le ha significado su experiencia de cuidador, al reconocerse y premiarse sobre lo que refleja respecto al cuidado del familiar oncológico. Contrario, a otros cuidadores principales familiares que reflejan la influencia de ese otro como verdugo y castigador sobre las acciones ejecutadas por estos en el trato del familiar oncológico.

Afrontamiento

Estrategias Centradas en la Emoción y Estrategias Centradas en la Enfermedad Oncológica

Algunos pacientes oncológicos y cuidadores principales, familiares, respecto los esfuerzos centrados en la emoción sobre lo vivido, reflejan en cómo sería la vida si su familiar no padeciera la enfermedad oncológica, en cuanto, al paciente oncológico, el cómo sería la vida si no presentara esta enfermedad; ambos, reconociendo esta

posibilidad como un imaginario. Por otro lado, han significado la enfermedad oncológica como parte de Sí, provocando que sus acciones se centren en el actuar como pacientes enfermos; esto se ve reflejado en tanto que, no presentan estrategias centradas en la emoción, ni tampoco estrategias centradas en su condición, solo se resignan y se limitan a vivir la enfermedad oncológica con desagrado, esperando su desenlace final.

Por el contrario, otros cuidadores principales, familiares, respecto los esfuerzos centrados en la emoción sobre lo vivido, reflejan un autocontrol como una manera de regular todo aquello que sienten respecto la condición oncológica de su familiar, tomando decisiones acertadas sin precipitarse, siempre pensando en el bienestar de su familiar y el de ellos; Buscan alternativas como estrategias centradas en solventar las emociones desagradables presentadas como tristeza, temor y preocupación, sobre la condición de su familiar oncológico, logrando que estas alternativas pretendan la satisfacción y un aumento de energía para afrontar el desenlace de la enfermedad oncológica de su familiar.

DISCUSIÓN

El estudio presentado responde a la pregunta ¿Cómo es la organización psicológica de la Consciencia de Sí, en una posibilidad de afrontamiento en pacientes con Cáncer Gástrico y su cuidador principal familiar, durante el Duelo Preparatorio en relación al tratamiento oncológico? Esta pregunta, busco explorar e interpretar, la construcción de Sí mismos que

presentaban los participantes oncológicos y los cuidadores principales familiares; también, permite comprender cómo en la organización de la Consciencia de Sí mismos, se crearon estrategias de afrontamiento que les permite elaborar la construcción del Duelo Preparatorio en relación al tratamiento oncológico.

En la exploración de la Consciencia de Sí, como categoría de análisis que a través de elementos emergentes sobre los resultados del Sí mismo, valores en relación a la vida y sentimientos sobre su condición, permitieron comprender, la capacidad de los participantes de poder significar sus propias experiencias; asimismo, significar la enfermedad oncológica a partir de éstas. Lo anterior, se ve reflejado en las narraciones de los tres (3) pacientes oncológicos y los tres (3) cuidadores principales familiares; por ejemplo, la configuración del Sí mismo, en la mayoría de los participantes oncológicos, está orientada hacia la experiencia de la enfermedad oncológica, dejando de lado sus potencialidades como lo creativo, el arte y su funcionalidad corporal, por estar centrados en las significaciones de los otros en relación a la enfermedad oncológica actuando en función de ella. Lo anterior, permite comprender que los pacientes oncológicos, no logran construirse como sujetos psicológicos, puesto que, no logran reconocer sus propias consciencias ligadas a la construcción psicológica del Sí mismo (Villalobos Ma. Eugenia, 2014), sensaciones, emociones, sentimientos y conocimientos, que los llevan a reconocer el mundo externo y actuar en función de él (Balegno y Delgado, 2009, p.131).

Es así como, la búsqueda de la Consciencia de Sí, en los seis (6) participantes entrevistados, refleja una vivencia y significación diferente frente a la realidad de la enfermedad oncológica que depende de los modos como cada quien ha significado dicha experiencia, reflejando una visión de Sí mismo y de sus realidades que a su vez, determina las actuaciones y modos de relación. Por ello, aunque los participantes vivieron la misma situación al enfrentarse al diagnóstico del Cáncer Gástrico, la significación es diferente para cada uno de estos; por ejemplo, existen estados psicológicos en los participantes que influyen de manera significativa con una configuración negativa respecto al proceso de aceptación y afrontamiento durante el duelo preparatorio en relación al tratamiento oncológico, estos estados psicológicos, se reflejan con sentimientos de ira, tristeza, miedo, incertidumbre, impotencia, los cuales, están presentes durante el proceso de duelo preparatorio, que actúan como mecanismos de defensa durante una enfermedad mortal ya sea propia o de un ser amado (Kubler, R. 1969). Es así, como en las narraciones de los tres (3) pacientes con Cáncer Gástrico y sus cuidadores principales familiares, no se elabora una Consciencia de Sí sobre su vivido subjetivo reflejado en sus recursos internos sobre sus potenciales; se elabora una Consciencia de Sí, respecto el sufrimiento en la enfermedad oncológica sobre sus debilidades.

Por otro lado, la cultura, permite determinar quién se es, qué se piensa de Sí mismo y cómo se actúa frente a los demás. Para la construcción del Sí mismo de los seis (6) participantes entrevistados,

la cultura está seriamente impregnada en ellos, al construir una identidad sobre las representaciones y significaciones que de la cultura vienen sobre lo conocido como enfermedad oncológica; esto se ve reflejado por la característica del contexto social-cultural, ya sea "rural" o "urbano", donde los participantes pertenecientes a zonas "rurales", en contraste con la sociedad "urbana", por ejemplo, los participantes "urbanos", identifican la enfermedad oncológica con la muerte, una diferencia marcada sobre los participantes pertenecientes a zonas "rurales", quienes vivencian la enfermedad oncológica como una oportunidad de superación, de cambios en sus estilos de vida y de unión familiar. Lo anterior, permite comprender cómo las necesidades materiales y socioculturales son inseparables dependiendo de cada esencia cultural (Sánchez, 2009).

Por último, comprender el afrontamiento respecto la formación de la Consciencia de Sí sobre la enfermedad oncológica durante el duelo preparatorio en los seis (6) participantes entrevistados, se permite comprender a partir de sus narraciones, que establecieron estrategias centradas en la regulación de emociones como la tristeza, rabia, temor, y las estrategias relacionadas con la enfermedad oncológica al reflejar lo que piensan y perciben sobre su condición por medio de esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que dan paso al manejo de situaciones estresantes que conlleva el Cáncer Gástrico; además, estas estrategias están encaminadas a la realización constructiva con dichas situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1986).

Lo anteriormente postulado, permite comprender que el Cáncer Gástrico, es considerado un problema de Salud Pública y de Salud Mental. Las intervenciones e investigaciones médicas, neurológicas, sociales, educativas, y psicológicas, realizadas desde los paradigmas del Modelo Médico, Conductista-Social y Cognitivo, con este tipo de pacientes por ejemplo, se centran sobre el síntoma, sobre la elaboración del comportamiento a partir del procesamiento de la información y lo que ésta proyecta a nivel familiar, social y cultural; mas no permiten comprender lo que detrás del síntoma se encuentra en estos sujetos, una mirada Clínico-Psicológico sobre el vivido subjetivo, sobre la propia experiencia a partir de la significación que le dan a la enfermedad oncológica, tanto el paciente como su cuidador familiar, sobre aquella organización psicológica de la Consciencia de Sí, que le pueden permitir o no, crear estrategias de afrontamiento para manejar las demandas de los sucesos estresantes del tratamiento oncológico durante el duelo preparatorio.

CONCLUSIONES

Los pacientes con cáncer gástrico, y sus cuidadores principales familiares, presentan una configuración de Sí mismo orientada hacia la experiencia de la enfermedad oncológica, al dejar de lado sus propios sentimientos, sensaciones y emociones; se refleja toda perdida de comprensión sobre su ser psicológico, sobre el Sí mismo, al desconocer toda posición reflexiva que les permitiera durante el curso de la enfermedad oncológica pensar sobre Sí , sobre sus propios deseos, motivaciones,

gustos e intereses.

En los seis (6) participantes entrevistados, se percibe la realidad de la enfermedad oncológica de manera diferente para cada sujeto; aunque la configuración reflexiva de Sí mismo es igual para todos, las historias personales, permiten comprender que en algunos pacientes oncológicos y sus cuidadores principales familiares, se evidencia una pobre Consciencia de Sí, más fuerte y estable a medida que los pacientes oncológicos manifiesten una reflexión sobre los deseos de sus cuidadores, que a su vez, determina sus actuaciones y modos de relación.

Se refleja que los principales sentimientos que presentan los pacientes oncológicos y sus cuidadores familiares en relación a la enfermedad oncológica, son sentimientos de ira, tristeza, miedo, incertidumbre, impotencia, los cuales, están presentes durante el proceso de duelo preparatorio, y actúan como mecanismos de reacción que operan durante una enfermedad, y no necesariamente, en el momento específico de la enfermedad.

Los seis (6) participantes del estudio, construyen una identidad centrada en sus experiencias, en las representaciones y significaciones que la cultura tiene de la enfermedad oncológica, debido, que son personas enmarcadas por un contexto socio-cultural, donde la enfermedad oncológica es vista como una enfermedad incurable.

Se presenta gran influencia por parte de la familia del paciente durante el duelo preparatorio en relación al tratamiento oncológico, al verse reflejado sobre las

narraciones tanto de los pacientes oncológicos como de sus cuidadores principales familiares, que la familia al reflejar unión y comprensión sobre la condición de su familiar, el progreso de la enfermedad es más lento y muchas veces los síntomas no se presentan; pero, si existe desinterés por la familia, rechazo y hostilidad hacia el paciente oncológico, el proceso de la enfermedad durante el duelo preparatorio se va tornar tedioso, hostil y el desenlace final, llegará más rápido para el paciente oncológico, significando sobre su condición un gran sufrimiento.

Las estrategias centradas en la regulación de emociones como la tristeza, rabia y el temor, fueron las más utilizadas por los participantes permitiendo que por medio de esfuerzos cognitivos y/o conductuales, pudieran manejar las situaciones estresantes que genera el cáncer gástrico. Estas estrategias, están encaminadas a la realización constructiva sobre dichas situaciones estresantes y permiten comprenderse como el aspecto conductual de la Consciencia de Sí.

REFERENCIAS

- Andrés Villas, M., Torrico, E., Remesal, R. (2012). Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, vol. 28, núm. 3, pp. 753-762.
- Arancibia, H., Carvajal, C., Bustamante, M., Justiniano, J., Talhouk, O., Guler, K. (2008). *Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico*. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Adrada, J., Calambás, F., Díaz, F., Delgado, D., Sierra, C. (2008). *Características sociodemográficas y clínicas en una población con cáncer gástrico en el Cauca, Colombia*. Universidad del Cauca, Colombia.
- Araneda, P., Aparicio, A., Escobar, G., Huaiquivil, O., Méndez, A. (2006). *Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal*. *Cultura de los cuidados*. 1er. Semestre, Año X – N. °19.
- Bonache, J. (2006). *El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas defensas*: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=195459>.
- Costa, G., Ballester, R. & Mocayo, F. (2014). *Influencia del estilo de afrontamiento y calidad de vida relacionada con la salud en el apoyo social percibido, durante el tratamiento del cáncer*. Universidad de Málaga, España.
- Castaño, A & Palacios, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 1. Universidad del Rosario, Bogotá Colombia.
- Cisneros, D. (2008). *Importancia de un programa de acompañamiento psicológico a familiares y pacientes con enfermedad terminal, dentro del proceso de aceptación de la muerte; en el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala (SOLCA), Núcleo de Quito*. Universidad de las Américas.

Carrasquilla, M.J. (2008). *El entorno afectivo, la familia. Perdida aflicción y luto* (pp. 61- 79). Medellín, Colombia.

Cyrulnik, B., Colmenares, M., Manciaux, M, Sánchez, E., Olaya, M. & Balegno, L. (2002). *Resiliencia desvictimizar a la víctima*. Edición: CEIC- Casa Editorial Rafue.

Cano, A., Sirgo, A., Pérez, G. (2000). *Cáncer y estilo represivo de afrontamiento*. Universidad de California en Los Ángeles.

Delgado, A. (2010). Acciones agresivas en el medio escolar: Sentido Subjetivo. *Psicología desde el Caribe*. No. 25.pp. 202-245.

Edo, M. & Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/sida y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 11 No.2. Pp 79-90.

Espinoza, C., Blanco, V., Ramírez, R. (2011). Resultados para el desarrollo de un manual de autoayuda: manejo del estrés en familias con un caso de cáncer gástrico. *Revista Ciencias sociales*, 131-132:13-26.

Enríquez Villota, M. (2010). Estudio denominado: *Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno*. Programa de Psicología Universidad de Nariño.

Fernández A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 2-3. Universidad Complutense de Madrid, España.

Font, A., Cardoso, A. (2009). *Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales*. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología.

Florez, J.J & Klimenko, O (2011). *Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al programa de asistencia paliativa de la corporación formar*. Institución Universitaria de Envigado, Medellín, Colombia.

Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 20. Universidad del Norte, Colombia.

Gonzales, A.L & Padilla, A. (2006). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante Problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México*. Vol. 5, núm. 3, pp. 501-509.

Hernández, C.R, Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación* (1era Ed.). Mc Graw-Hill Interamericana De México, S.A. de C.V: http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf.

Jaramillo, I. F. (2006). *La experiencia humana de morir*. En Jaramillo, I.F. (Eds.), *Morir bien* (Pp.23-53). Bogotá, Colombia: Planeta Colombiana S.A.

Krikorian, A. (2012). *Factores que contribuyen a la experiencia de sufrimiento en enfermos con cáncer en situación avanzada/terminal que reciben*

cuidados paliativos. Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Linares, Q. A. (2008). *Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje*. Disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/250_loitegui.pdf.

López, H. Ospina, J. Rubiano, J & Rey, M. (2009). *Cáncer gástrico*. Guías de Manejo de Cirugía.

Lull, M., Zanier, J., García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Revista Psico-USF*, V.8, n. 2, p. 175-182.

Martínez, M.A. (2009). *Afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos*. Universidad Veracruzana.

Martínez, P.C. (2006) *El método de estudio de caso*. Estrategia metodológica de la investigación científica. En *pensamiento y gestión*, 20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>.

Moreira De Souza, R. (2011). Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Revista enfermería global*, vol.10 No.22.

Morales, H., Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*. Instituciones.

Munar, G. (2007). *La familia como factor coadyuvante en el tratamiento*

psicológico de pacientes con cáncer. Universidad de la Sabana, Colombia.

Novoa, M., Caycedo, C., Aguillón, M., Suárez R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, Nº10, 2008, pp. 177-192.

Oblitas, L.A. (2008). *Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad*: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>.

Oliveros, E., Barrera, M. M Martínez, S., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, Vol. 1 (2), 19 -29.

Ospina, A., (2013). *El duelo anticipatorio del anciano como paciente terminal*. Universidad de Medellín, Antioquia.

Orozco, G., Parodi, J., Polanía, G. (2001). *Relación entre Estrategias de Afrontamiento y Variables Asociadas al Tratamiento del Cáncer con Calidad de Vida*. Universidad de la Sabana.

Organización Mundial De La Salud (2003). En Organización Mundial de la Salud (Ed.), *La incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el año 2020*. Madrid: Editor. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. (2008). *Duelo anticipatorio*. México, DF.

Palacio, N. & Pérez, M. (2014). *Análisis fenomenológico-existencial-contextual del final de la vida*. Estudio de casos. Universidad de Málaga, España.

- Palacio, C & Hernández, J.A. (2009). *Estilos de afrontamiento utilizados por las Pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento, de la clínica oncólogos de occidente S.A de la ciudad de Pereira en el año 2009*. Universidad Católica de Pereira, Colombia.
- Pardo, C., Murillo, R., Piñeros, M., Castro, M. (2003). Casos nuevos de cáncer en el instituto nacional de cancerología, Colombia, 2002. *Revista Colombiana de Cancerología*, 7(3): 4-19.
- Padierna, C., Fernández, C., Pérez, M., Amigo, I., González, A., Peláez, I., Fernández, R. (2003). *Medida de las estrategias de afrontamiento en pacientes Oncológicos Paliativos: Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento*. Departamento de psicología, Universidad de Oviedo, España.
- Pérez, C.C & Rodríguez, H. F. (2004). *Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar*. Disponible en: <http://www.psicologiaincientifica.com/enfermedad-oncologica-afrontamiento-familiar>.
- Quintana, S. & Rodríguez, B. (2006). *Acompañamiento social en procesos de duelo con pacientes renales*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Riquelme, M. (2004). *Vivenciando el duelo anticipatorio: experiencia de familiares de pacientes con enfermedad oncológica en etapa terminal*. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
- Rodríguez, V., Ortiz, A. & Palao, A. (2004). *Atención psiquiátrica y psicológica al paciente oncológico en las etapas finales de la vida*. *Psicooncología*, 2-3. Universidad Autónoma de Madrid.
- Rodríguez, P., Zarazaga, E. López, A. (2000). *Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico*. *Revista Psicothema*, Vol. 12, nº 3, pp. 339-345.
- Romero, M. (2008). *Estudio descriptivo del proceso de tamizaje de salud mental en población oncológica*. Universidad de la Sabana, Colombia.
- Ross K, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. (N. Daurela, Trad.). Barcelona, España: Debolsillo clave.
- Silva, C. & Agudelo, D. (2010). *Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular*. *Acta Colombiana de Psicología*, 14. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga y Universidad de los Andes, Colombia.
- Urquiza, K. (2012). *Implicaciones subjetivas que la enfermedad oncológica causa en el paciente*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.
- Urquidi, L., Montiel, M., Gálvez, M. (1999). *Ajuste Psicosocial y Afrontamiento en Pacientes con Cáncer de Mama*. *Revista Sonorense de Psicología*, Vol. 13, No.1, 30-36.
- Villalobos, M.E. (2014). *Construcción psicológica y desarrollo temprano del*

sujeto: una Perspectiva clínico-psicológica de su ontogénesis. Programa Editorial Universidad del Valle.

Villalba, R., Ayala I. (2010). *Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer.* Universidad Cesar Vallejo. Lima, Perú.

Villalobos, M. & Zúñiga, W. (2010). Perspectiva clínica de la consciencia del riesgo en la accidentalidad laboral: un estudio cualitativo. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, vol. 9, núm. 16, 2011, pp. 55-68.

Vinaccia, S., Quiceno, M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, E., Tobón, S., Zapata, M. (2005). *Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar.* Universidad San Buenaventura, Medellín, Colombia.

Zaraín, I. (2006). Detección de necesidades en pacientes terminales a través de la entrevista profunda y su consecuente apoyo psicológico humanista y tanatológico. *Revista Internacional de Psicología*, Vol.07 No.02 PP1-126.

ANÁLISIS DE GENOGRAMAS FAMILIARES DE ADOLESCENTES CON DIFICULTADES ACADÉMICAS

Karen Guadalupe Lázaro Vicente, Cecilia Castellanos Guzmán & Iris Fabiola Ramírez Montoya

Información de los autores: *Karen Guadalupe Lázaro Vicente, Cecilia Castellanos Guzmán & Iris Fabiola Ramírez Montoya* Maestras en Psicología, Terapia Familiar por la UPGCH. Correspondencia dirigirla a Cecilia Castellanos Guzmán, al correo electrónico: cecy_1047@hotmail.com. Universidad Pablo Guardado Chávez / México.

Referencia Recomendada: Lázaro-Vicente, K. G., Castellanos-Guzmán, C., & Ramírez-Montoya, I. F. (2016). Estudio del lugar del niño con relación a la pornografía y prostitución infantil desde los aportes de la teoría psicoanalítica. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 86-100.

Resumen: La investigación se basa en el análisis de genogramas familiares de estudiantes del 6° semestre del COBACH, plantel 192 del municipio de Chicoasén, Chiapas con dificultades académicas. El estudio es de tipo cualitativo, con una perspectiva interpretativa,

mediante entrevistas individuales y grupales, las cuales fueron analizadas, obteniéndose categorías como: concepto de familia, disfuncionalidad familiar, relación de padres como pareja, comunicación de padres, familias reconstruidas, adicciones entre otras. Los resultados indican que la dificultad académica del estudiante tiene como referentes en el entorno familiar, aspectos como la ausencia de los padres, alcoholismo del padre, ausencia del padre, separación o divorcio, infidelidad, el elevado número de hijos por familia, incluyendo acoso sexual. Los sujetos participantes presentan dificultades académicas y la vivencia en un contexto familiar de alcoholismo e infidelidad, violencia de tipo físico, verbal y económico exacerba esta situación.

Palabras claves: Familias, adolescentes, genograma.

Recibido: 3 de Enero de 2016

Aprobado: 30 de Junio de 2016

INTRODUCCIÓN

La familia sigue siendo el núcleo fundamental educacional de la sociedad, en la medida que reproduce biológicamente a la especie humana y en su espacio se desarrolla la identificación con el grupo social.

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique (Archivos en Medicina Familiar, 2005).

En la familia, según Lacroix (1993, p. 23): "la educación es ante todo, atmosférica", queriendo reseñar ese factor envolvente del niño con su entorno a través del cual va desarrollando su personalidad. La familia es transmisora de la vida, pero también de los puntos de referencia global para la vida: "la familia no solo es el semillero donde se reproducen físicamente los miembros de la sociedad, sino también el caldo de cultivo donde proliferan los valores y se regenera el tejido social generación tras generación. Matriz generativa de las estructuras profundas de la personalidad y de los patrones de interacción social, la familia transmite tanto unos determinados valores como

su ausencia, que se cifra en normas" (Iglesias de Usel, 1994, p. 543).

Este desarrollo, se estructura a partir de procesos familiares y la personalidad del sujeto interactuante, lo que se complejiza aún más en etapas transitivas como la adolescencia. Para Hall (citado en Delval, 1998, p. 545) la adolescencia es: "una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados".

Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo o intelectual, la adolescencia se ha caracterizado por la aparición de profundos cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. Piaget (Moreno del Barrio, 2000) denomina a este proceso, periodo de las operaciones formales, en que la actuación intelectual del adolescente se acerca cada vez más al modelo del tipo científico y lógico.

Empieza también la configuración del razonamiento social, el cual se vincula con el conocimiento del yo y los otros, la adquisición de las habilidades sociales, el conocimiento y aceptación/negación de los principios del orden social, y con la adquisición y el desarrollo moral y valórico de los adolescentes (Moreno y Del Barrio, 2000).

Las concepciones sobre la adolescencia pueden sintetizarse en tres teorías o posiciones teóricas sobre la adolescencia: la teoría psicoanalítica, la teoría sociológica y la teoría de Piaget (Delval, 1998).

La teoría psicoanalítica concibe la adolescencia como resultado del desarrollo que se produce en la pubertad y que lleva a una modificación del equilibrio psíquico, produciendo vulnerabilidad de la personalidad. A su vez, ocurre un despertar de la sexualidad y una modificación en los lazos con la familia de origen, pudiendo presentarse la desvinculación con la familia, oposición a las normas, gestándose nuevas relaciones sociales, lo que cobra importancia en la construcción de una identidad y la crisis de identidad asociada con ella (Erikson, 1971).

Jadué (2003), en su documento "Transformaciones Familiares en Chile: Riesgo Creciente para el Desarrollo Emocional, Psicosocial y la Educación", indica que la implicación de la familia en la tarea educativa, comprende la participación activa de los padres en los proyectos educativos de la escuela y en su rol como mediadores del aprendizaje, siendo la madre un fuerte predictor del rendimiento académico. Sin embargo, las familias de nivel socioeconómico bajo, deben lidiar con un conjunto de estresores que dificultan su rol en el apoyo temprano del niño en el plano académico como la inestabilidad

laboral, recursos materiales y financieros inadecuados, problemas maritales y familiares.

Desde el punto de vista sociológico, la adolescencia es el resultado de tensiones y presiones que vienen del contexto social, fundamentalmente en el proceso de socialización y la adquisición de roles sociales, por lo que la adolescencia puede comprenderse primordialmente a partir de condiciones sociales externas al mismo sujeto.

La teoría de Piaget, revela los cambios en el pensamiento durante la adolescencia; así, el sujeto tiende a la elaboración de planes de vida y las transformaciones afectivas y sociales van unidas a cambios en el pensamiento, por lo que la adolescencia es el resultado de la interacción entre factores sociales e individuales (Delval, 1998).

Cerconi y Ortiz (1999), en su artículo sobre "Los estudios universitarios como determinantes del nivel de ingreso: Una aproximación econométrica" sostienen, mediante una encuesta realizada a un grupo de desertores de la Universidad Nacional del Sur que las mayores oportunidades de graduación se ubican entre aquellos estudiantes cuyas familias pertenecen a los estratos socioeconómicos elevados. De esta forma concluye que si bien las oportunidades de cotar con un nivel mayor de escolarización son irrestrictas, el peso relativo es sustancialmente mayor de los estudiantes de niveles de ingresos

medios y altos frente a los estudiantes de ingresos más bajos, que pone de manifiesto que los mecanismos redistributivos por medio del gasto social en educación superior no logren de manera óptima transferir ingresos sólo hacia los grupos económicamente más pobres.

Según Wolff, Shiefelbein y Valenzuela (1993), la disponibilidad de textos y la provisión de infraestructura básica tienen una alta correlación con el rendimiento y confirman la importancia de la educación inicial, primaria y secundaria en el área de matemática para que les permita el ingreso a una institución superior. Otras relaciones positivas, incluyen; métodos de enseñanza más personalizada y flexible, formación docente, experiencia del profesor, asistencia del profesor a clases, tiempo dedicado al aprendizaje, tareas para la casa, participación de los padres y la cobertura del currículo.

Como variables individuales, pero referidas al entorno familiar se plantea que una mayor escolaridad de los padres se realaciona con una mayor expectativa escolar (Orlando y Ortiz, 1999); la motivación, por su parte, incide notablemente en el rendimiento académico (o desempeño escolar) (Pacherres Ganoza, 2006).

Cuando se habla de adolescentes y sus padres, es necesario considerar la estructura y funcionamiento del sistema familiar. Una parte fundamental para el

estudio de las familias es la utilización de genogramas, esta técnica diagramática, ha sido utilizada por un amplio número de terapeutas familiares de diversas orientaciones, que coinciden en dar importancia al contexto familiar multigeneracional, como fuerza activa en el establecimiento y significado de los problemas actuales que presenta dicho sistema familiar.

El genograma es usado en múltiples centros de formación de terapeutas, como el Centro de Terapia Familiar de Georgetown (USA) donde Bowen inició su uso. Se emplea de modo rutinario como instrumento de evaluación familiar y como experiencia básica, para el proceso de liberación del "yo", considerado por Bowen, como indispensable en el desarrollo personal del terapeuta familiar, en proceso de formación (Bowen, 1979; Kerr y Bowen, 1980).

El genograma es un diseño que refleja la imagen de la familia, integra tres generaciones como máximo. Es un medio viable para conocer la estructura familiar: nuclear, monoparental, ampliada y extensa; su funcionamiento: reglas, normas, límites, comunicación; la interacción general entre los miembros: rígidos, sobreprotectora, permisiva, estable; las relaciones emocionales: autoestima, actividades personales y familiares, la formación de la personalidad o alguna distorsión perceptiva mediada por contenidos no conscientes o consientes: infidelidad,

parejas, matrimonio, muertes, enfermedades, violencia los cuales se consideran relacionados con la familia de origen. A la vez, puede dar cuenta de ciertas características presentes en familias de estudiantes con ciertas dificultades de aprendizaje, ya que es de suma importancia incluir el contexto multigeneracional en un enfoque familiar, debido a que pone en contacto con los "sistemas de creencias de la familia de origen", con los "patrones repetitivos de relación"; lo cual posibilita la definición de los problemas actuales, con relativa "objetividad y/o neutralidad" (Montse García, 2000).

Por lo anterior, en el presente trabajo se intenta dar respuesta al siguiente cuestionamiento: ¿Cuáles son las características familiares a partir del análisis de genogramas, de adolescentes con dificultades académicas entre 16 y 18 años del COBACH, plantel 192 del municipio de Chicoasén, Chiapas?

METODOLOGÍA

El presente es un estudio cualitativo, la cual requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. La investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento.

Técnicas e instrumentos

Se aplican entrevistas individuales y grupales, para recabar datos personales y familiares, mismas que sirvieron para

elaborar los genogramas. Mediante las entrevistas grupales, se profundizó en la información obtenida, profundizando en el sentido que tiene para los estudiantes las dificultades advertidas en su entorno familiar.

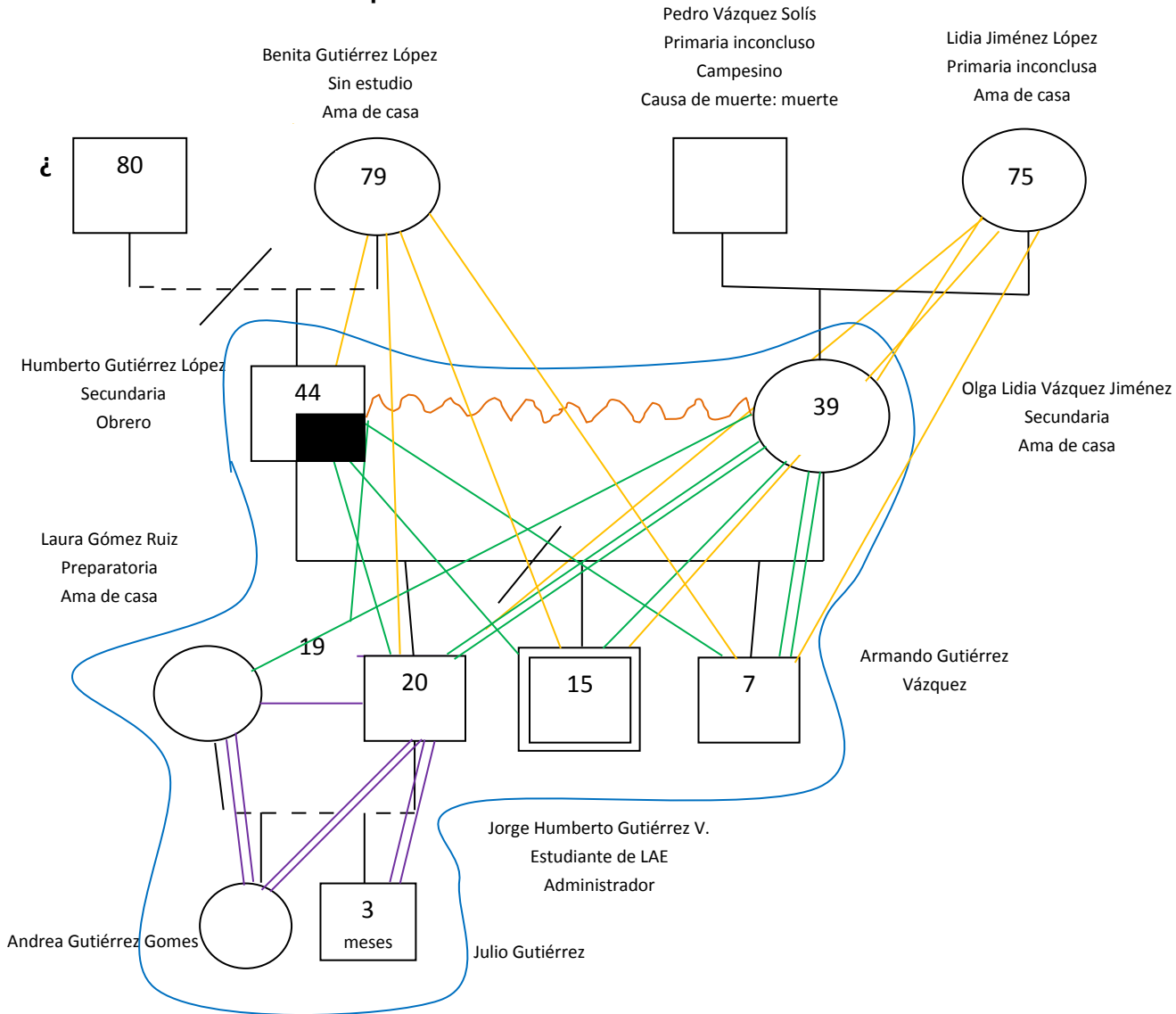
El genograma en contexto multigeneracional (tres generaciones), se utiliza para la evaluación del contexto y estructura familiar: funcionamiento, relación y significado de la estructura familiar. Consta de un esquema que incluye información de jerarquías, edad, género, desde la primera generación (abuelos), seguida de la segunda generación (padres) y por último, la tercera generación (hijos) incluyendo hermanos, tíos y primos.

A la vez, la simbología caracteriza diferentes aspectos de la relación y distintos acontecimientos del sistema familiar (enfermedades, muertes, edades, separaciones, divorcios, etcétera).

Sujetos

6 adolescentes entre 15-18 años (2 mujeres y 4 hombres) estudiantes del 2°, 4° y 6° semestre del COBACH, plantel 192 del municipio de Chicoasén, Chiapas.

Análisis de los genogramas Familia Gutiérrez Vázquez



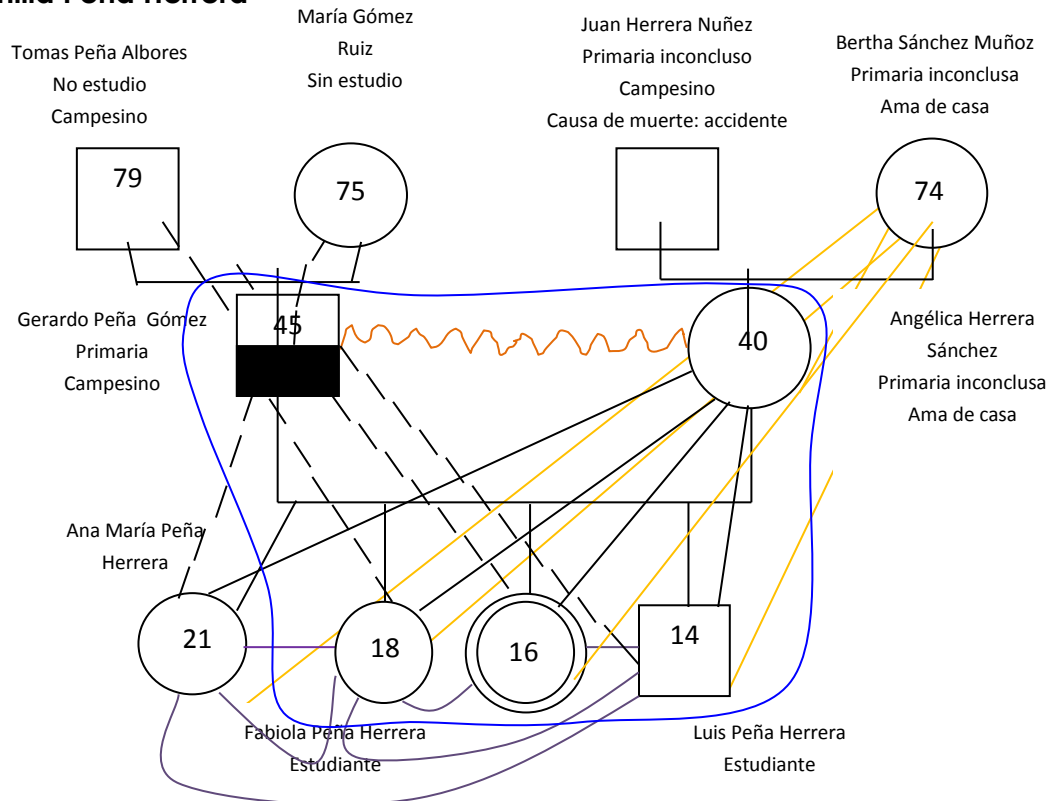
- SIMBOLOGIA**
- Hombre
 - Mujer
 - + Muerte
 - / Separación
 - unión libre
 - Casados
 - Relación conflictiva
 - Buena
 - Muy buena
 - Personas con las que vive el paciente
 - Alcoholismo

21 de noviembre del 2013

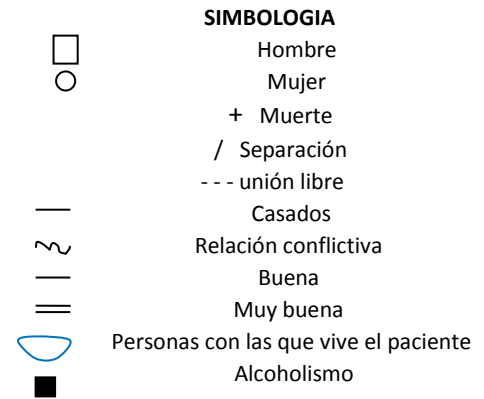
Es una familia con dos generaciones, los padres han mantenido conflictos siendo notoria la distancia cronológica de los nacimientos de los hijos, el padre fue alcohólico ahora ha disminuido su nivel de consumo, ha mantenido relaciones extramaritales, señalándose que duermen en cuartos separados. El padre se percibe como padre periférico, ausente, incluso por periodos de 15 días. El hijo mayor cumple el rol de hijo parental, porque el tiene la función de proveer económicamente y está al pendiente del hermano de en medio, motivo por el cual lo motivó quedarse en casa con su esposa y dos hijos.

SIMBOLOGIA	
□	Hombre
○	Mujer
+	Muerte
/	Separación
---	unión libre
—	Casados
~	Relación conflictiva
	Buena
	Muy buena
◡	Personas con las que vive el paciente
■	Alcoholismo

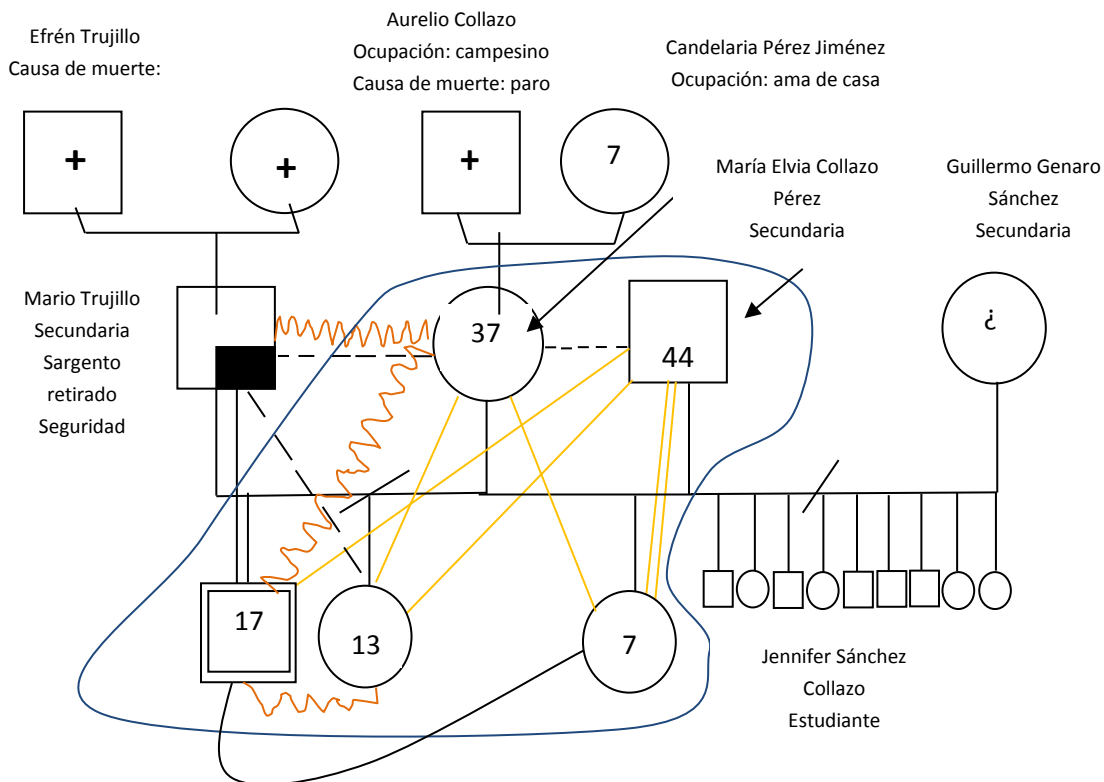
Familia Peña Herrera



Es una familia nuclear, y de acuerdo al ciclo vital de la familia se encuentran en la etapa intermedia, con hijos adolescentes y la pareja en la etapa del reencuentro. La relación de los padres es conflictiva, el padre ha mantenido relaciones extramaritales desde que tiene conocimiento y ha sido alcohólico. La relación del padre con los hijos es distante, no hay comunicación. La madre con los hijos mantiene una relación ausente, y los hijos no están de acuerdo que el padre viva en la casa. Los hermanos mantienen una alianza entre ellos. Por toda la dinámica de la familia impide que haya límites.



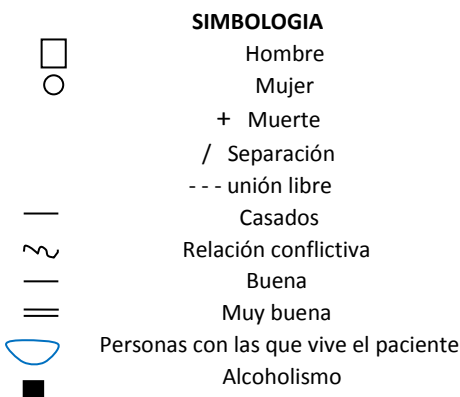
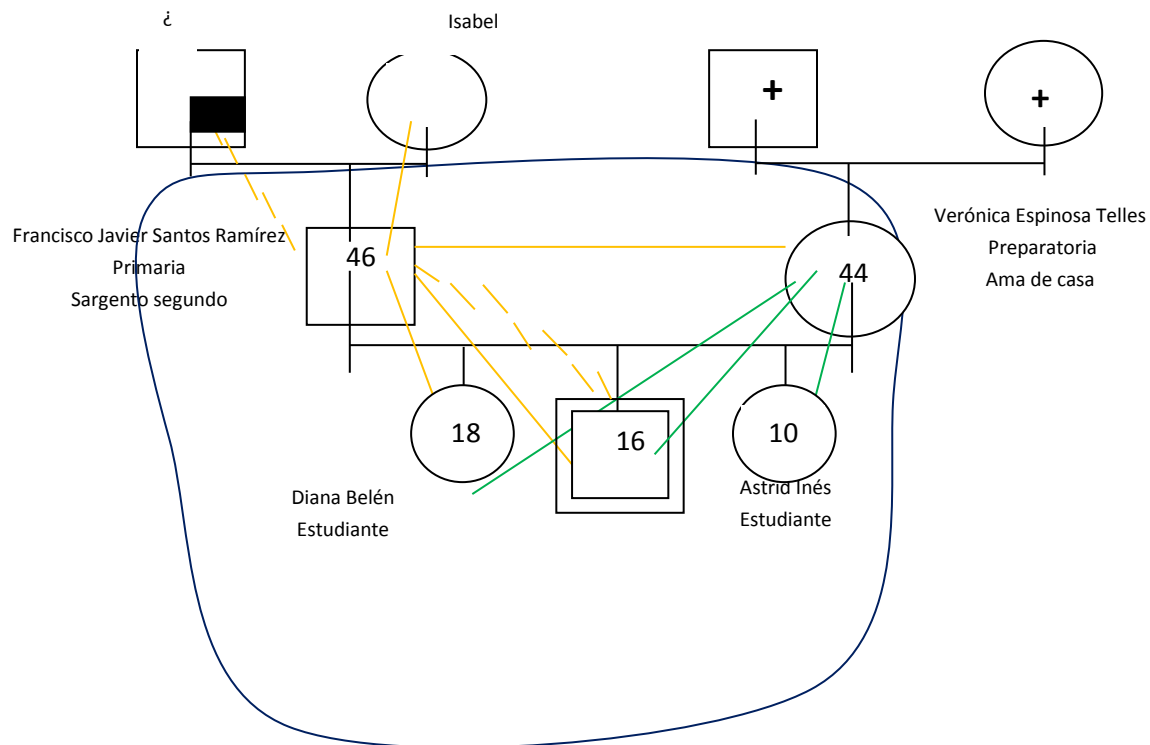
Familia Trujillo



Es una familia con hijos adolescentes, en una etapa se encontró constituida por uno de los padres porque estos se separaron. La pareja actual de la madre viene de una relación anterior. La relación de pareja es distante por motivo de infidelidad de parte del hombre. La relación de la madre hacia los hijos menores es permisiva y flexible, caso contrario con el paciente que es controladora y rígida. De parte de la pareja hacia los hijos hay comunicación indirecta.

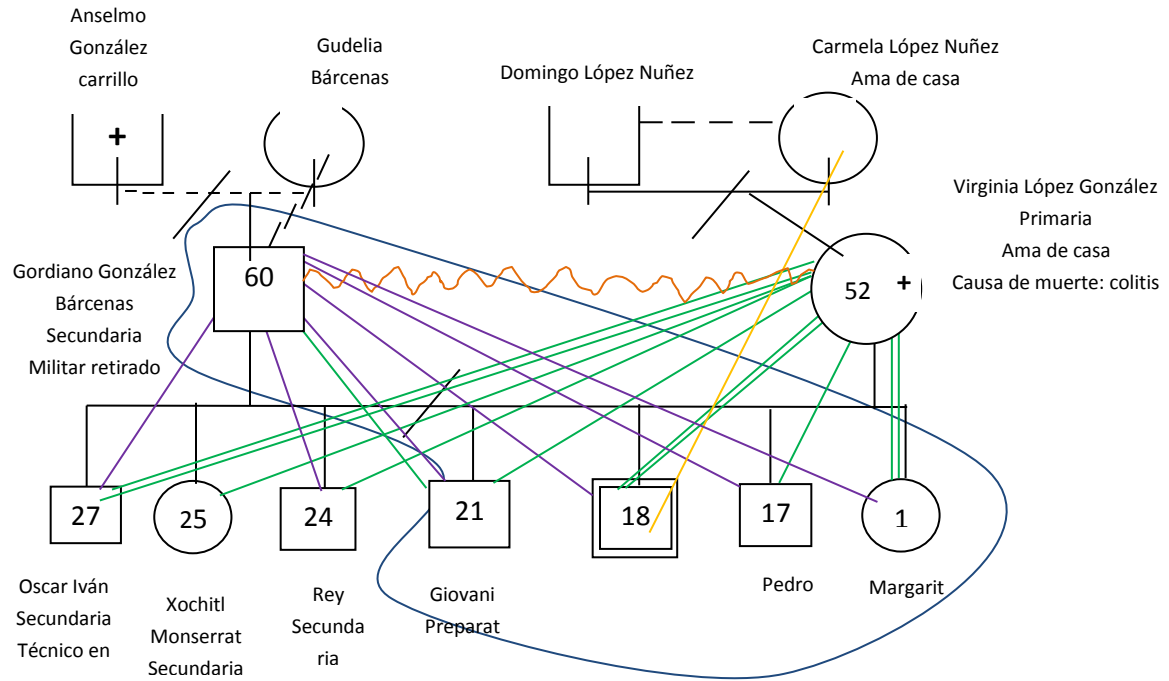
Es una familia con hijos adolescente y nuclear, la relación es distante por el trabajo del esposo quien mantiene un rol autoritario. La relación del padre con los hijos es distante y mantienen poca comunicación estando el padre fuera de casa. La dinámica de la madre con los hijos es descuidada hacia los hijos mayores porque la atención la presta a la hija menor, lo que produce que no se encuentre bien definidos los límites.

Familia Santos Espinoza



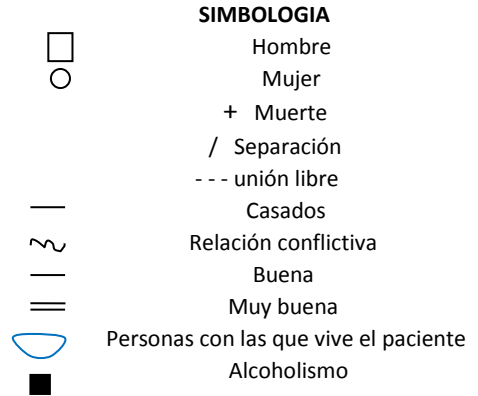
23 de enero del 2014

Familia González López

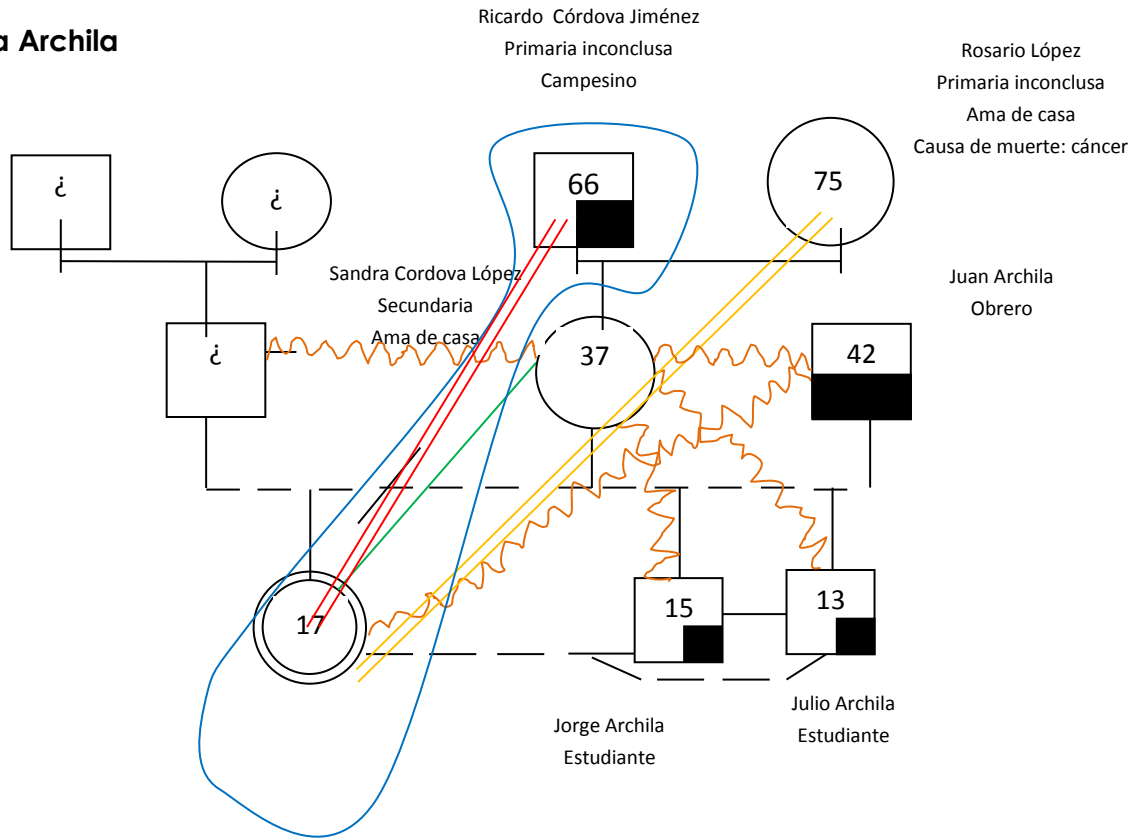


28 de enero del 2014

Es una familia monoparental ya que se constituye por uno de los padres y los hijos; el motivo fue por la muerte de la esposa. Esta familia transita por la etapa de los hijos adolescentes y atravesando por el síndrome del "nido vacío", donde los hijos hacen su propia vida. La relación de pareja era conflictiva, el padre es autoritario e inflexible con los hijos y de igual manera con su esposa. La relación de los hijos con el padre es con poca comunicación e indiferente. El padre fue alcohólico.



Familia Archila



Es una familia nuclear totalmente conflictiva donde existe alcoholismo en los hombres, violencia física y psicológica de la pareja actual de la madre del sujeto identificado. La relación de los hermanos es conflictiva por el alcohol, de parte del padrastro hacia la hija hubo acoso sexual e intento de violación, motivo por lo que decidió abandonar el hogar e irse a vivir a casa del abuelo materno.

Integración de los genogramas

Los genogramas se caracterizan por mostrar la enfermedad del alcoholismo de parte del padre de los adolescentes. Algunos adolescentes identificados son hijos de una primera relación de parte de la madre, las relaciones actuales se ha mantenido con violencia verbal, psicológica y físico de parte de los padres (relación conflictiva), padres ausentes por la comunicación nula e indirecta en algunos casos y en otras escasa. En algunos genogramas se presenta infidelidad, separaciones e incluso acoso sexual.

En la entrevista se determinan 6 meta categorías, siendo estas las siguientes:

- Concepto de familia
- Factor de disfuncionalidad familiar
- Concepto de relación de padres como pareja
- Comunicación entre los padres
- Experiencia de acuerdo al orden de nacimiento
- Concepto de la familia reconstruida

Concepto de familia

En la primera categoría concepto de familia; los chicos tienen en claro este concepto refiriendo a aspectos como:

“Para mí sería un grupo de personas que se apoyan a sí mismos están relacionados, biológicamente o no estén relacionados porque se apoyan pues se quieren y ellos mismos se echan la mano pues para seguir adelante” (José, GF, 28/02/2014).

“Pues para mí más que nada es, un conjunto de personas que se platican lo que sienten, lo que han pasado lo que les gustaría salir a lugares se hacen planes entre familia” (Adriana, GF, 28/02/2014).

En el concepto que los adolescentes tienen de familia de cierta manera hay una concordancia como se hace mención en el archivo de medicina familiar: La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o afinidad. Sin embargo no difieren entre otras cosas dicho concepto.

Factores de disfuncionalidad familiar

En la segunda categoría se plantea acerca de la disfuncionalidad familiar en los que se incluyen aspectos tales como:

falta de comunicación, malas amistades, falta de respeto, secretos de familia, desconfianza, violencia, falta de valores, alcoholismo y maltrato. Los adolescentes refieren que estas causas provocan conflicto familiar y afectan su desarrollo académico y emocional:

“Bueno pues en su momento si me afectó que mi mamá se haya separado con mi papá, bueno mi papá mi papá no es una persona que tome, hasta el punto en que lo conocí no tomaba, ya cuando mi mamá se separó y se vino con ese señor si me espantó porque tengo un tío que le gusta, incluso ya me golpeo, pero me había confundido, y pensé que se iba a repetir lo mismo con el señor pero me di cuenta que no, toma porque a veces llega tomado pero no con la intención de molestar, se podría decir que sabe tomar y cuando se siente así mejor se va dormir y deja los escándalos para otras personas, en su momento puedo decir que lo que más me traumó fue la separación, no te voy a decir que soy una persona de puros dieces en mis materias pero siento que no, que ya fue en su momento y que ahorita pues es cosa mía”. (Josué, GF, 28/02/2014)

En el tercer factor: Concepto de la relación conyugal, los adolescentes abordan que en una relación conyugal siempre habrá problemas, aunque en ocasiones se demuestren afecto y amor, prevalecerán

los conflictos, aunque los padres traten de solucionarlos:

“Yo pienso que una relación entre padres pues no siempre va a ser del todo bien, siempre va a ver un problemilla a por ahí que afecte, claro que no vamos a resolver los problemas enfrente de los hijos pero ya es lo que actualmente si hay conflictos, hay puntos de detalle, hay problemas donde quiera, pero ese es el punto, llegar a resolverlos, ¿no? Resolver los problemas y no estancarnos, con ese problemilla llegar a solucionarlo. La relación con mis padres no es muy buena”. (Josué, GF, 28/02/2014)

En el cuarto factor: comunicación entre los padres, los adolescentes mencionan que la forma de comunicarse es nula, lo que en ocasiones conlleva a falta de interés y de atención hacia ellos:

“En mi caso casi no hay comunicación y a veces sí, no puedo decir que no hay amor pero como también lo dicen mis compañeros, casi mis papás no se están, casi no hay atención y mi mamá si está a veces pero a veces que se sale como ella llega en la iglesia, casi haz de cuenta como que si yo misma me encuentro en mi mundo. Y esto es uno de los factores más afectados por los adolescentes”. (Ana, GF, 28/02/2014)

El quinto factor: Experiencia de acuerdo al orden de nacimiento, se indican las desventajas y ventajas de acuerdo al lugar que ocupan como hijos en la familia, y que de cierta manera expresan la falta de atención en algunos casos o la atención que se les da, a la vez el cariño que se les brinda o el poco cariño que reciben:

“Digamos que cuando somos primerizos siempre va a ser costoso, porque los papás tratan de ver cómo educar a su primer hijo, y pues para hacer el primero si me costó bastante, a comparación de cómo tratan a mis hermanas ahora es mejor como a mí me trataron, pues digamos que por partes bien y por partes mal”. (Josué, GF, 28/02/2012)

“Pues más o menos, porque como cuando mi papá no trabajaba en lo que está ahorita tenía más tiempo para mi hermana por que como fue la primera siempre hay la estaba apoyando y pues casi iba a verla en la escuela y cuando yo nací pues ya casi no me dedicó tiempo por su trabajo porque es de la policía, pero siempre lo mandan a otros lados y casi ya no me da más amor, más atención y tal vez por lo mismo debe ser mejor antes más que ahorita, y creo que soy así por eso en cambio mi hermana es más tranquila porque ahí si hubo atención y con mi mamá pues casi consiente a mi hermanito que a mí y a mi hermana”.(Ana, GF, 28/02/2012)

En el último factor que se refiere al concepto de familia reconstruida, los jóvenes expresan las opiniones referente al tema en los que se concluye que no están de acuerdo con este tipo de familia, que tiene sus pros y sus contras, pero que temen a la convivencia de alguien que no pertenece a sus familias (padrastro o madrastra).

“Pues de mi parte no muy bien, porque como no soy hija del mismo papá no es la misma atención como ser la hija verdadera, mi mamá pues es mi mamá pero el hombre no, y ya como mi mamá se casó con ese hombre y tienen hijos obvio que el señor le pone más atención a sus otros hijos los que lo son, y pues siendo yo mujer pues ya podría querer este, si el hombre tiene la mente cochambrosa va a querer abusar y más si tu mamá es ciega y está más por el hombre aunque uno le dice que esto y que el otro, pues no se no me creería”.(Ana, GF, 28/02/2012)

“Bueno, de mi parte no va ser igual, quizá al principio no va a ver comunicación si pero de mi parte considero que no está bien y que es malo”. (Carlos, GF, 28/02/2012)

CONCLUSIONES

De los adolescentes participantes en el trabajo, es evidente en ellos el distanciamiento hacia el padre, la mayoría por causa del alcohol e infidelidades del

mismo, 5 adolescentes han presenciado violencia de tipo físico, verbal y económico del padre dirigido hacia la madre, como intento de violación en una de dos familias reconstruidas de parte del padre hacia uno de los adolescentes; todo este ambiente ha contribuido al desinterés por lo académico de parte de los adolescentes ya que el estar en un contexto familiar situacional conflictivo se convierte a la vez una causalidad para dicho desempeño.

Jadue J., G. (2003). *Transformaciones familiares en Chile: Riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos*. Estudios Pedagógicos, 29, pp. 115-1126.

REFERENCIAS

Pacherres Ganoza N. (2006). *Condiciones sociales familiares y el rendimiento académico*. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Cerconi, L. y Ortiz de Guevara, E. (1999). *Los estudios universitarios como determinantes del nivel de ingreso: Una aproximación econométrica*. III Encuentro Internacional de Economía. Universidad Nacional de Córdoba-CIEC.

Giovagnoli, P. I. (2002). *Determinantes de la deserción y graduación universitaria: una aplicación, utilizando modelos de duración*. Documento de trabajo No. 37. Departamento de Economía, Facultad de Economía, Universidad Nacional de la Plata.

Jadue J., G. (2003). *Transformaciones familiares en Chile: Riesgo creciente para el.*

DIFERENCIAS ENTRE ADULTOS ADOPTANTES Y NO ADOPTANTES EN SALUD Y SATISFACCIÓN VITAL

Differences between adopters and non-adopters adults in health and life satisfaction

Arantxa Aguirre Uriarte & Félix Loizaga Latorre

Información de los autores: *Arantxa Aguirre Uriarte.* Psicóloga de la Universidad de Deusto. Correo electrónico: arantza.agirre@opendeusto.es. Dirección: Avenida de las Universidades, 24, Equipo FamilyPsych, CP/ 48007.

Félix Loizaga Latorre. Doctor en Psicología de la Universidad de Deusto. Correo electrónico: floizaga@deusto.es. Dirección: Avenida de las Universidades, 24, despacho 233, CP/ 48007.

Referencia recomendada: Aguirre-Uriarte, A., & Loizaga-Latorre, F. (2016). Diferencias entre adultos adoptantes y no adoptantes en salud y satisfacción vital. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 101-112

Resumen: El objetivo del estudio es realizar una comparación de la variable salud (GHQ-28) desde el punto de vista de padres y madres adoptantes y no adoptantes y analizar su relación con la satisfacción vital (SASS, FHM). Participaron un total de 693 padres y madres, de los cuales 134 corresponden a la muestra de familias adoptantes y 559 familias al grupo control (35 a 65 años). La comparación se realizó a través del estadístico T- Student y las relaciones intra-grupo a través del índice de correlación de Pearson. En cuanto a los resultados, las familias adoptantes refieren mejores niveles de salud que las familias no adoptantes y una media de satisfacción vital superior. Los análisis intra-grupo muestran correlaciones positivas entre salud y satisfacción vital.

Palabras Clave: Familias adoptantes, Salud, Satisfacción vital, GHQ-28

Abstract: The objective of the study is to make a comparison of the health variable (GHQ-28) from the point of view of adopters and non-adopters parents and analyze your relationship with life satisfaction (SASS, FHM). They involved a total of 693 fathers and mothers, of whom 134 correspond to the sample of adoptive families and 559 families group control (35 to 65 years). The comparison was made through the Student T - statistic and relations intra-group through the Pearson correlation index. In terms of results, the adoptive families concern better levels of health than non-adoptive families and an average of higher life satisfaction. Intra-group analyses show positive correlations between health and life satisfaction.

Keywords: adoptive families, health, life satisfaction, GHQ-28

Recibido: 3 de Enero de 2016

Aprobado: 30 de Junio de 2016

La salud se define por la Organización Mundial de la Salud (1948) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Es importante señalar que junto con la salud física, se destaca la importancia de la salud mental y social, incluyendo dentro de esta última las relaciones familiares.

Asimismo, la OMS (2013) expone la relación existente entre la satisfacción vital y la salud, estableciendo la satisfacción vital como el principal indicador de bienestar subjetivo que repercute de forma esencial en la salud pública. Son muchos los autores que corroboran la estrecha relación que guarda la salud con la satisfacción vital y la percepción de la misma, entendido como bienestar subjetivo. (Abarca, 2005; Sánchez, García, Valverde & Pérez, 2014). Asimismo, se observa que la percepción de satisfacción vital suele decrecer ante la pérdida de salud (Frijters, Johnston y Shields, 2011; Lucas, 2007; Pagán-Rodríguez, 2010, 2011; Powdthavee, 2009; Strine, Chapman, Balluz, Moriarty y Mokdad, 2008).

En cuanto a lo que a adopción se refiere, la variable satisfacción ha sido muy utilizada con el fin de valorar el impacto de la adopción y la adaptación familiar (Sánchez-Sandoval, 2011). Por el contrario, no se ha profundizado tanto sobre la salud en el caso de los padres y madres adoptantes. Teniendo en cuenta que estas familias superan una serie de situaciones estresantes propias de este colectivo, resulta de gran interés realizar una comparación con el fin de valorar las diferencias respecto a salud y satisfacción. Además, antes de la

incorporación del niño a la familia se lleva a cabo un proceso de selección para asegurar la idoneidad de las familias. Esto deja entrever la posibilidad de una serie de características propias que podrían tener las familias adoptantes.

Las familias adoptantes refieren una serie de situaciones estresantes y temores que podrían afectar su salud física y mental. Su principal preocupación a la hora de decidirse a llevar a cabo la adopción es afrontar las diversas entrevistas y evaluaciones psico-sociales que les obliga a exponerse a que personas desconocidas evalúen sus capacidades y expectativas como futuros padres (García & Sobrino, 2004; Limiñana, 2009; Palacios, 2009; Parera, 1996; Silvero, Ochoa, 2004). Este proceso puede tener una gran repercusión dada la ansiedad que genera a los padres adoptivos, ya que la espera de adopción puede ser muy larga e indefinida. Además, muchas parejas se sienten juzgadas por el proceso de evaluación y lo consideran demasiado intrusivo (Rosas, Gallardo & Angulo, 2000; Santamaría, Pacheco & Agüero, 1993; Singer, Brodzinsky y Ramsay, 1985).

El segundo factor que puede repercutir a su salud y bienestar es el motivo de adopción. En el caso de que el motivo de adopción sea la esterilidad, los padres y madres adoptantes deben haber superado esta etapa de duelo previamente para que la adaptación familiar sea favorable (de Cúneo, Pella, Castiñeira, Márquez, Felbarg y Muchenik, 2007). Cabe señalar que según Berástegui (2011) y Loizaga (2009, 2014) refieren problemas de fertilidad alrededor

del 85% de las parejas que acuden a los servicios de adopción.

Por otro lado, es imprescindible mencionar que en el caso de la adopción, los niños y niñas sufren una discontinuidad en las figuras de cuidado y pueden sufrir sensación de abandono, ya que para haber sido dados en adopción sus padres biológicos han tenido que renunciar a él (Rosas, Gallardo & Angulo, 2000). Estas dificultades podrían afectar a las relaciones, salud y con ello a la satisfacción de los padres y madres adoptantes. Aun así, se ha demostrado que los niños adoptados tienen una capacidad rápida de recuperación y que son capaces de establecer vínculos de apego seguro con sus familias adoptivas (Palacios, Román & Camacho, 2010 citado en Sánchez-Sandoval, León & Román, 2012; Román & Palacios, 2011; 2012).

Otro de los momentos más temidos que puede repercutir en la salud y satisfacción de los padres adoptantes, es la presión que sufren por tener que desvelar la historia de origen. Aun así, según Rosso & Camacho (2010) y Santamaría, Pacheco & Agüero (1993) esta última experiencia ha servido para fortalecer más el vínculo familiar y la confianza mutua. Esta preocupación guarda relación con el temor de que la familia biológica reconozca al niño por la calle y lo recoja de nuevo, el cual es referido por una de cada dos familias adoptantes (Fernández, 2004).

A su vez, muchas de las familias adoptantes refieren temor a la búsqueda por parte del niño de la familia biológica. Esta reacción del niño ha sido entendida

por algunas familias como un síntoma de fracaso en la adopción. Sin embargo cabe señalar que en la actualidad se ha comprobado que esta no es la razón de la búsqueda de los padres biológicos, ya que un 93% quieren a sus padres adoptivos y viceversa, parece que lo que está detrás es la sensación de vacío y la falta de conocimiento del origen. (Freixa & Negre, 2014; Pacheco y Eme, 1993 y Sachdev, 1992 citado en Amorós, Fuertes & Pérez, 1996; Sorosky et al., 1984).

Además es importante señalar que tras el impacto del encuentro con su familia biológica, muy pocos de los niños adoptados perciben un deterioro en la relación con sus padres adoptantes y la mayoría reconocen tener mejor calidad de vida de lo que habrían tenido con sus padres biológicos. Por lo que estas reuniones sirvieron en gran medida para aumentar el afecto hacia sus padres adoptivos y valorar más su situación familiar (Fuertes & Pérez, 1996; Sachdev 1991, citado en Amorós; Fuertes & Pérez, 1996).

Esto nos lleva a analizar la satisfacción vital de las familias adoptantes. Son muchos los estudios que coinciden en el alto grado de satisfacción de los padres adoptivos y de los niños/as adoptados (Berry, Barth & Needell, 1996; Fernández, 2004; Loizaga, 2009, 2010; Molina, Fuentes & Berrocal, 2012; Montserrat, 2008; Muñoz, Rebollo & Molina, 2005; Sanchez-Sandoval, 2011). Aun teniendo en cuenta el alto grado de satisfacción con la adopción, estas mismas familias adoptivas muestran un 30% de insatisfacción hacia los trámites y el proceso administrativo de adoptar, sobre todo en los casos de adopción múltiple (Palacios 1996 citado en Fernández, 2004; Sánchez-Sandoval, 2011). El dato más

llamativo es que el 89% de los padres y madres adoptivos manifiesta que la información recibida sobre las características psicológicas del niño fue insuficiente. Aun así, muestran un 98% de satisfacción ante la rápida adaptación del niño a la familia adoptiva, 66% de satisfacción ante 14% de insatisfacción con el ajuste escolar y 85% de satisfacción con la adopción. Cabe señalar que un año después la mayoría de los problemas se habían solucionado (Castle et al., 2009; Loizaga 2009).

Tras analizar la bibliografía existente, se podría decir que se percibe una clara relación entre la satisfacción vital y la salud. Habitualmente las investigaciones se centran más en los propios niños, por lo que el objetivo de este estudio de carácter innovador se centra en analizar la perspectiva de los padres y madres adoptantes y no adoptantes. Se pretende realizar una comparación entre las familias adoptantes y no adoptantes respecto a la variable salud y su relación con la satisfacción vital. Con el fin de realizar la comparación respecto a salud como variable principal, se analizarán las diferencias existentes entre los dos grupos utilizando los métodos posibles de corrección del cuestionario GHQ-28.

MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio de comparación está compuesta por 693 padres y madres de adolescentes de entre 12 y 18 años. De este total, 134 participantes corresponden a la muestra de familias adoptantes y 559 sujetos corresponden al grupo control que representa la población normal. En lo referente al sexo de los

participantes, 455 son mujeres y 238 hombres, lo que corresponde al 65,7% y 34,3% de la muestra respectivamente. La edad mínima de la muestra es 35 la máxima 65 años. La media de edad de la muestra total es 47,95 con una desviación típica de 8,12.

Dentro de esta muestra total, el grupo de familias adoptantes está compuesto por 134 participantes. Las edades se comprenden entre los 35 y 65 años, con una media de 52.93 y una desviación típica de 5.79. En cuanto al sexo, el 74.1% de la muestra corresponde a padres adoptantes (100 hombres) y el 25.9% a madres adoptantes (34 mujeres).

Por otro lado, el grupo control está compuesto por 559 participantes, 138 son hombres y 421 mujeres. Las edades también se comprenden entre los 35 y 65 años. La media de edad del grupo control es 46.76 y una desviación típica de 8.14.

Además, es importante señalar que la muestra cuenta con una gran diversidad de procedencias. Las distintas Comunidades Autónomas a las que pertenecen los participantes son País Vasco, Islas Baleares, Islas Canarias, Catalunya, Galicia, Castilla y León, Madrid, Aragón, Andalucía, Navarra, Comunidad Valenciana, Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha y Extremadura.

Instrumentos

Cuestionario GHQ-28 (General Health Questionnaire) (Goldberg, 1979). Se trata de un autorreporte de salud general o cuestionario de salud autopercebida que se creó con el fin de valorar objetivamente los niveles de salud y que

estaba formado por 60 ítems. Posteriormente este cuestionario dio lugar a versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems que han sido validadas. En este caso la versión del cuestionario GHQ utilizada ha sido la que consta de 28 ítems para evaluar la salud general de la muestra y posteriormente analizar las relaciones con el apego (García, 1999; Retolaza, Mostajo, De la Rica, Díaz de Garramiola, Pérez de Loza, Aramberri & Markez Alonso, 1993). El uso de este instrumento es común en la salud pública y muestra niveles altos de fiabilidad test-retest y consistencia interna. (Gibbons, de Arévalo & Mónico, 2004).

Cuestionario Self-Anchoring Striving Scale (SASS) (Cantril, 1965), también llamado "Ladder Scale". Se trata de un autoinforme de un único ítem en forma de escalera con 10 peldaños en la que se valora la vida buena o mala que podría tener el sujeto desde su punto de vista subjetivo. A pesar de su brevedad se ha demostrado su validez y fiabilidad (Andrews y Withey, 1976; Cantril, 1965; Diener, 1994; Larsen, Diener y Emmons, 1985; citado en Galindez, 2007).

Escala de ítem único FHM (Fordyce Happiness Measure) (Fordyce, 1988). Esta escala se ha utilizado para evaluar la dimensión de felicidad global con respuestas numéricas que se comprenden entre 0 y 10 (Galindez, 2007).

Procedimiento

Con el fin de expandir la aplicación de los cuestionarios GHQ-28, FHM y SASS lo máximo posible, se decidió utilizar Internet como instrumento de divulgación.

En primer lugar, se contactó con todos los padres y madres posibles de adolescentes de entre 12 y 18 años y se pidió su colaboración. Además de esto, se repartió la dirección del cuestionario e información del estudio mediante folletos previamente elaborados. Añadir que se redactó un escrito informativo y consentimientos informados que se divulgaron a través de e-mail junto con la dirección del cuestionario y la información a una extensa lista de colegios. Con el fin de exponer el objetivo de la investigación, las instrucciones y tener un lugar público donde mostrar la información sobre el estudio, se creó un blog en el que se facilitaba la dirección de acceso al cuestionario.

Añadir a esto que las bases de datos de familias adoptantes llevaban recogiéndose años por el equipo de investigación con el que se ha colaborado y se pusieron a disposición del estudio. La muestra recogida a través de los métodos expuestos anteriores se añadió a las bases de datos de las que se disponía. Por último, señalar que en todo momento se respetó la confidencialidad de los datos, ya que los participantes se identificaron bajo un pseudónimo.

Análisis de datos

El análisis de datos se ha realizado mediante pruebas paramétricas del programa IBM SPSS Statistics (versión 21), ya que las dos muestras están compuestas por más de 30 participantes (Field, 2000).

Primero, se han llevado a cabo los análisis estadísticos descriptivos para analizar la muestra. Posteriormente, teniendo en

cuenta que el objetivo del estudio consiste en comparar la media entre dos grupos respecto a la variable salud, se ha utilizado el estadístico T de Student.

Del mismo modo, se pretende analizar la relación entre las variables satisfacción y salud. Para ello y con el fin de analizar las relaciones entre las dimensiones del cuestionario GHQ-28, se ha utilizado el índice de correlación de Pearson.

RESULTADOS

La primera forma de corrección del cuestionario GHQ-28 hace referencia a una escala tipo Likert en la que se asignan valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a, b, c, d). Tras realizar la comparación de las medias entre los dos grupos por medio de este método de corrección (Tabla 1) se observa que el grupo control ($M=47.86$, $DT=13.08$) puntúa significativamente más alto que las familias adoptantes ($M=43.59$, $DT=8.1$), siendo $t(61) = -3.37$, $p < 0.001$. Por lo que las familias adoptantes muestran menos síntomas de enfermedad que las familias no adoptantes.

Al profundizar analizando las diferencias encontradas mediante la corrección a través de la escala Likert en las dimensiones del test, se observa que la media obtenida por el grupo control es más alta en todos los casos que la de las familias adoptivas. Aun así los resultados son significativos en tres de las cuatro dimensiones. En este caso el grupo control ($M=12.13$, $DT=4$) puntúa significativamente más alto que el grupo adoptante ($M=10.66$, $DT=2.66$), siendo $t(66) = -3.89$, $p < 0.01$ en la dimensión "Síntomas Somáticos".

Junto con esto, el grupo control ($M=12.31$, $DT=4.71$) obtiene una media más alta que el grupo adoptante ($M=11.10$, $DT=3.65$), siendo $t(66) = -2.71$, $p < 0.01$ en la dimensión "Ansiedad e Insomnio". Finalmente, el grupo control ($M=9.19$, $DT=3.9$) puntúa significativamente más alto que el grupo adoptante ($M=7.79$, $DT=1.75$), siendo $t(68) = -3.94$, $p < 0.01$ en la dimensión "Depresión grave".

Respecto a la segunda forma de corrección del cuestionario GHQ-28, se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems y se utiliza para detectar problemas de nueva aparición. En este caso también se encuentran diferencias significativas (Tabla 2). En concordancia con el resultado anterior, las familias del grupo control ($M=3.98$, $DT=5.94$) muestran una puntuación más alta que las familias adoptantes ($M=1.63$, $DT=3.85$) en la puntuación total de nuevos síntomas de enfermedad, siendo $t(69) = -4.32$, $p = 0.00$.

Al analizar las diferencias entre las cuatro dimensiones del cuestionario GHQ-28 mediante este método de corrección, los resultados muestran que los padres y madres adoptantes refieren significativamente menos aparición de síntomas de enfermedad que las familias control. El grupo control ($M=1.17$, $DT=1.87$) puntúa significativamente más alto que el grupo adoptante ($M=0.45$, $DT=1.17$), siendo $t(69) = -4.23$, $p < 0.00$ en la dimensión "Síntomas Somáticos".

A su vez, el grupo control ($M=1.24$, $DT=2.03$) también puntúa significativamente más alto que el grupo adoptante ($M=0.63$, $DT=1.56$), siendo $t(69) = -3.22$, $p < 0.001$ en la dimensión "Ansiedad e Insomnio". Además las

familias no adoptantes han obtenido puntuaciones más altas en las escalas "Disfunción Social" y "Depresión Grave" ($M=1.02$, $DT=1.68$; $M=0.58$, $DT=1.48$) que las familias no adoptivas ($M=0.50$, $DT=1.12$; $M=0.13$, $DT=0.61$) siendo $t(69) = -3.36$ y $t(69) = -3.44$, $p < 0.001$ respectivamente.

El último método de corrección del cuestionario GHQ-28, hace referencia a la cronicidad de los síntomas y se lleva a cabo asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. Los resultados (Tabla 3) coinciden con los anteriores al mostrar que las familias no adoptantes ($M=14.95$, $DT=5.68$) puntúan más alto en la presencia de síntomas crónicos que las familias adoptantes ($M=13.45$, $DT=4.25$), siendo $t(61) = -2.64$, $p = 0.008$.

En cuanto al análisis de comparación entre las sub-escalas del cuestionario en base a la cronicidad de los síntomas, las puntuaciones coinciden con las anteriores, ya que el grupo control muestra puntuaciones significativamente más altas en todas las dimensiones, excepto en la dimensión "Ansiedad e Insomnio" que aunque el grupo control puntúa más alto, las diferencias no son significativas. Las familias no adoptantes han obtenido puntuaciones más altas en la escala "Síntomas Somáticos" ($M=3.75$, $DT=2.04$) que las familias no adoptivas ($M=3.07$, $DT=1.68$) siendo $t(69) = 2.72$ y $t(68) = -3.44$, $p < 0.001$ respectivamente. A su vez, las familias no adoptantes han obtenido puntuaciones más altas en las escalas "Disfunción Social" y "Depresión Grave" ($M=6.54$, $DT=1.48$; $M=1.45$, $DT=2.12$) que las familias no adoptivas ($M=6.14$, $DT=1.05$; $M=1.3$, $DT=1.75$) siendo $t(69) = 2.72$ y $t(70) = -4.14$, $p < 0.01$ respectivamente.

Por otro lado, se pretende comparar la media obtenida por los padres y madres adoptantes en los cuestionarios de satisfacción vital FHM y SASS con la media de satisfacción vital de la población normal expuesta por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2015). La media obtenida por los padres y madres adoptantes equivale a una puntuación de 7.56 con una desviación típica de 1.1 en el cuestionario FHM. Asimismo, la media obtenida por el grupo adoptante en el cuestionario SASS de satisfacción vital equivale a 7.65 con una desviación típica de 1.45. Por otro lado, el CIS en un estudio realizado con una muestra de 2468 personas reporta una media de satisfacción vital del 7.08 con una desviación típica de 1.86 para la población normal. Por lo que la media de las familias adoptantes es superior al grupo control utilizando ambos cuestionarios, al menos con relación al FHM.

Por último, se pretenden analizar las correlaciones intra-grupo de la muestra de familias adoptantes respecto a salud y satisfacción vital. Los estadísticos (Tabla 4) muestran una correlación positiva entre todas las dimensiones del cuestionario GHQ-28. En primer lugar, cabe destacar que se muestra una relación positiva entre la dimensión "Síntomas Somáticos" y el resto de dimensiones: "Ansiedad e Insomnio" $r = .56$, $p < .001$, "Disfunción Social" $r = .59$, $p < .001$ y "Depresión" $r = .54$, $p < .001$.

En segundo lugar, la escala "Ansiedad e Insomnio" se correlaciona positivamente con la escala "Disfunción Social" $r = .56$, $p < .001$ y "Depresión" $r = .38$, $p < .001$. Por último, también se observa una correlación positiva entre "Disfunción Social" y "Depresión" $r = .52$, $p < .001$.

En cuanto a los cuestionarios de satisfacción vital, ambos se correlacionan negativamente con todas las dimensiones del cuestionario GHQ-28. Por un lado el cuestionario SASS muestra una correlación negativa con la escala "Depresión" $r=-.31$, $p<.001$, "Ansiedad e Insomnio" $r=-.29$, $p<.001$, "Disfunción Social" $r=-.2$, $p<.05$ y "Síntomas Somáticos" $r=-.19$, $p<.05$.

Por otro lado el cuestionario FHM también muestra una correlación negativa con la escala "Depresión" $r=-.29$, $p<.001$, "Ansiedad e Insomnio" $r=-.34$, $p<.001$, "Disfunción Social" $r=-.28$, $p<.05$ y "Síntomas Somáticos" $r=-.18$, $p<.05$.

CONCLUSIONES

Tras llevar a cabo la comparación entre familias adoptantes y no adoptantes, se observa que las diferencias son significativas respecto a niveles de salud. Las familias adoptivas muestran mejores niveles salud teniendo en cuenta los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la disfunción social y la depresión. Estas diferencias significativas se mantienen al utilizar los tres métodos posibles de corrección del cuestionario de salud GHQ-28. Por lo que teniendo en cuenta tanto la cronicidad de los síntomas, la aparición de nuevos síntomas, como la puntuación total de síntomas, se concluye que la población normal refiere peores niveles de salud que las familias adoptantes.

A su vez, es importante recalcar que estos datos se infieren de la opinión de los padres y madres adoptantes y no adoptantes sobre su propia salud. Lo que aporta contribuciones de carácter innovador, ya que la información de la que se dispone acerca de los propios

padres y madres adoptantes es escasa.

Por otro lado, al comparar las medias obtenidas por las familias adoptantes en los cuestionarios de satisfacción FHM y SASS y la media obtenida por la población reportada por el boletín CIS (2015), se observa que las familias adoptantes refieren niveles más altos de felicidad. Estos datos coinciden con la bibliografía existente que defiende los altos niveles de satisfacción de las familias adoptantes (Berry, Barth & Needell, 1996; Fernández, 2004; Loizaga, 2009; Molina, Fuentes & Berrocal, 2012; Montserrat, 2008; Muñoz, Rebollo & Molina, 2005; Sanchez- Sandoval, 2011).

Teniendo en cuenta los altos grados de correlación intra-grupo obtenidos tanto entre las dimensiones del cuestionario de salud, como al compararlos con la satisfacción vital, se observa correlación positiva entre salud y satisfacción vital. Estos resultados corroboran estudios anteriores que defienden la alta relación y repercusión existente entre salud y satisfacción (Abarca, 2005; Frijters, Johnston y Shields, 2011; Lucas, 2007; Pagán-Rodríguez, 2010, 2011; Powdthavee, 2009; Sánchez, García, Valverde & Pérez, 2014; Strine, Chapman, Balluz, Moriarty y Mokdad, 2008).

Por lo que los resultados obtenidos muestran que desde el punto de vista de los propios padres y madres, los niveles de salud de las familias adoptantes son más altos, junto con los niveles de satisfacción vital, que a su vez, se correlacionan positivamente.

Tabla 1.

Escala Likert: GHQ-28
Likert scale: GHQ-28

	Familias adoptivas			Familias no adoptivas			T	P
	n	M	D _T	N	M	D _T		
Síntomas Somáticos	104	2.6	2.6	559	12.1	4.3	-3.89	.00
Ansiedad e Insomnio	1134	3.1	3.6	559	12.3	4.7	-2.71	.00
Disfunción Social	1434	1.1	1.8	559	14.2	2.9	-0.63	.53
Depresión	134	7.7	1.7	559	9.19	3.9	-3.94	.0
Total	1434	4.5	8.1	559	14.7	3.1	-3.37	.00

Tabla 2.

Síntomas nueva aparición: GHQ-28
Symptoms emerging: GHQ-28

	Familias adoptivas			Familias no adoptivas			t	P
	n	M	DT	n	M	D _T		
Síntomas Somáticos	134	1.4	1.1	559	1.5	1.8	-4.7	.0

Ansiedad e Insomnio	134	1.6	1.5	559	1.5	2.3	-0.22	.00
Disfunción Social	134	0.5	1.1	559	1.5	1.6	-0.36	.00
Depresión	134	0.1	0.6	559	0.5	1.4	-0.44	.00
Total	134	1.1	3.8	559	3.5	5.9	-4.98	.0

Tabla 3.

Cronicidad: GHQ-28
Chronicity: GHQ-28

	Familias adoptivas			Familias no adoptivas			t	P
	n	M	D _T	n	M	D _T		
Síntomas Somáticos	134	3.0	1.6	559	3.7	2.0	-3.44	.00
Ansiedad e Insomnio	134	3.3	2.1	559	3.9	2.3	-1.71	.13
Disfunción Social	134	6.1	1.0	559	6.9	1.4	-2.72	.00
Depresión	134	1.3	1.7	559	1.9	2.1	-1.4	.0
Total	134	3.4	4.2	559	4.9	5.6	-2.64	.00

Tabla 4.

Correlaciones intra-grupo Salud y Satisfacción Vital

Intra-group correlations health and life satisfaction

	Síntomas Somáticos	Ansiedad e Insomnio	Disfunción Social	Depresión
Ansiedad e Insomnio	0.56**			
Disfunción Social	0.59**	0.56**		
Depresión	0.54**	0.38**	0.52**	
FHM	-0.18*	-0.34**	-0.28*	-0.29**
SASS	-0.19*	-0.29**	-0.2*	-0.31**

Nota: *

p < .05

**

p < .01

REFERENCIAS

Abarca, A. B., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.

Amorós, P., Fuertes, J., & Pérez, P. (1996). La búsqueda de los orígenes de la adopción. *Anuario de Psicología*, 71, 107-119.

Berástegui, A. (2011). Adopción internacional: ¿Solidaridad con la infancia o reproducción asistida?. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27.

Berry, M., Barth, R. P., & Needell, B. (1996). Preparation, support, and satisfaction of adoptive families in agency and independent adoptions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 3(2), 157-183.

Castle, J., Groothues, C., Colvert, E., Hawkins, A., Kreppner, J., Sonuga-Barke, E., Beckett, C., Kumsta, R., Schlotz, W., Stevens, S., y Rutter, M. (2009). Parent's evaluation of adoption success: A follow-up study of intercountry and domestic adoptions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 522-531.

de Cúneo, L. L. A., Pella, M. E. B., Castiñeira, E., Márquez, A. F., Felbarg, D. D., & Muchenik, J. (2007). Relaciones fraternas en la adopción. *Arch Argent Pediatr*, 105(1), 74-76.

Fernández, M. (2004). Los estudios españoles sobre adopción y acogimiento familiar 1974-2004. *Boletín de Psicología*, 81, 7-31.

Freixa, B. M. & Negre, M. C. (2014). El proceso de comprensión del origen: de la revelación a la búsqueda. *Informacio Psicologica*, 98, 12-19.

Frijters, P., Johnston, D. W. & Shields, M. A. (2011). Life satisfaction dynamics with quarterly life event data. *The Scandinavian Journal of Economics*, 113, 190-211

Gibbons, P., de Arévalo, H. F., & Mónico, M. (2004). Assessment of the factor structure reliability of the 28 item version of the general Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 389-398.

Limiñana, A. R. (2009). Reflexiones acerca del proceso psico-social de valoración de idoneidad para la adopción de menores en la Comunidad Valenciana. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, 16, 101-110.

Loizaga, F. (2009). Adopción internacional: ¿cómo evolucionan los niños, las niñas y sus familias?: (indicadores psicológicos y de salud en infancia adoptiva). *Bilbao: Mensajero*

Loizaga, F. (2010). Adopción hoy: nuevos desafíos, nuevas estrategias. *Bilbao: Mensajero*

Loizaga, F. (2014). 15 ideas claves para entender la adopción en la actualidad. Reflexiones y sugerencias para el futuro de la adopción. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar* 48, 79- 93.

Lucas, R. E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 717-730.

Montserrat, B. C., (2008) Niños, niñas y adolescentes acogidos por sus familiares: ¿qué sabemos, qué conocemos?. Generalitat de Catalunya, Departament de Acció Social y Ciutadania.

Molina, M. F., Fuentes, M. J., & Berrocal, P. F. (2012). Predictores de la satisfacción parental en familias con hijos adolescentes adoptados. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(1), 49-56.

Muñoz, I. M. B., Rebollo, M. J. F., & Molina, M. F. (2005). Percepción del grado de conflicto en familias adoptivas y no adoptivas. *Psicothema*, 7(3), 370-374.

Organización Mundial de la Salud (2013). Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020.

Pagán-Rodríguez, R. (2010). Onset of disability and life satisfaction: evidence from the German Socio-Economic Panel. *European Journal of Health Economics*, 11, 471-485.

Pagán-Rodríguez, R. (2011). Longitudinal Analysis of the Domains of Satisfaction Before and After Disability: Evidence from the German Socio-Economic Panel. *Social Indicators Research*, 108(3), 365-385.

Palacios, J. (2009). La adopción como intervención y la intervención en adopción. *Papeles del psicólogo*, 30(1), 53-62.

Parera, M. (1996). Reflexiones sobre la selección de padres adoptivos. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 71, 121-128.

Powdthavee, N. (2009). What happens to people before and after disability? Focusing effects, lead effects, and adaptation in different areas of life. *Social Science and Medicine*, 69, 1834-1844.

- Román, M., & Palacios, J. (2011). Separación, pérdida y nuevas vinculaciones: el apego en la adopción. *Acción Psicológica*, 8(2), 99-111.
- Román, M., & Palacios, J. (2012). Apego, adopción y escolaridad. *Padres y Maestros. Publicación de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales*, 339, 5-8.
- Rosas, M., Gallardo, I., & Angulo, P. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología*, 9(1), Pág-145.
- Rosso, D., & Camacho del Río P. (2010). La búsqueda de orígenes en adopción: herramientas para avanzar en revelación. En Loizaga F. (coord.) (2009). *Adopción hoy. Nuevos desafíos, nuevas estrategias*. Bilbao: Mensajero, 333- 350.
- Sánchez Elena, M. J., García Montes, J. M., Valverde Romera, M., & Pérez Álvarez, M. (2014). Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos. *Clínica y Salud*, 25(2), 85-93.
- Sánchez-Sandoval, Y. (2011). Satisfacción con la adopción y con sus repercusiones en la vida familiar. *Psicothema*, 23(4), 630-635.
- Sánchez-Sandoval, Y., León, E., & Román, M. (2012). Adaptación familiar de niños y niñas adoptados internacionalmente. *Anales de psicología*, 28(2), 558-566
- Santamaría, D. F., Pacheco, A. M. R., & Agüero, A. C. V. (1993). Reflexiones en torno a la adopción. *Revista de ciencias sociales*, 57, 47-51.
- Silvero, M., Ochoa, B., García, E., & Sobrino, Á. (2004). El proceso de selección de candidatos para la adopción internacional en Navarra1. *Revista de Educación*, 334, 361-375.
- Singer, Brodzinsky y Ramsay, (1985). Mother-Infant attachment in adoptive families. *Child Development*. 56, 1543-1551.
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G. y Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and healthrelated quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 33, 40-50.

DESARROLLO DE LA ESCRITURA NARRATIVA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Sonia Betancourt Zambrano, Mónica Lorena López & Deissy Hernández Figueroa

Información de los autores: Sonia Betancourt Zambrano, Mg & Ph.D. Docente Universidad de Nariño. Correo electrónico: soniabetancourthz@udenar.edu.co.

Mónica Lorena López. Psicóloga.

Deissy Hernández Figueroa. Ps. & Mg. Especialista en Higiene y Salud Ocupacional. Correo electrónico: deissyfigueroa@hotmail.com

Referencia recomendada: Betancourt-Zambrano, S., López, M. L., & Hernández-Figueroa, D. (2016). Desarrollo de la escritura narrativa en niños hospitalizados. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 113-133

Resumen: El propósito de este estudio fue potenciar el desarrollo de la escritura narrativa en niños entre los 10 y 13 años de edad, que se encontraban hospitalizados. Se diseñó cuatro tareas basadas en la escritura de cuentos, con aumento de dificultad al ser presentadas al niño. Los niños afianzaron progresivamente conocimientos y habilidades en relación a la escritura narrativa en cada una de las categorías: coherencia, cohesión, ortografía - puntuación, estilo narrativo y revisión. Además, se tuvo en cuenta como dominio específico o de interés, las temáticas del cuento las cuales se privilegió "la hospitalización", por su condición en la que se encontraban. Se reconoció que los estudios de intervención en psicología educativa en contextos hospitalarios son viables y necesarios para contribuir con el

desarrollo integral del niño cuando se encuentra hospitalizado, y para abordar temáticas sobre problemáticas escasamente abordadas con los pacientes pediátricos.

Palabras Clave: Análisis de tareas, Escritura narrativa, Pacientes pediátricos, Pacientes hospitalarios.

Abstract: The purpose of this study was to enhance the development of narrative writing in children between 10 and 13 years of age who were hospitalized. Four tasks based on writing stories, with increasing difficulty to be presented to the child was designed. Children progressively strengthened knowledge and skills in relation to the narrative in each of the categories writing: coherence, cohesion, spelling - punctuation, style and narrative review. Also, I was taken into account as a specific domain or interest, thematic story which "hospitalization" is favored by their condition in which they were. It was recognized that intervention studies in educational psychology in hospital settings are feasible and necessary to contribute to the overall development of the child when you are hospitalized, and address topics about issues rarely addressed in pediatric patients.

Keywords: Task analysis, Narrative writing, Pediatric patients, Hospital patients.

Recibido: 18 de Febrero de 2016

Aprobado: 30 de Junio de 2016

INTRODUCCIÓN

El lenguaje escrito posibilita comunicar significados, movilizar la inteligencia, acceder a distintas fuentes de conocimiento, conocer, conocerse, representar el mundo en el que se vive y relacionarlo con el mundo interno e imaginario, lograr la consecución del metalenguaje, desarrollar capacidades intelectuales entre las que se destacan el análisis, el razonamiento lógico, la distinción entre datos e interpretación de los mismos, entre otros aspectos (Bottini & Velasco, 2009; Cassany, 1999; Medina, 2006).

Siendo así, el abordaje y análisis del proceso escritor se encuentra relacionado con aspectos como el desarrollo del pensamiento, consolidación de habilidades cognitivas y narrativas, manejo de conflictos y convivencia, dificultades del aprendizaje, dinámicas docentes, bajo rendimiento en el proceso escritor por parte de los estudiantes en las aulas y en las pruebas estándar, entre otros (Caicedo, Estrada & Guerrero, 1999; Camargo, Uribe, Caro & Castrillón, 2008; Gallardo, 2007; Medina, 2006; Montealegre & Forero, 2006; Orozco & Correa, 1997, 2003; Pérez, 2002; Salvador, 2000).

De esta forma para contribuir al estudio de la escritura y específicamente al desarrollo de la escritura narrativa, se presenta esta investigación que se llevó a cabo en los pacientes pediátricos que se encuentran por fuera del sistema educativo durante el tiempo de la hospitalización, a través de la aplicación de una serie de tareas para la escritura de cuentos, basadas en análisis de tareas y el método microgenético.

Con el convencimiento de que la apropiación del lenguaje escrito se consolida cuando el niño produce textos estructurados, literarios y significativos, se adaptaron las tareas a las características de la población hospitalizada y se hizo uso del método microgenético, ya que éste permite considerar cambios cognitivos en períodos cortos de tiempo. La mayor ventaja del método microgenético fue la posibilidad de identificar y promover cambios en un dominio específico, la escritura narrativa, para que a largo plazo muy posiblemente se reflejen en aspectos de dominio general, no sólo en la construcción de textos narrativos (novelas, cuentos, relatos) sino también en la escritura de textos descriptivos, argumentativos o explicativos.

Según Puche (2003) el cambio cognitivo se concreta en un nivel micro, y da cuenta de las transformaciones en los procesos de funcionamiento que ocurren en periodos corto de tiempo, y en donde dichos cambios se refieren a dominios específicos que luego se darán a conocer en habilidades de dominio general [Yan y Fisher (2002)].

El cambio cognitivo involucra un redescubrimiento de la microgénesis de los procesos de transición que se caracteriza por presentarse independientemente de la edad, los cuales son entendidos desde una perspectiva tradicional como el uso de diferentes patrones o estrategias que utilizan los niños de una misma edad para resolver un problema o desarrollar una tarea (Puche, 2003).

Cuando se habla de la escritura según Solé y Teberosky (2001), afirma que a un

contenido de índole procedimental, en cuyo caso el aprendizaje y dominio viene determinado por medio de un proceso constructivo a través del cual se dan a conocer competencias muy variadas a lo largo del aprendizaje y de la vida de los seres humanos. El papel del niño dentro de esta construcción no se limita a su participación en el cumplimiento de propuestas planificadas por otros, su actividad mental constructiva implica la autorregulación, interiorización y el debido uso autónomo de las estrategias que le permiten escribir, en una serie de situaciones para conseguir objetivos de carácter muy variado (aprender, comunicar, profundizar en determinados temas) que facilitan la apropiación del conocimiento.

Según Cassany (1999) el texto escrito tiene las siguientes propiedades:

Coherencia

La cual tiene principalmente un carácter pragmático y semántico y está caracterizada según Cassany (1999), por los siguientes aspectos: *Fuerza ilocutiva y perlocutiva* que hace alusión a la correlación entre el propósito del autor del texto, su contenido semántico y la situación comunicativa. *Construcción del significado* que se relaciona con la elección del contenido informativo según el contexto y el conocimiento general del interlocutor. *Estructura y progresión de la información* que trabaja la ordenación lógica de los datos según el interlocutor y el género. *Párrafos y apartados* que implica la organización del contenido en unidades compactas, jerárquicas y gráficas.

Cabe resaltar que en el texto escrito los párrafos cumplen principalmente dos tipos de funciones. Los párrafos son funcionales si conservan una estructura organizada y coherente entre sí; y son informativos si permiten sustentar el tema del texto escrito, a través de ideas principales que se amplía con ideas complementarias (Niño, 2007; Parra, 1996).

Cohesión

Niño (2007) afirma que la *cohesión*, otro de los principios del texto escrito, está determinada por las conexiones entre los distintos elementos del código escrito, ya sean palabras, oraciones o párrafos que conforman el texto en construcción, a partir de las reglas de la gramática (elementos referenciales, conectores, de elipsis, de sustitución, de repetición y signos de puntuación) para presentar un texto lógicamente organizado. De forma que la cohesión orienta la articulación de las palabras y oraciones en los párrafos y de unos párrafos con otros en el texto.

Adecuación

Según Cassany (1999) la adecuación hace referencia a un concepto pragmático que indica el grado de adaptación del escrito a su situación comunicativa (interlocutor, género, propósito). Dentro de la adecuación se pueden encontrar según el autor: el dialecto que es el uso sostenido y congruente de la variedad dialectal apropiada a la situación comunicativa, el registro como uso sostenido del contenido apropiado al contexto y al género discursivo escrito y la inscripción del enunciador que es la selección de las formas nominales y gramaticales

Secuencia

Según indica Camps (1994), la secuencia en un texto escrito refleja comprensión y uso de los mecanismos que posibilitan la expresión de temporalidad, por otro lado la secuencia determina si se ha reflexionado sobre los mecanismos de la lengua en lo que refiere a los aspectos morfosintácticos y textuales que permiten regular las creaciones lingüísticas.

Manejo ortográfico

Para Morales y Tovar (2001) la ortografía es un sistema de grafemas, conocidos frecuentemente como letras, las cuales presentan variedad de formas y estilos; la ortografía se refiere a las reglas ortográficas y de puntuación, mediante las cuales las letras pueden combinarse y representar sistemas fonéticos, *morfémicos*, *morfofonémicos*, sintácticos y pragmáticos del lenguaje.

Siguiendo a Morales y Tovar (2001) y de acuerdo a los planteamientos de Ferreiro (1991) tenidos en cuenta por los autores mencionados, la ortografía implica un problema cognoscitivo complejo, que requiere el manejo y comprensión de un conjunto de normas o reglas que guían su funcionamiento. El niño por su parte, antes de reconocer el uso apropiado de la ortografía se guiará en sus escritos según las hipótesis que formule sobre la utilización que hace de las normas ortográficas, encontrando una serie de explicaciones sobre cómo escribir tal como él lo hace, es decir, con errores.

Al respecto, Ferreiro (1991) afirma que los errores son constructivos ya que no impiden acceder a la respuesta correcta, permiten llegar a ella, son avances hacia

al conocimiento final. Los errores ortográficos de los niños no son causa entonces de una incapacidad, sino de una interpretación inteligente del sistema de escritura que los niños construyen hasta cierto momento.

Construcción del texto narrativo

En cuanto a la construcción del texto narrativo Kaufman y Rodríguez (2001) plantean que la narración literaria puede constituirse a partir de los siguientes pasos:

1. Desarrollar un esquema de relato teniendo en cuenta las diversas y principales secuencias narrativas, tales como la situación inicial en donde se ubican los actores en un tiempo y espacio determinados, un nudo en el que se presenta una complicación o un conflicto a partir de las acciones y reacciones que muestran los actores, finalmente un desenlace que es cuando se le da solución al conflicto.
2. Dar orden a la trama narrativa teniendo en cuenta la sucesión de las acciones y fortaleciendo la causalidad de los diversos núcleos narrativos a través de la utilización coherente de los tiempos verbales y la selección de conectores temporales como causales adecuados. En otras palabras, la trama narrativa se fundamenta en un encadenamiento causal, no sólo cronológico.
3. Valorar dos métodos discursivos relacionados con la descripción, la *aspectualización* y *tematización*, como pilares de la calidad literaria de los cuentos. La *aspectualización* se considera como la operación descriptiva por medio de la cual se presentan las

diversas características del objeto que se va a describir. Esta estrategia es el núcleo de la descripción ya que por medio de esta se especifican y caracterizan aspectos del sujeto u objeto. Por otra parte la tematización constituye la base de la expansión descriptiva, cualquier aspecto puede ser tematizado, o sea que puede devenir en un tema nuevo, un subtema o en una clase de objetos nuevos.

Según Fons (1999), dentro de los diferentes tipos de relatos o narraciones, a los pequeños les agradan y entusiasman de manera especial los cuentos ya que son breves, presentan un principio y un final y a través de su imaginación como creatividad el niño puede entrar en universos fantásticos. Los cuentos inician con una situación estable y a medida que se desarrolla la trama aparece una cadena de conflictos o problemas, luego surge una serie de acciones para lograr solucionarlos y así llegar a un final.

Domínguez y Barrio (1997) por su parte, afirman que el cuento facilita que el niño cree una relación entre su experiencia inmediata y el mundo imaginario. A través del lenguaje, el niño conoce un mundo construido por palabras y comprende que éstas permiten la creación de mundos alternos. Díaz (2009) sostiene que los niños que tienen la oportunidad de crecer con cuentos fomentan su competencia comunicativa y desarrollan habilidades del lenguaje como hablar, escribir y escuchar; a la vez logran sostener vínculos afectivos, estimular su imaginación y creatividad, desarrollar su habilidad de concentración y generar el hábito de lectura.

Continuando con Domínguez y Barrio (1997), desde el punto de vista de la psicología cognitiva, ya en edades tempranas los niños pueden organizar el recuerdo y la reproducción de las narraciones teniendo en cuenta la estructura narrativa básica, situación que depende de su experiencia con los relatos. La importancia del desarrollo de los elementos narrativos radica en que éstos posibilitan una actitud activa, predictiva, inteligente que permite la comprensión del texto narrativo y la escritura estructurada del mismo.

Dentro del contexto hospitalario, una problemática sobresaliente que se suma a las generadas por la situación de enfermedad y hospitalización del niño – tanto para él, la familia y la sociedad – es la pérdida de clases. De acuerdo a los planteamientos de Baysinger, Heiney, Creed y Ettinger (1993) tanto la familia como la escuela constituyen el ambiente natural donde el menor se desempeña. La familia se consolida como un soporte social y emocional de vital trascendencia en el desarrollo del niño, y la escolarización es un mediador primordial de formación y socialización. Ante la enfermedad, el niño se separa del medio cotidiano y particularmente sobre la escuela cabe señalar que el menor se desvincula de manera temporal y en ocasiones permanentemente del sistema educativo.

La interrupción escolar por el ingreso al hospital, según Baysinger et al. (1993), produce alteraciones en el ritmo de aprendizaje, lo que supone un sinnúmero de repercusiones a corto y largo plazo, que posiblemente se agraven en algunos de los casos dependiendo de las secuelas de la enfermedad que el niño

padezca, el tipo de tratamiento que recibe y los efectos secundarios que éste pudiera producir sobre las habilidades de aprendizaje por lo que ante la desvinculación de la escuela por parte del niño en situación de enfermedad, países como España, México, Argentina, Chile y Costa Rica, por mencionar algunos, cuentan con aulas hospitalarias para garantizar la continuidad de la escolaridad del paciente pediátrico (Riquelme, 2008).

Mejía y Gonzáles (2006) sostienen que el funcionamiento de las aulas hospitalarias está encaminado a proporcionar al niño un ambiente de normalización, en este sentido la actividad escolar del niño debe ser prioritaria, dado que permite crear condiciones bajo las cuales el menor siente lo menos posible las repercusiones de la enfermedad, el ingreso al hospital y la estancia lejos del ambiente familiar como social. Al respecto Serradas, Ortiz, y De Manueles (2002) mencionan que la mayoría de los profesionales en el campo de la salud y la educación reconocen la relevancia que para el niño tiene la continuidad del ritmo escolar, así como sus efectos sobre una evolución más rápida de la enfermedad y sobre el ajuste psicológico.

Las clases que se brindan en ámbitos hospitalarios fundamentadas en programas y métodos académicos especiales, permiten al niño aunque sea de manera parcial, dar continuidad a sus estudios y suponen mayor motivación como adaptación ante la situación de enfermedad y hospitalización. Cabe resaltar que las estrategias psicopedagógicas en el hospital posibilitan generar conductas de creatividad y producción con las que el

niño tiene la oportunidad de mantener sensaciones de esperanza, identidad y utilidad (Gujarro & Torres, 1990).

Considerando los planteamientos de Serradas et al. (2002), la creación y ejecución de actividades psicopedagógicas son compatibles con el estado y situación que presentan los niños hospitalizados, ya que la atención que se les brinda ha demostrado no sólo paliar las consecuencias provocadas por la enfermedad y la hospitalización sino, y lo que puede resultar más importante, prevenir las que pudieran aparecer (Serradas et al., 2002).

MÉTODO

El estudio se desarrolló desde el enfoque cualitativo, considerando tanto los procesos como los resultados. Desde este enfoque el problema de estudio se aborda en el ambiente natural donde ocurre y la labor del investigador se constituye como el instrumento clave en la investigación (Valencia, 2007), de ahí que ésta se realizara en el contexto hospitalario donde por situación de enfermedad o secuelas de accidentes se encontraban los niños, a quienes se aplicó las tareas en función del desarrollo de la escritura narrativa, siendo el grupo investigador quien llevó a cabo la intervención para generar procesos que permitieran a los niños construir su propio aprendizaje en torno a la escritura narrativa.

También cabe señalar que las metodologías de corte cualitativo, según Torres (1998), están encaminadas a describir e interpretar ciertos contextos y situaciones de la realidad social, para llegar a comprender la lógica de sus

relaciones. En concordancia, en el estudio se consideró a nivel general aspectos motivacionales/emocionales, cognitivos y conductuales que presentaron los niños durante el proceso llevado a cabo con la serie de aplicaciones de las tareas para potenciar el desarrollo de la escritura narrativa.

Por otra parte, en cuanto al enfoque cualitativo es importante mencionar que éste no rechaza las cifras, sino que no les confiere el primer lugar en su método de análisis (Deslauriers, 2004). Por lo que en este caso, se tuvo en cuenta datos cuantitativos para el desarrollo del estudio.

En la presente investigación se realizó un diseño de investigación. Torres (1998) afirma que los diseños en la investigación cualitativa se caracterizan por la propuesta de una serie de pasos, que permiten en el proceso tomar decisiones en momentos claves de la investigación, de manera que las ideas generales sobre las diversas fases del proceso se van especificando en el momento oportuno. En concordancia en este estudio se creó un diseño circular, en el que las fases se retroalimentaban continua y recíprocamente, lográndose acomodar a las cualidades y particularidades del desempeño que presentaban los niños en la realización de las tareas (escritura de cuentos para potenciar el desarrollo de la narrativa), permitiendo sistematización, flexibilidad y a la vez rigurosidad en la obtención e interpretación de los datos.

Cabe rescatar que el diseño presentado, es un diseño propio, producto del proceso investigativo que se llevó a cabo

y que estuvo proyectado para cumplir con los objetivos del estudio. Antes de describir cada una de las fases que constituyeron el diseño, se pone en consideración el siguiente gráfico (figura 1), el cual ejemplifica el proceso investigativo y la interrelación entre las fases del mismo.



Figura 1. Fases del diseño de la investigación.

1. Fase: Observación y sensibilización

Por medio de la cual se identificaron cuáles eran las condiciones pertinentes para el proceso investigativo. Respecto a los participantes, se encontró que los niños de los servicios de Hospitalización cirugía y Niños mayores cumplían con criterios favorables para el desarrollo del estudio, como hospitalización prolongada (mínimo una semana), edad (10 – 13 años) y tipo de tratamiento (que no implicaba inmovilidad, sedación, entre otros efectos).

2. Fase: Análisis de tareas

Esta fase dio lugar al diseño y construcción de tareas basadas en la

escritura de cuentos para promover el desarrollo de la escritura narrativa. Se tomó en cuenta para su elaboración los formatos propuestos por Otálora (2006) y Orozco (2000) utilizados para la realización de tareas de carácter matemático en contextos educativos.

Cabe mencionar que las tareas permitieron a través de una serie de pasos plantear un ejercicio (en este caso la escritura de cuentos), con un propósito determinado (potenciar el desarrollo de la escritura narrativa), considerar el desempeño real del niño en la ejecución de la tarea y el desempeño ideal que se esperaba alcance fundamentado en los planteamientos teóricos (en este caso, la solución experta estuvo determinada por la guía de evaluación del texto narrativo, la cual se construyó a partir de los referentes teóricos de la investigación).

Son cuatro tipos de tareas las que se construyeron, se describen de manera básica a continuación:

Tarea I: Un miembro del grupo investigador lee un cuento al niño y él debe escribirlo.

Tarea II: Se hace conocer al niño la parte inicial del cuento y él debe completarlo proponiendo la parte faltante.

Tarea III: Consiste en presentar al menor una serie de láminas de manera aleatoria (que representan una historia en un orden secuencial) y a partir de la observación, así como organización que el niño de a las figuras, él debe crear un cuento.

Tarea IV: Se basa en que el niño partiendo de un tema de su interés construya un cuento.

Guía de evaluación y estrategias de intervención

El análisis de tareas plantea en su estructura un nivel de análisis objetivo y otro subjetivo (Orozco, 2000), este último comprende la comparación del desempeño real con el ideal, el cual en la investigación estuvo definido por una guía de evaluación del texto narrativo. Se consideró la construcción de esta guía por tres razones. Primero, porque las cuatro tareas propuestas tenían el propósito de potenciar progresivamente el desarrollo de la escritura narrativa, de forma que la solución experta estaba determinada por los mismos principios de eficiencia. Segundo, los ítems de la guía permitían establecer específicamente los procesos en los que los niños presentan dificultades o progresos. De manera que se contaba con un instrumento funcional que sintetizaba claramente los planteamientos teóricos sobre el desempeño ideal, para ser comparado de manera continua con el desempeño real de los niños, permitiendo orientar la intervención en cada caso. Tercero, teniendo en cuenta que el análisis de tareas y el método microgenético al ser abordados en una investigación, permiten el estudio tanto cualitativo como cuantitativo del desempeño de los participantes; la guía permitía la obtención de datos cuantitativos relevantes (puntuaciones) para el análisis posterior sobre el desempeño de cada uno de los niños.

Por otra parte, es importante mencionar que el avance del desempeño real a la

solución experta, requiere de un proceso interventivo. En este caso, se consideró importante elaborar una cartilla, como instrumento que recopilara las estrategias de intervención para el fomento de la escritura narrativa.

3. Fase: Aplicación de las tareas

Para el desarrollo de las tareas, a través de una serie de consignas y procedimientos que se especifican en cada una de ellas, se le hizo conocer al participante las actividades que debía llevar a cabo.

Importante resaltar que el número de aplicaciones dependió de la ejecución del niño en cada una de las cuatro tareas. Al comparar su desempeño real con el ideal, es decir con la guía de evaluación del texto narrativo, se tuvo que realizar más de una aplicación de cada tarea para lograr el desempeño deseado. Frente a esta situación, a fin de no disminuir la motivación y producción del niño, cada aplicación de cada tarea se realizó con un cuento diferente y en el caso de la tarea III con un juego de láminas distinto. Las aplicaciones de una misma tarea (p.e. la tarea I) requirieron entonces, la utilización de diversos cuentos, pero éstos fueron de igual complejidad, extensión y comprensión que las del primer intento o aplicación.

Por otra parte, durante esta fase se aplicó una entrevista semiestructurada para cada caso, con el fin de conocer datos relevantes para la descripción de los casos. Igualmente, se realizaron anotaciones sobre aspectos emocionales/motivacionales, cognitivos y conductuales.

4. Fase: Método microgenético

La cuarta fase daba lugar al método microgenético, pero en realidad éste se presentó de manera continua y reciproca con las dos fases anteriores (Análisis de tareas y Aplicación de las tareas), siendo un proceso circular. Este aspecto se explicará más adelante.

5. Fase: Análisis de las producciones de los niños

El análisis se llevó a cabo a partir de los datos obtenidos con la serie de aplicaciones de las cuatro tareas (desempeño en las ejecuciones por parte de los niños y puntuaciones conseguidas a partir de la guía de evaluación del texto narrativo). Por otra parte, la descripción de los resultados se enriqueció con datos que aportaron la entrevista semiestructurada y la observación participante.

Interrelación entre las fases 2, 3 y 4

Como se mencionó anteriormente las fases de análisis de tareas, aplicación de las tareas y método microgenético se retroalimentaban continuamente. Este aspecto tuvo como fin guiar el proceso en el que se potenció el desarrollo de la escritura narrativa acorde a las demandas y capacidades que mostraba cada niño.

De manera que las tareas se diseñaron y construyeron previamente (tareas I, II, III, IV) para su aplicación y de acuerdo al desempeño de los niños (dificultades y avances identificados con la guía de evaluación del texto narrativo) que se evidenciaba en la fase de aplicación, se retomaban tareas diseñadas de igual o

mayor complejidad hasta que ellos alcanzaran un nivel ideal en la ejecución con cada una de las tareas. El desempeño real de los niños y sus progresos hacia un desempeño ideal se reconocían y lograban a través del Método microgenético. De forma que se diseñaron las tareas, se aplicaron, se reconoció el desempeño real de los participantes y se intervino con una serie de estrategias para potenciar el desarrollo de la escritura narrativa a través de procesos de corrección, reflexión y aprendizaje. Posteriormente se volvían a aplicar las tareas previamente diseñadas (de igual o mayor complejidad) según los logros alcanzados por los niños, hasta obtener un nivel ideal en la ejecución de las cuatro tareas.

La interrelación entre las fases 2, 3 y 4 se representa a continuación, en la figura 2.



Unidad de trabajo

Constituida por diez niños (cinco niños y cinco niñas) que se encontraban en los servicios de Hospitalización en las salas de cirugía y Niños mayores del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto (Colombia). Con una hospitalización prolongada de mínimo una semana, la edad estaban

entre 10 – 13 años y con un tipo de tratamiento que no implicaba inmovilidad, sedación, entre otros efectos que impidieran la realización de las tareas.

Instrumentos y técnicas

Observación participante

Según Rodríguez y Gil (1999) la observación participante es un método interactivo de recogida de información que demanda la implicación del observador en los acontecimientos o fenómenos que está estudiando. Siendo así, en este estudio el grupo investigador participó a través de estrategias de interacción e intervención en el desarrollo de las tareas por parte de los niños, promoviendo la solución ideal de éstas por medio de materiales, consignas y procedimientos que se especificaban

en cada uno de los formatos de las tareas. También, se tuvo en cuenta las reacciones emocionales, pensamientos, verbalizaciones y comportamientos de los niños durante la ejecución de las tareas.

Entrevista semiestructurada

Este instrumento resultó útil para identificar aspectos relevantes en el proceso investigativo, como datos personales de los niños, tipo de diagnóstico y tratamiento, duración de la hospitalización, entre otros. Para la obtención de los datos se realizó un formato guía en el que se plantearon preguntas abiertas y cerradas (Peñarrieta, 2005).

RESULTADOS

Características de las tareas que promueven el desarrollo de la escritura narrativa

En resumen, las tareas creadas para potenciar el desarrollo de la escritura narrativa, se caracterizaron por:

1. Estar basadas en la escritura de cuentos. Se eligió trabajar con narraciones porque éstas resultaban agradables e interesantes para los niños.
2. Ser estructuradas. Permitieron realizar los análisis subjetivo y objetivo, paso a paso.
3. Ser sistemáticas. La serie de aplicaciones de las tareas se llevaron a cabo de manera continua e individualizada acorde a las dificultades y progresos de cada caso.
4. Ser de complejidad progresiva. Las tareas se diseñaron siguiendo un nivel gradual de complicación, caracterizado por la presencia de menos información o de referentes

(lectura del cuento, juego de láminas) en el transcurso de una tarea a otra.

5. Ser funcionales. Considerando que la población para la cual se diseñaron las tareas era fluctuante, resultó de suma importancia sintetizar los criterios del desempeño ideal a través de una guía de evaluación del texto narrativo para considerar de manera continua los cambios en el dominio de interés. La guía estuvo conformada por 36 ítems, distribuidos en cinco categorías, a saber, coherencia, cohesión, ortografía - puntuación, estilo narrativo, y revisión. La guía permitió valorar el desempeño real del niño en comparación con las pautas ideales, en términos de insuficiente, aceptable, sobresaliente y excelente, acorde a las puntuaciones que lograba el menor en cada una de las categorías de la escritura narrativa.

Por otra parte, la creación de la cartilla para la escritura narrativa, permitió llevar a cabo estrategias de intervención acorde a las demandas de cada caso.

Descripción de los cambios en la escritura narrativa a través de la aplicación de las tareas

A manera de resumen, se puede mencionar que para la descripción de los cambios en cada uno de los casos, se identificó en primer lugar las puntuaciones obtenidas con la guía de evaluación del texto narrativo, éstas permitieron determinar la movilidad en el

dominio de interés representada por la tendencia ascendente en los puntajes para las categorías de la escritura narrativa. La tabla de puntuaciones además, permitió identificar el número

de aplicaciones llevadas a cabo para cada tarea (I, II, III, IV).

El formato de la tabla de puntuaciones utilizado fue el siguiente:

Categorías para la escritura narrativa	Tarea I			Tarea II			Tarea III			Tarea IV			
	Aplicaciones			Aplicaciones			Aplicaciones			Aplicaciones			
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	
Coherencia													Puntajes
Cohesión													
Ortografía y puntuación													
Estilo narrativo													
Revisión													

En segundo lugar, se describió el desempeño por categorías (coherencia, cohesión, ortografía - puntuación, estilo narrativo y revisión) de cada uno de los niños, señalando el nivel con el que inició (p.e. insuficiente, aceptable), el desempeño alcanzado con la serie de aplicaciones de las cuatro tareas (p.e. sobresaliente, excelente), y las dificultades.

Logros alcanzados en las tareas

En cuanto al desarrollo de cada una de las cuatro tareas, es importante mencionar que a nivel general se logró potenciar el desarrollo de la escritura narrativa, ya que los niños afianzaron constantemente sus conocimientos y habilidades sobre coherencia, cohesión, ortografía - puntuación, estilo narrativo y revisión, a partir del proceso de intervención.

En la tarea I, a nivel global los niños lograron escribir un cuento (o los cuentos según el número de aplicaciones para cada caso) de manera estructurada a partir de la lectura previa del mismo, siguiendo la lógica textual de inicio, nudo y desenlace.

En la tarea II, los niños lograron complementar el cuento (o los cuentos según el número de aplicaciones para cada caso) al tener como referencia la parte inicial del mismo. Como hecho destacable, ningún niño coincidió al presentar su versión del desenlace del cuento, con la versión original. Las versiones de cada niño a su vez, fueron diferentes entre sí, cada niño recreó el cuento de forma particular, de acuerdo a sus experiencias, conocimientos, intereses, entre otros aspectos.

Para la tarea III, los niños organizaron las láminas y les dieron una secuencia lógica a fin de construir una historia sobre ellas. De manera que los niños lograron el

encadenamiento causal de los sucesos, cumpliendo con el objetivo de escribir un cuento estructurado. Característico de esta tarea, el énfasis en la enseñanza o moraleja de los cuentos que construyeron los niños.

En la tarea IV, los niños lograron escribir un cuento sin referente alguno (lectura de cuentos, láminas). Experiencias personales, familiares, escolares y de salud se vieron reflejadas en las narraciones. Los cuentos se caracterizaron por representar temas imaginarios, reales y en algunos casos la realidad se unió con la ficción. Al final de los textos narrativos, la consiga fue la misma a nivel general, los personajes vencían las dificultades, alcanzaban sus metas, cumplían sus sueños, eran felices por siempre.

Logros alcanzados por categorías

Coherencia

Las narraciones de los niños se distinguieron por presentar de manera progresiva, un esquema lógico basado en la selección y utilización de información relevante para la comprensión del cuento. La organización del texto narrativo gradualmente se estructuró en párrafos, los cuales presentaban ideas principales y complementarias que exponían una secuencia completa de las acciones que formaban la trama, siguiendo el número (singular/plural), el género (femenino/masculino) y los tiempos verbales correspondientes. De manera que en las narraciones se podía distinguir claramente las partes del texto (inicio, nudo, desenlace).

Cohesión

En los textos narrativos, a lo largo de las aplicaciones, los niños relacionaron unidades textuales como palabras, frases y párrafos utilizando mecanismos cohesivos de referencia personal y demostrativa, de sustitución, de elipsis, y de repetición, así como con conectores.

Manejo ortográfico y de puntuación

Los niños lograron gradualmente en sus cuentos, escribir las palabras con la ortografía correcta, hacer uso adecuado de las mayúsculas y acentuar debidamente. También escribir sin omitir letras o palabras y utilizar normas como signos de puntuación: punto seguido, punto y aparte, dos puntos, coma, raya, signos de interrogación y signos de exclamación.

Estilo narrativo

En la escritura de los textos narrativos, los niños paulatinamente iniciaron y terminaron las acciones con frases introductorias y de finalización, incluyeron y caracterizaron a los personajes tanto primarios como secundarios al realizar descripciones sobre su aspecto físico, cualidades, personalidad o rol que cumplían en la trama. Así también progresivamente, las acciones y la interacción entre los personajes se enriquecieron con la utilización del diálogo como una herramienta narrativa y con la recreación de los ambientes o escenarios. Los textos narrativos de no más de dos páginas, contaban por medio del narrador historias reales o fantásticas.

Revisión

A través de las estrategias de intervención, los niños identificaron y corrigieron desajustes en sus narraciones, al leer sus textos narrativos después de escribirlos, y al reflexionar sobre sus errores y utilizar material de referencia (p.e. la cartilla para la escritura narrativa) así como de consulta (p.e. diccionario). Cabe destacar que manejar pautas de revisión, es de suma importancia para lograr un alto nivel de desempeño en las tareas, ya que como afirma Camps (1994), examinar el texto escrito permite realizar modificaciones y presentarlo de manera elaborada.

Características generales que subyacen al proceso para potenciar el desarrollo de la escritura narrativa

Dimensión motivacional, cognitivo – conductual

A nivel motivacional, se evidenció interés y dedicación en la realización de las tareas, al final del proceso los niños coincidieron en haber disfrutado hacer los cuentos. La motivación en el desarrollo de las tareas, también se vio reflejada en el deseo y aceptación de los niños de escribir los textos narrativos. Uno de los posibles factores que explican esta situación, es la oportunidad que los pacientes pediátricos tuvieron de realizar una actividad diferente a las que comúnmente hacían en el hospital, como ver televisión en el pasillo, permanecer recostados en la cama, entre otras. Igualmente, la interacción con el grupo investigador posiblemente significó una fuente importante de reforzadores positivos de socialización y formación. Unido a esto, la dinámica del

proceso llevado a cabo, pudo permitir mantener la motivación de los niños, al enfrentarse a tareas que exigían demandas cada vez mayores y ponían a prueba sus capacidades de imaginación, creatividad y construcción.

A nivel cognitivo, el proceso para potenciar el desarrollo de la escritura narrativa involucró dos tipos de actividades cognitivas.

En primer lugar las tareas exigieron poner a prueba procesos cognitivos básicos y superiores. El proceso atencional por ejemplo, jugó un papel importante cuando los niños escucharon el cuento completo en la tarea I o la parte inicial de la narración en la tarea II, cuando debían observar cuidadosamente el juego de láminas en la tarea III, o al ejecutar indicaciones que se les daban según los procedimientos manifiestos en las tareas. Respecto a la memoria, se podría decir que ésta estuvo presente, cuando los niños recordaron, transcribieron y organizaron los cuentos de las tareas I y II, haciendo uso del conocimiento previo. La transcripción requiere identificar y reconocer grafemas, así como acceder al almacén léxico y de reglas gramaticales; la organización por su parte, implica el manejo previo de la estructura narrativa (inicio, nudo, desenlace). El lenguaje evidentemente hizo parte de las demandas cognitivas, para el desarrollo de las tareas se identificó elementos lingüísticos como: léxico, semántica y gramática. El pensamiento por otra parte, estuvo representado en la selección de temas, al encadenar los sucesos de la trama, al plantear conflictos y mediante la resolución de problemas darles un desenlace, al dotar

de cualidades y funciones a los personajes, entre otros ejemplos.

En segundo lugar, la actividad cognitiva abarcó las creencias de los niños en relación a sus producciones y el proceso de intervención. En otras palabras, la actividad cognitiva involucró la autorregulación y el refuerzo de pensamientos positivos sobre la estancia en el hospital.

A nivel conductual, el proceso marcó dos tipos de actividades del comportamiento. Por una parte, las respuestas motrices estuvieron presentes en el uso de los materiales, también en la posición asumida para escribir y la organización de los implementos (cartilla, hojas en blanco, diccionario). Por otra parte, se identificaron conductas de participación activa para la mayoría de los casos, manifestadas en la realización de preguntas y la solicitud de explicaciones. Y conductas adaptativas, evidenciadas por la receptividad, productividad y comunicación por parte de los niños al realizar las tareas.

DISCUSIÓN

Potenciar el desarrollo de la escritura narrativa con niños hospitalizados fue el propósito general del estudio. La idea es promover o reforzar el desarrollo de la escritura narrativa, considerando que los niños que conforman la unidad de trabajo presentan edades entre los diez y trece años, de manera que según su estadio evolutivo, ya manejan la estructura básica del texto narrativo (Domínguez & Barrio, 1997). Respecto a la escritura, para Fons (1999), los niños de estas edades reconocen la correspondencia entre los fonemas y las

grafías que los representan, de forma que han alcanzado un análisis alfabético sobre cómo escribir. En cuanto a la narrativa, los niños son capaces de escribir cuentos dotados de características esenciales, en éstos generalmente incluyen personajes, acciones y escenarios (Leal et al., 2005).

Los niños entonces, tienen la noción de cómo escribir una narración, pero de forma continua pueden afianzar conocimientos, habilidades y estrategias para lograr una producción bien elaborada del texto narrativo, si se les brinda herramientas o recursos que promuevan la construcción del aprendizaje.

Las producciones de los niños demuestran la situación previamente descrita. En la realización de las narraciones, para las primeras aplicaciones de la tarea I, los niños logran escribir el cuento a partir de la lectura previa del mismo – aunque la mayoría en forma de resumen – evidenciando desde el inicio del proceso que manejan el código escrito (es decir, pueden escribir), así como pautas esenciales del texto narrativo (ya que incluyen actores y acciones); pero que la escritura narrativa carece de aspectos fundamentales, que bien deben afianzarse.

Inicialmente los textos narrativos evidencian desajustes a nivel de coherencia, cohesión, ortografía - puntuación, y revisión. El estilo narrativo se caracteriza por una escasa inclusión, descripción y recreación de los personajes, espacios y elementos estéticos, como diálogos, palabras introductorias y de finalización, entre

otros. Con la serie de aplicaciones de las tareas y por tanto con el uso de estrategias de intervención, se promueven estos aspectos (coherencia, cohesión, ortografía - puntuación, estilo narrativo, así como la revisión) durante la hospitalización de los niños, quienes en sus producciones finales alcanzan un desempeño superior en la escritura narrativa.

En cuanto a las tareas que se han creado y aplicado a nivel nacional, es importante mencionar que éstas son de carácter matemático y para ámbitos educativos. Siendo así, se puede decir, que las tareas diseñadas en la investigación constituyen un aporte a las disciplinas de la psicología y la pedagogía, en la medida que permiten considerar elementos del área del lenguaje, en este caso propios de la escritura narrativa e intervenir para el desarrollo o fomento de éstos. Asimismo, permiten generar conocimiento sobre los aspectos particulares que enmarca la construcción e implementación de las tareas sobre la escritura narrativa, con niños en situación de enfermedad y hospitalización.

Las tareas diseñadas para aplicarlas en el contexto hospitalario, donde la población se caracteriza por ser fluctuante, son de estructura concisa y de complejidad progresiva, que posibilitan lograr cambios a corto y largo plazo.

Al respecto cabe destacar que una sola aplicación puede generar cambios, relacionados con períodos de desequilibrio como diría Piaget (citado por Ellis, 2005) o más bien, con períodos de transición como diría Puche (2003) ya

que independientemente de la edad, un solo desajuste gramatical en la escritura de un cuento, lleva al niño a reflexionar sobre cual pudo ser el error cometido, y a buscar, seleccionar y utilizar estrategias para corregirlo, si encuentra la manera correcta de modificarlo, ese aprendizaje se afianza en sus esquemas previos sobre la escritura, sino logra una corrección óptima, igual el niño reconoce que la estrategia utilizada no es la apropiada y por tanto debe seguir buscando, de manera que pone a prueba una variedad de estrategias.

Es importante resaltar que con los niños que conforman la unidad de trabajo se han implementado las cuatro tareas a través de una serie de aplicaciones en cada caso, y los resultados obtenidos a partir de la intervención evidencian satisfactoriamente cambios en orden ascendente, para las categorías de coherencia, cohesión, ortografía - puntuación, estilo narrativo y pautas de revisión.

Los cambios podrían estar orientados a consolidarse a largo plazo, ya que con la investigación se promueve el desarrollo de la escritura narrativa, un dominio específico, pudiendo extenderse los logros que alcanzan los niños en coherencia, cohesión, ortografía - puntuación y pautas de revisión, a diversos tipos de construcciones textuales, como los escritos descriptivos, explicativos o argumentativos, igualmente para continuar con el desarrollo gradual de la escritura narrativa y literaria. En concordancia con los planteamientos de Yan y Fisher (2002), las habilidades desarrolladas en un dominio específico se pueden dar a conocer en habilidades de dominio general.

Por otra parte, considerando que las tareas son desarrolladas por niños en situación de enfermedad y hospitalización, no se puede desconocer los aspectos particulares y logros implícitos que caracterizan el proceso investigativo.

A nivel emocional y motivacional, Serrano (2000) menciona que las repercusiones se representan en experiencias de ansiedad, irritabilidad, disminución de la autoestima, sentimientos de soledad y tristeza. En contraste, durante el proceso que se lleva a cabo con los niños en situación de enfermedad y hospitalización, ellos demuestran interés y dedicación en la realización de las tareas, además su receptividad es una constante ante las indicaciones que se les suministran.

Las estrategias psicológicas en el hospital, considerando los planteamientos de Guijarro y Torres (1990) posibilitan generar sensaciones de esperanza, identidad y utilidad. De esperanza porque los niños a pesar de la situación de enfermedad y hospitalización, continúan con su estilo de vida en lo que respecta a las actividades académicas, de forma que el desarrollo de las tareas posiblemente genera un ambiente de normalización (Mejía & Gonzáles, 2006). Una sensación de identidad, porque el proceso implica que el niño sustituya su rol de paciente al de estudiante. Por otra parte, se presenta una sensación de utilidad, porque los niños al desarrollar las tareas, probablemente perciben que están siendo productivos en comparación con actividades que realizan comúnmente en el hospital, como ver televisión,

permanecer recostados en la cama o pasear por los corredores.

Al respecto de los aspectos cognitivos, las consecuencias por la situación de enfermedad y hospitalización pueden verse reflejadas en pensamientos disfuncionales del niño, al percibir el hospital como un medio hostil y amenazante (Serrano, 2000). De forma contraria, en el proceso para potenciar el desarrollo de la escritura narrativa, los pensamientos de los niños se focalizan en la importancia de fortalecer pautas sobre la escritura narrativa, y una percepción agradable de escribir textos narrativos durante su hospitalización.

Los aspectos conductuales, según López y Álvarez (1995), las alteraciones del comportamiento por la situación de enfermedad y hospitalización pueden verse reflejadas en conductas de agresividad, oposiciónamiento, dependencia afectiva, retraimiento, evitación, entre otras. Contrariamente, los niños que hacen parte del estudio, participan activamente formulando preguntas, solicitando explicaciones y desarrollando las tareas. Además los niños mantienen una comunicación e interacción constante con el grupo investigador, por lo que es probable que las pautas de enseñanza - aprendizaje y socialización con los niños, permitan a los pacientes pediátricos asumir conductas adaptativas. Así por ejemplo, durante el proceso no se evidencia llanto, inconformidad, aburrimiento, retraimiento o agresividad.

Finalmente es preciso mencionar que el desarrollo de la investigación permite alcanzar el objetivo general propuesto ya que por medio de la intervención que

implica pautas de enseñanza - aprendizaje entre niños y el grupo investigador, se promueve el desarrollo de la escritura narrativa.

En concordancia con los postulados de Vigotsky, retomados por Ellis (2005), al iniciar el proceso los niños se encuentran en un nivel actual de desarrollo respecto a la escritura narrativa, luego alcanzan un nivel potencial de desarrollo, al realizar las tareas con el apoyo de una persona cognitivamente más competente. En este caso, el apoyo se consolida por parte del grupo investigador, con la creación y aplicación de las tareas, así como con las estrategias de intervención, que cabe resaltar incluyen la construcción e implementación de una cartilla para la escritura narrativa, a fin de facilitar el refuerzo de conocimientos y habilidades para el manejo gradual de pautas sobre coherencia, cohesión, ortografía - puntuación, estilo narrativo y revisión.

Para finalizar, se puede destacar que a partir de la aplicación de las tareas así como el método microgenético, se reconoce que los estudios interventivos se pueden realizar en el ámbito hospitalario, siendo de gran aporte a la misión de las instituciones de salud, en lo que refiere a garantizar el desarrollo integral del paciente. Es importante entonces, considerar problemáticas escasamente abordadas a nivel nacional y regional en el contexto hospitalario pediátrico, como lo es la desvinculación del niño del sistema educativo y sus repercusiones en el ritmo del aprendizaje.

Siendo igualmente importante que ante estas problemáticas que empiezan a generar reacciones de la sociedad, la

academia y las instituciones hospitalarias, el profesional de la psicología sea parte de la solución, ya que su formación le permite considerar de manera integral las problemáticas que se generan por la situación de enfermedad y hospitalización en la infancia, y asimismo diseñar como desarrollar estrategias de intervención para atenuar e incluso prevenir los efectos negativos.

Respecto al ámbito hospitalario es importante señalar que las estrategias psicológicas implementadas pueden proporcionar al niño un ambiente de normalización, ya que posibilitan crear condiciones con las cuales el paciente pediátrico siente lo menos posible las repercusiones de la enfermedad, el ingreso al hospital y la separación del ambiente familiar como social (Mejía & González, 2006). Para este caso, el promover el desarrollo de la narrativa a través de la escritura de cuentos por parte de los niños usuarios del HILA, podía implicar que ellos se mostraran más activos o motivados frente a la construcción de la escritura y específicamente potencializaran sus habilidades en la narrativa, incluso podían iniciar o dar continuidad al procesos o hábitos que favorecieran su reingreso al ámbito educativo; por otra parte lograr una adecuada adaptación a la situación de hospitalización.

REFERENCIAS

Baysinger M, Heiney S, Creed J, Ettinger R. (1993) citados en Serradas M, Ortiz M, De Manuales J. Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Rev Enseñanza*. 2002; 20 (02): 243 - 258.

Bermejo V. Microgénesis y cambio cognitivo: adquisición del cardinal numérico. *Rev Psicológica Psicothema*. 2005; 17(4): 559 - 562.

Bottini E. Velasco E. (En línea). Curso de composición del texto narrativo; [Accesado 15 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.escueladeletras.com/escuela_de_escritura.php.

Caicedo A, Estrada J. Guerrero C. *Procesos cognitivos en la lectoescritura*. Manuscrito no publicado. 1999 Universidad Mariana en San Juan de Pasto, Colombia.

Camargo Z, Uribe G, Caro M, Castrillón C. (2008). Análisis de una muestra representativa de los relatos presentados al concurso nacional de cuento Gabriel García Márquez; 2007. [Accesado de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.blade1.uniquindio.edu.co/uniquindio/asiv/alau/nota.php?indice=2025.pdf>.

Camps A. (1994). *Secuencias didácticas para aprender gramática*. Barcelona. GRAO.

Cassany D. (1999) *Construir la escritura*. Papeles de pedagogía. Barcelona. Paidós.

Contreras F, Vinaccia S. *Como redactar informes de investigación en psicología y ciencias sociales*. Uso correcto de las normas APA. Bogotá. Universidad Santo Tomás. Facultad de psicología. 2007.

Correa M, Orozco B. Dominio gradual de la intencionalidad en la escritura de textos narrativos; 1997 [Accesado 20 de

febrero de 2009]. Disponible en: <http://www.cognitiva.univalle.edu.co/archivos/.../resumen%20ponencia%20dominio%20gradual%20de%20>.

Courage, Howe (2002), Gopnik (1991), Karmiloff - Smith (1978), Mandler (1992), (1998) citados en Puche, R. *El niño que piensa y vuelve a pensar*. Cali. Artes gráficas del valle editores impresores Ltda. 2003.

Del Pozo A, Polaino - Lorente A. citados en Serradas M, Ortiz M. De Manueles J, Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Rev Enseñanza*. 2000; 20(02): 243 - 258.

La Tarde. 2009. [Accesado 2 de marzo de 2009]. De Díaz S. *Educación es todo un cuento*. Disponible en: <http://www.latarde.com/semanales/educacion/128-notas-educacion/5674-educar-estodo-uncuento.html>.

Deslauriers J. 2004. Citado por Gallardo J. *Metodología de la investigación cualitativa: guía práctica*. Pereira. Papiro. 2007.

Domínguez G, Barrio J. *Los primeros pasos hacia el lenguaje escrito. Una mirada en el aula*. Madrid. La Muralla S. A. 1997.
Ellis, J. (2005). *Aprendizaje humano*. Madrid, España: Prentice Hall.

Ferreiro E. La construcción de la escritura en el niño. *Rev Lectura y vida*. 1991; 12(3): 5 -14.

Ferreiro E, Teberosky A. *Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño*. Buenos Aires. Siglo XXI. 1994.

Fons M. Leer y escribir para vivir. Barcelona. GRAÓ. 1999.

Gallardo, J. 2007. Psicopedagogía y lúdica como tratamiento de las dificultades de aprendizaje de lectura y escritura en niños y niñas de tercer grado de básica primaria de la Institución Educativa Municipal Mariano Ospina Rodríguez INEM Pasto sede 1. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño en San Juan de Pasto, Colombia.

Gessell (1980), Piaget (1947), Vigotsky (1979), Wallon (1980) citados en Puche, R.. El niño que piensa y vuelve a pensar. Cali, Colombia: Artes gráficas del valle editores impresores Ltda.

Gujarro M, Torres R. 1990 citados en Serradas M, Ortiz M, De Manueles J. Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. Rev Enseñanza, 2002; 20(02): 243 - 258.

Hardy, T. & Jackson, R. 1998. Aprendizaje y cognición. Madrid, España: Prentice Hall.

Kaufman A, Rodríguez M. ¿Por qué cuentos en la escuela? Lectura y vida. 2001; 12(6): 15 - 21.

Leal, Martín, Pontes. El cuento. Ciudad de México, México: EDERE. 2005.

López N, Álvarez E. Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. Rev Psicología médica. 1995; 23(5): 2 - 40.

Medina, A Enseñar a leer y a escribir: ¿En qué conceptos fundamentar las prácticas docentes?. Rev Psykhe. 2006; 15(2): 45 - 55.

Mejía, A. & Gonzáles, G. (2006). Atención hospitalaria. [Accesado 4 de julio de 2009]. El niño enfermo: respuesta de la familia y la sociedad. Disponible en http://www.isffic.mepsyd.es/w3/recursos2/atencion_diversidad/05_09.htm.

Mojica, G. & Amado, R. (1998). *Ortografía integral*. Bogotá, Colombia: Educar editores.

Montealegre R, Forero L. Desarrollo de la lectoescritura: adquisición y dominio. Rev Acta colombiana de psicología. 2006; 9(1): 25 - 40.

Morales O, Tovar M. Caperucita roja y el uso de la ortografía: un estudio exploratorio con niños de la primera etapa de educación básica. Rev Lectura y vida. 2001; 12 (5): 18 - 22.

Niño, V. (2007). *La aventura de escribir: del pensamiento a la palabra*. Bogotá, Colombia: ECOE ediciones.

Orozco M. El análisis de tareas: como utilizarlo en la enseñanza de la matemática en primaria. Rev EMA. 2000; 5(2): 139 -151.

Orozco B. Correa M. 2003. [Accesado 15 de octubre de 2008]. ¿A quién le cuenta el narrador su historia?. Disponible en <http://revistalenguajeunivalle.edu.co/index.php?seccion=REVISTA&revista=31&articulo=170>.

Otálora Y. El análisis de tareas como estrategia metodológica para acceder a la cognición encubierta. Bogotá, Colombia: Ministerio de Educación Nacional. 2006.

Parra M. Cómo se produce el texto escrito. Teoría y práctica. Bogotá, Peñarrieta I. *Introducción a la investigación cualitativa*. Ciudad de México, México: E.T.M. 2005

Pérez Y. La producción de cuentos escritos por escolares sordos: una experiencia pedagógica con base en la lingüística textual. *Rev Scielo*. 2002; 17(2).

Puche R.. El niño que piensa y vuelve a pensar. Cali, Colombia: Artes gráficas del valle editores impresores Ltda. 2003.

Riquelme S. 2008. [Accesado 4 de julio de 2009]. Pedagogía hospitalaria: la experiencia latinoamericana. Disponible en: <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?GUID=9d92c43fd2e4-4e83-96f6f2bf4d821ea&ID=188523>

Rodríguez G. & Gil J. Metodología de la investigación cualitativa. Madrid, España: Aljibe. 1999.

Salvador F. 2000. [Accesado 14 de enero de 2009]. Habilidades narrativas de alumnos de educación primaria en la producción de textos escritos. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:20491&dsid=habilidades_narrativas.pdf.

Serradas M., Ortiz M. De Manueles, J. Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Rev Enseñanza*, 2002; 20(02): 243 - 258.

Colombia: Cooperativa editorial magisterio. 1996.

Serrano J. Psicología del niño enfermo. Psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia. Buenos Aires, Argentina: Editorial Grau. 2000.

Siegler R, Crowley K. The microgenetic method. A direct means for studying cognitive development. *Rev American Psychologist*. 1991; 46(6): 606 - 620.

Solé I, Teberosky A. Evaluar la lectura y escritura: algunas características de las prácticas de evaluación innovadora. *Lectura y vida*. . 2001; 10(2): 65 - 68.

Tobón L, Flórez L, Torres R., Chávez I. *Español para la educación media*. Cali, Colombia: Norma. 1993.

Torres A. Enfoques cualitativos y participativos en la investigación social. Bogotá, Colombia: UNAD. 1998.

Valencia A. Curso de investigación cualitativa. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Escuela de ciencias sociales, artes y humanidades. Programas de comunicación social y psicología. Bogotá, Colombia: CEAD. 2007.

Yan, Fisher (2002) citados en Puche R. El niño que piensa y vuelve a pensar. Cali, Colombia: Artes gráficas del valle editores impresores Ltda. . 2003

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE CRISIS DE CARRERA (CRICA)*

ASSESSMENT INSTRUMENT CAREER CRISIS (CRICA)

Leonardo Pardo Jaime

Información de los autores: *Leonardo Pardo Jaime*. Psicólogo en formación, X semestre, Corporación Universitaria Iberoamericana, Colombia. Correo electrónico: elpi099@gmail.com

Referencia recomendada: Pardo-Jaime, L. (2016). Instrumento de Evaluación de Crisis de Carrera (CRICA). *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 134-145.

Resumen: La crisis de carrera es un fenómeno de la deserción que representa el 25% de las deserciones presentadas en el contexto universitario, no obstante la investigación sobre este fenómeno es escasa debido a que la tasa de deserción se da en semestres altos de la carrera. El objetivo de la presente investigación consistió en desarrollar el instrumento de evaluación de crisis de la carrera (CRICA), para esto se tomó una muestra de 119 estudiantes de dos universidades privadas de la ciudad de Bogotá. Al realizar el análisis factorial exploratorio, se encontró que el alfa de Cronbach es de 0,782, lo cual confirma una confiabilidad adecuada y una varianza total acumulada del 60,457% dividido en dos factores: proyección laboral y motivación para estudiar, las cuales concuerdan con el marco teórico utilizado. Con estos resultados se establece un instrumento con datos psicométricos adecuados y que podrá ser utilizado para expandir las investigaciones relacionadas con la crisis de carrera.

Palabras clave: Deserción, Crisis de carrera, Propiedades psicométricas.

Abstract: The career crisis is a phenomenon of desertion which represents 25% of dropouts presented in the university context, however research on this phenomenon is scarce because the dropout rate is given in high semesters of the race. The objective of this research was to develop the assessment instrument career crisis (CRICA) for this sample of 119 students from two private universities in Bogotá was taken. In conducting exploratory factor analysis revealed that Cronbach's alpha of 0.782, confirming adequate reliability and total cumulative variance of 60.457% divided into two factors: labor projection and motivation to study, which are consistent with the framework Theoretical used. With these results an instrument with adequate psychometric data set that can be used to expand research related to career crisis.

Keywords: Desertion, Career crisis, Psychometric properties.

Recibido: 30 de Diciembre de 2015

Aprobado: 30 de Junio de 2016

* La información de este artículo se relaciona con la presentada en el informe final del proyecto de práctica en psicología educativa denominado *Creación del instrumento de evaluación de Crisis de la Carrera (CRICA)*, realizada por el autor como parte de los requisitos para aprobar esta práctica.

INTRODUCCIÓN

La deserción es un fenómeno que se ha caracterizado por manifestarse en la transición que se presenta entre el paso de la secundaria y el ingreso a la universidad. Es importante entender que la deserción estudiantil es el abandono de la formación académica, la cual no obedece a un retiro forzoso del estudiante, es decir, el retiro no debe ser generado desde la institución por bajo rendimiento académico o por cuestiones disciplinares (Paramo & Correa, 1999).

Es importante considerar el estudio de la deserción debido a que este no solo causa consecuencias negativas para la persona que abandona, sino que también tiene un impacto negativo en los diferentes campos científicos, sociales y económicos debido a que esto afecta directamente los avances en ciencia y tecnología (Barrero, 2015)

La deserción en números

Las estadísticas de esta problemática reflejan que tiene presencia a nivel mundial. Por ejemplo, el nivel de deserción en países como España, Francia, Austria y Estados Unidos oscila entre el 30% y el 50%, en Alemania entre el 20% y el 25%, Suiza presenta una tasa de deserción entre el 7% y el 30%, en Finlandia es del 10% y en los Países Bajos oscila entre el 20% y el 30%. (Vélez & López, 2005; Ariza & Marín, 2009).

A nivel de Latinoamérica, la tasa de deserción se encuentra en un 40% debido al aumento de diversos factores económicos y sociales que impiden la culminación de la educación (Ariza & Marín, 2009). Una de las tasas de deserción más alta se encuentra en Argentina, ya que, a nivel general, los indicadores en este país muestran que de cada 100 estudiantes, solo se egresan 22 de las universidades públicas y 47 de las universidades privadas (García, 2014) evidenciando una deserción del 78% y 53% respectivamente. De acuerdo a una investigación realizada en este país, una de sus universidades refleja un porcentaje de deserción aproximadamente del 72% (Medrano & Marchetti, 2014) mientras que en Chile, la deserción se ha mostrado alrededor de un 50% (Fernández, Martínez - Conde & Melipillan, 2009).

En Colombia la situación no es alentadora, ya que, en primer lugar, la cobertura hacia la educación superior es baja, y en segundo, de aquellos que obtienen la oportunidad de ingresar a una institución de educación superior, solo se gradúan el 50% (Acevedo, Torres & Tirado, 2015) mostrando una tasa de deserción del 50%, además, el 75% de los estudiantes que desertan lo hacen en los primeros cuatro semestres (Olave, Rojas & Cisneros, 2013) lo que conlleva a que el 25% de deserción se genera después de un quinto semestre. Otras estadísticas reflejan que la deserción más alta se genera en el nivel técnico con un 19,1%, luego en el nivel profesional con un 12,8%

y por último en el nivel tecnológico con un 10,3% (Ariza & Marín, 2009)

Causas de la deserción

Si bien este fenómeno se contempla dentro de los más estudiados en los últimos años, estos no han podido evidenciar una sola causa, por el contrario, las investigaciones reflejan diversos factores causantes de la deserción. A nivel general, la deserción se ha manifestado en tres tipos: 1) Aquellas que son motivadas por razones personales, 2) por bajo rendimiento académico y 3) por una inadecuada elección de la carrera (Nervi, Rodríguez, & Osada, 2015).

Una investigación realizada en Perú, demostró que las principales causas por la cual los estudiantes desertan es el factor vocacional (50%), el factor económico (40%) y a factores causales menores, como la presión de la carga estudiantil (10%) (Heredia et Al, 2015).

En Argentina se demostró que los estudiantes que abandonaban sus estudios presentaban altos niveles de creencias irracionales (Medrano, Galleano, Galera & Fernández, 2010) lo que implica que los estudiantes que abandonan, lo hacen porque asumen información sobre el proceso académico y la universidad que, en la mayoría de ocasiones, resultan ser falsas.

Un estudio realizado por Huesca y Castaño (2007) realizado en estudiantes

universitarios de México evidencio que la deserción se debe a tres factores: 1) índole Socioeconómico, 2) índole personal y 3) índole académico, este último referido a la orientación vocacional que ha recibido el estudiante antes de ingresar a la universidad.

En Colombia, se demostró que los estudiantes de una universidad de Cartagena desertaban por 4 factores: 1) dimensión personal, 2) dimensión académica, 3) factores socioeconómicos y 4) dimensión institucional (Acevedo et Al., 2015). Otro estudio realizado en la universidad de la sabana manifiesta que la deserción esta mediada por los procesos de lectura y escritura:

Tanto el abandono parcial o total de una carrera universitaria como el desempeño insuficiente en las distintas asignaturas se encuentran mediados por la lectura y la escritura, específicamente de textos académicos, ya que las prácticas recurrentes en el quehacer universitario, como elaborar informes, responder exámenes, construir ensayos, preparar lecturas para la clase y un sinnúmero de actividades están atravesadas por la lectura y la escritura (Olave et Al., 2013, p. 468).

No obstante, este último solo podría ser categorizado dentro de los factores académicos. En la universidad del rosario también se destaca como principal factor de deserción el componente académico, el cual es atribuido al bajo rendimiento y al retraso en términos de materias (Lopera, 2008). La universidad

los Libertadores también ha evidenciado que la deserción en sus estudiantes se debe a tres factores: 1) Factores Socioeconómicos, 2) problemas emocionales y 3) problemas académicos. (Ariza & Marín, 2009).

Es importante considerar que una posible causa de la deserción en Colombia sea la calidad de la educación, ya que ésta no prevé las dificultades a futuro de aquellos estudiantes que pueden llegar en desventaja a la educación universitaria (Patiño & Cardona, 2012), convirtiendo a estos estudiantes en desertores potenciales al momento de llegar a este nivel educativo.

En síntesis, la deserción es una problemática que, si bien tiene una multicausalidad, las investigaciones muestran que pueden reducirse a tres grandes factores: 1) el factor socioeconómico, entendido como las dificultades que tiene el estudiante para financiar sus estudios (créditos, remuneración laboral, dependencia familiar), 2) el factor académico, entendido como la dificultad del estudiante para asumir la exigencia académica de la carrera (exámenes, hábitos de estudio, horario de clases, entre otros) y 3) el factor personal, comprendido como aquellas variables que pueden afectar el estado emocional del estudiante (relación con pares, familiar, de pareja, desmotivación, entre otros) (Heredia et. al, 2015; Medrano et Al., 2010; Huesca & Castaño, 2007;

Acevedo et Al., 2015; Olave et Al., 2013; Lopera, 2008; Ariza & Marín, 2009)

Crisis de la Carrera: un proceso de deserción poco abordado

Dentro de los procesos de la deserción existe uno llamado la crisis de carrera, la cual es entendida como la duda de continuar, cambiar o abandonar la profesión que el estudiante ha elegido (Ministerio de Educación Nacional, 2015), con la particularidad de que el estudiante se encuentra en una etapa media - avanzada de su proceso educativo, es decir, se encuentra en el periodo comprendido de cuarto a octavo semestre. De acuerdo a esto, la estadística ha mostrado que el 25% de las deserciones se presenta en este periodo (Olave et Al., 2013) que a su vez, comprende una cuarta parte de la tasa de deserción general, por lo cual esta situación no ha sido prioridad en las investigaciones sobre este tema.

Si bien el documento facilitado por el Ministerio de educación pretende ser una guía sobre el que hacer frente a esta situación, y no un abordaje sobre las variables de la misma, al analizar este se establecen tres posibles variables (Ministerio de Educación Nacional, 2015): 1) Insatisfacción académica, la cual corresponde al desinterés por las materias y/o por la institución, 2) Motivación para estudiar, que comprende el estado emocional del estudiante frente al proceso educativo, en el cual se toma en cuenta la

motivación por asistir a clases y las creencias que tiene sobre las capacidades que requiere para estudiar la carrera y 3) Proyección laboral, entendida como la creencia del estudiante frente al ejercer de la profesión que está estudiando.

Sin embargo, estas variables son parte de los factores establecidos dentro del proceso de deserción, donde la primera hace parte del factor académico, la segunda se categoriza dentro del factor personal y la tercera podría categorizarse dentro del factor socioeconómico, si la idea del estudiante se refiere a la remuneración de la labor o en el factor emocional, al establecerlo como una falsa creencia.

No obstante, al no existir una forma de poder evaluar la crisis de carrera, y debido a la poca investigación sobre este tema, es poco probable establecer unas razones reales de esta problemática, razón por la cual esta investigación pretendió diseñar un instrumento, basado en las características de la deserción, que permita evaluar los aspectos que pueden estar involucrados en crisis de carrera, logrando crear una herramienta que permitirá establecer una caracterización de las variables implicadas y, en un futuro, establecer procesos de prevención con el objetivo de mitigar esta situación.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este trabajo se cataloga como una investigación básica de orden instrumental (Montero, & León, 2005), la cual pretende diseñar un instrumento de evaluación de crisis de la carrera.

Participantes

Se requirió de dos grupos, el primero comprende a la aplicación piloto, para la cual se solicitó la participación de 14 estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Bogotá, 14 estudiantes, todas del sexo femenino, con edades comprendidas entre 18 y 24 años ($X=20,1$), los resultados obtenidos de estas aplicaciones se utilizaron para realizar el análisis cualitativo del instrumento.

En una segunda aplicación, llamada aplicación final, se realizó la aplicación a 105 estudiantes, cuyos resultados fueron utilizados para establecer las propiedades psicométricas del instrumento. La selección de los estudiantes fue no aleatoria debido a que se contó con la previa autorización del profesor y/o la coordinación del programa para realizar la aplicación.

Procedimiento

El ejercicio de la creación de instrumentos se realiza para comprobar la viabilidad de un modelo teórico, ya que este le permite obtener información

acerca de las variables que son parte del modelo planteado y lograr evidenciar la validez y confiabilidad del modelo teórico (Zapata y Canet, 2008). Por lo cual, el diseño de este instrumento se realizó en tres fases:

Fase 1: Diseño de Ítems. Para el diseño de los ítems se tomó como referente teórico el documento instaurado por el Ministerio de educación como guía para el manejo de crisis de carrera (Ministerio de educación nacional, 2015), y el análisis realizado de las situaciones que son asociadas a la deserción en diferentes investigaciones (Heredia et Al., 2015; Medrano, et Al., 2010; Huesca y Castaño, 2007; Olave et Al., 2013; Acevedo et Al., 2015; Lopera, 2008).

Con base en este proceso, se realizó la creación hipotética de 3 factores (Insatisfacción Académica, Motivación para estudiar y Proyección Laboral), y se crearon 6 ítems de escala tipo Likert de 3 opciones de respuesta (Nunca, algunas veces y frecuentemente) por cada factor, obteniendo un instrumento de 18 ítems. Este instrumento se utilizó para realizar la evaluación por jueces.

Fase 2: Evaluación por jueces y aplicación piloto. Para esta fase, se solicitó la evaluación por jueces a dos psicólogos con experiencia en el área educativa y a un tercer psicólogo experto en el área de psicometría. Dentro de esta evaluación se les solicito, a través de un correo electrónico, la colaboración para realizar esta

evaluación considerando los siguientes aspectos: 1) redacción, en este punto se debía evaluar que la conformación del reactivo fuera lógica, coherente, clara y fácil de comprender, 2) pertinencia, donde se evalúa lo oportuno del reactivo frente al tema a medir, 3) estructura, en el cual se debía evaluar el grado de relación, extensión y organización de los conceptos utilizados en los ítems, y 4) lenguaje, en este se debía evaluar la terminología utilizada.

Al realizar el análisis de la evaluación, se determinó que no era necesario eliminar ningún ítem, no obstante se realizó la modificación de 11 ítems en cuanto a su redacción, en la tabla 1 se presenta el listado de los ítems modificados.

Tabla 1. Modificaciones realizadas con base en la evaluación por jueces.

#	Pregunta	Corrección
1	Me preocupa si conseguiré trabajo cuando me gradué.	Se realiza modificación
2	En ocasiones pienso que la carrera que estudio no me ayudara.	Se realiza modificación
3	Lo que aprendo en las clases no contribuye a la profesión.	Se realiza modificación
5	Creo que es difícil encontrar trabajo para ejercer mi carrera.	Se realiza modificación
8	Me disgustan las clases ya que no conozco a nadie.	Se realiza modificación
9	Es muy difícil "salir adelante" con la carrera que estudio.	Se realiza modificación

1	Tengo dificultades para realizar actividades planteadas por los profesores.	Se realiza modificación
1	Se me dificulta entender las explicaciones de los profesores.	Se realiza modificación
1	Me hacen falta capacidades para superar mis asignaturas.	Se realiza modificación
1	Solo conseguiré trabajo fuera del país.	Se realiza modificación
1	Estoy insatisfecho con la universidad en la que estudio.	Se realiza modificación

Después de realizar las modificaciones, se establece el instrumento para realizar la aplicación piloto, en la cual se contó con la participación de 14 estudiantes, todos del sexo femenino, con edades comprendidas entre 18 y 24 años ($X=20,1$) a los cuales se les solicitó que resolvieran la prueba y adicional contestaran una evaluación cualitativa que constaba de tres preguntas: 1) ¿Considera usted que todos los ítems son claros?, 2) ¿Existen términos confusos, o que usted no comprenda?, y 3) ¿Cree usted que existen ítems que se repiten?

Al realizar el análisis de estas pruebas, se determinó que no existía ningún tipo de inconveniente para que los estudiantes contestaran, razón por la cual todos los ítems se conservaron de la misma forma y se ajusta el instrumento para la aplicación final, en el cual se elimina las preguntas cualitativas y se agregan dos preguntas para establecer criterios de inclusión.

Fase 3: Aplicación final y análisis psicométrico. Luego de realizar los ajustes establecidos dentro de la aplicación piloto, se realizó la aplicación final, para la cual se contó con la participación de 105 estudiantes de la jornada nocturna que cursaban de sexto a decimo semestre, 58 hombres, 45 mujeres y dos que no reportaron sexo, con edades comprendidas entre los 19 y los 45 años ($X=24,9$), de estos 43 pertenecían al programa de Contaduría Pública y 62 al programa de ingeniería de sistemas.

Al culminar con esta aplicación se procedió a realizar el análisis psicométrico, donde se estableció la validez de constructo y confiabilidad del instrumento.

RESULTADOS

Los resultados corresponden al análisis estadístico realizado con los datos recolectados en la aplicación final, por lo tanto se expondrán los resultados de la validez del instrumento y la confiabilidad. El análisis será realizado con el programa IBM SPSS versión 22.

Validez de constructo

Para establecer la validez del instrumento, lo primero que se utilizó fue la prueba KMO y la prueba de esfericidad de Barlett para determinar si el tamaño de la muestra es suficiente para realizar el análisis.

Tabla 2. Prueba KMO y prueba de Barlett.

Prueba de KMO y Bartlett			
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo			,756
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	255,973	
	GI	28	
	Sig.		,000

Con base en los resultados mostrados en la tabla 2 se puede determinar que la muestra es apropiada. Aun así, se resalta que la aplicación cumple con el criterio de que por cada ítem administrado se aplique a mínimo 5 personas (Muñiz & Fonseca, 2008)

Después se inició el análisis factorial exploratorio, el cual permite determinar la estructura interna del instrumento. Dentro de este proceso, es necesario considerar que el criterio para que un factor sea válido es que debe contener como mínimo 3 ítems (Lloret, Ferreres, Hernández, & Tomás, 2014) razón por la cual, aquellos ítems que no conformen un factor serán eliminados hasta que los factores resultantes cumplan con el criterio.

Al iniciar este proceso, se consideran los 18 ítems, en el transcurso del proceso se eliminan 10 ítems, obteniendo como resultado un instrumento que consta de 8 ítems divididos en dos factores (véase Tabla 4), los cuales explican el 60,457% de la varianza total acumulada. (Véase Tabla 3).

Tabla 3. Varianza total acumulada del CRICA.

Varianza total explicada			
Componentes	% de varianza	% acumulado	
1	40,917	40,917	
2	19,540	60,457	

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 4. Componentes resultantes del análisis factorial exploratorio del CRICA.

Matriz de componente rotado ^a			
Componente	1	2	
item1	,767		
item2	,649		
item5	,820		
item9	,640		
item4		,834	
item10		,822	
item12		,840	
item16		,687	

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Confiabilidad

Para realizar el análisis de confiabilidad se utiliza el alfa de Cronbach. Luego de realizar el análisis factorial exploratorio y establecer los 8 ítems que compondrían el instrumento, se analiza el alfa de Cronbach del instrumento, el cual puntuó 0,782 (véase Tabla 5), indicando que el

instrumento es confiable para aplicar en la población.

Tabla 5. Alfa de Cronbach del CRICA.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,782	8

Al momento de verificar el alfa de Cronbach por ítem, se evidencia que al eliminar uno de los ítems, se reduciría el alfa del instrumento, por lo cual se evidencia la contribución de todos los ítems contribuyen a la consistencia interna del instrumento (véase Tabla 6).

Tabla 6. Alfa de Cronbach por ítem del CRICA.

Componente	Estadísticas de total de elemento			
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
item1	14,99	20,029	0,468	0,77
item2	16,171	22,913	0,424	0,768
item4	15,571	21,747	0,546	0,747
item5	15,867	21,867	0,509	0,754
item9	16,429	24,824	0,387	0,773
item10	15,714	22,629	0,535	0,751
item12	15,962	22,691	0,507	0,755
item16	15,429	22,093	0,572	0,745

DISCUSIÓN

Terminado el análisis psicométrico, se determinó que el instrumento constaba de 2 factores, reduciendo un factor en comparación con los planteados hipotéticamente y aumentando el número de ítems por factor de seis a ocho. Sin embargo, estos factores guardan relación directa con el análisis realizado frente a la temática de crisis de carrera (Ministerio de educación nacional, 2015). En este punto se realiza la numeración definitiva de los ítems y se genera la versión final del instrumento de evaluación de crisis de carrera CRICA (Anexo 1).

El instrumento consta de 8 ítems de escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, distribuidos en dos categorías: 1) Proyección Laboral y 2) Motivación para estudiar (véase Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de ítems del instrumento CRICA.

FACTORES	ITEMS			
Proyección Laboral	1	3	6	8
Motivación para estudiar	2	4	5	7

Para realizar la calificación de los resultados, es importante considerar que cada factor cuenta con un puntaje mínimo y un puntaje máximo, por lo cual, en la medida en que la puntuación se acerque al puntaje máximo, la decisión de desertar del estudiante tiende a ser por el factor evaluado.

Tomando en cuenta esto, para establecer el rango de normalidad, se tomara la media de las puntuaciones obtenidas en la aplicación final y se sumara y restara una desviación estándar (véase Tabla 8).

Tabla 8. Rango de normalidad en la puntuación de los resultados del CRICA.

Factor	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Media	Desviación estándar	Rango de normalidad.
Proyección Laboral	4	20	8,6	3,3	5, 11
Motivación para estudiar	4	20	9,4	3,2	6, 12

Es importante considerar que la presente investigación brinda una herramienta para ampliar el conocimiento frente a la problemática de crisis de carrera. No obstante, es necesario tomar en cuenta las limitaciones de dicho proceso, donde, si bien la población fue adecuada para realizar el análisis, esta muestra es más bien homogénea, por lo cual se realiza la invitación para continuar realizando investigaciones verificando las propiedades psicométricas del instrumento en diversas poblaciones, para permitir una comprensión y categorización de la crisis de carrera más óptima.

REFERENCIAS

Acevedo, D., Torres, J., & Tirado, D. (2015) *Análisis de la deserción estudiantil en el programa ingeniería de alimentos de la universidad de Cartagena durante el periodo académico 2009 - 2013*. Formación Universitaria, 8(1), 35 - 42.

Ariza, S., & Marín, D. (2009) *Factores intervinientes en la deserción escolar de la Facultad de Psicología, Fundación Universitaria Los Libertadores*, Tesis psicológica, 4, 72 – 85.

Barrero, F. (2015) *Investigación en deserción estudiantil universitaria: educación, cultura y significados*. Revista Educación y desarrollo social, 9(2), 86 – 101.

Fernández, O., Martínez – Conde, M., & Melipíllan, R. (2009) *Estrategias de aprendizaje y autoestima. Su relación con la permanencia y deserción universitaria*. Estudios pedagógicos, 35(1), 27 – 45.

García, A. (2014) *Rendimiento académico y abandono universitario: Modelos, resultados y alcances de la producción académica en la Argentina*. Revista Argentina de Educación Superior, 6(8), 9 – 38.

Heredía, M., Andia, M., Ocampo, H., Ramos, J., Rodríguez, A., Tenorio, C., & Pardo, K. (2015) *Deserción estudiantil en las carreras de la ciencia de la salud en el Perú*. Anales de la Facultad de Medicina, 76; 57 - 61.

- Huesca, M., & Castaño, M. (2007) *Causas de la deserción de alumnos de primeros semestres de una universidad privada*. REMO, 5(12), 34 - 39.
- Lopera, C. (2008) *Determinantes de la deserción universitaria en la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario*. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., & Tomás, I. (2014) *El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada*. Anales de psicología, 20(3), 1151 –1169.
- Medrano, L., Galleano, C., Galera, M., & Fernández, R. (2010) *Creencias irracionales, rendimiento y deserción académica en integrantes universitarios*. LIBERABIT, 16(2), 183 - 192.
- Medrano, L., & Marchetti, P. (2014), *Impacto de un Programa de Entrenamiento en Aprendizaje Autorregulado y Habilidades Sociales Académicas sobre el Rendimiento y la Deserción de Ingresantes Universitarios*. European Journal of Education and Psychology, 7(2), 131 – 144.
- Ministerio de Educación Nacional, (2015) *Rutas de Vida: manual para el acompañamiento en orientación Socio Ocupacional*. Colombia, Ministerio de Educación Nacional. Tomado de <http://www.mineduacion.gov.co/1621/w3-article-342444.html>
- Montero, I., & León, O. (2005) *Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 5 (1), 115-127. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701007>
- Muñiz, J., & Fonseca, P. (2008) *Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria*. Revista de investigación en educación, 5; pp. 13 – 25.
- Nervi, C., Rodríguez, J., & Osada, J. (2015) *Deserción universitaria durante el primer año de estudios*. FEM, 18(2), 93-93.
- Olave, G., Rojas, I., & Cisneros, M. (2013) *Deserción universitaria y alfabetización académica*. Educ. Educ., 16(3), 455 – 471.
- Paramo, G., & Correa, C. (1999), *Deserción estudiantil universitaria. Conceptualización*. Revista Universidad Eafit, pp. 66 – 78.
- Vélez, A., & López, D. (2005) *Estrategias para vencer la deserción universitaria*. Educación y educadores, 7; 177 – 203.
- Zapata, G., & Canet, M. (2008) *Propuesta metodológica para la construcción de escalas de medición a partir de una aplicación empírica*. Actualidades investigativas en Educación, 8 (2), 1 – 26.

**Anexo 1. Versión definitiva del instrumento
CRICA.**

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE CRISIS DE LA
CARRERA (CRICA)**

No mbr e		Eda d	
----------------	--	----------	--

Car rer a		Sex o	M	F
-----------------	--	----------	---	---

Se me stre		Jorn ada	
------------------	--	-------------	--

INSTRUCCIÓN: A continuación usted encontrará una serie de enunciados relacionados con la problemática de crisis de carrera. Por favor responda de manera honesta, pensando en lo que usted cree, siente o considera y no en lo que los demás piensan o puedan pensar.

Para responder a cada ítem, por favor tenga en cuenta la siguiente tabla:

Nunca / Casi Nunca	N	La mayoría de las veces.	M V
Pocas veces.	P V	Frecuente mente.	FE
Algunas veces.	A V		

#	ITEM	N	P V	A V	M V	F E
1	Me preocupa si conseguiré trabajo cuando me gradué.					
2	Siento disgusto con las asignaturas que veo.					
3	Es muy difícil "salir adelante" con la carrera que estudio.					
4	Me siento desmotivada/o para asistir a clases.					
5	Me siento aburrida/o con la mayoría de asignaturas.					
6	Creo que es difícil encontrar trabajo para ejercer mi carrera.					

7	Los profesores no están bien capacitados.					
8	En ocasiones pienso que la carrera que estudio no me ayudara.					
MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN						

CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO BRASIL

EXCESSIVE CONSUMPTION OF ALCOHOL BY PEOPLE IN A SITUATION OF SOCIAL VULNERABILITY IN BRAZIL

Nilton S. Formiga

Información de los autores: *Nilton Formiga*. Doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente é professor do na Faculdade Internacional da Paraíba/Laureate International Universities; Endereço para correspondência: Rua Leonildo Francisco de Oliveira, 380. Bairro dos Estados. CEP.: 58030-216. João Pessoa - PB. Brasil. E-mail: nsformiga@yahoo.com

Referencia recomendada: Formiga, N. S. (2016). Consumo excessivo de álcool de pessoas em situação de vulnerabilidade social no Brasil. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 146-156.

Resumo: O problema no uso de álcool além de ser um antigo fenômeno, justifica-se sob condição necessária nas comemorações públicas ou privadas e até, como fator de proteção e redução de doenças; mesmo assim, esta substância revela envolvimento com problemas sociais, econômicos e de saúde no indivíduo e nas relações interpessoais. Neste estudo, pretende-se avaliar o consumo de álcool em sujeitos em vulnerabilidade social. 49 sujeitos em situação de vulnerabilidade (trinta mulheres profissionais do sexo, sete travestis e onze eram moradores na rua) na cidade de João Pessoa, de 19 a 59 anos, homens e mulheres, com uma renda econômica entre 1.001,00 e 2.000,00 R\$, responderam o Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool e variáveis sócio-demográficas. Através de cálculos descritivos e inferenciais observou-se que não apenas a escala foi confiável para mensurar o problema do álcool, mas que, os respondentes se encontravam em altas zonas de risco para dependência alcoólica.

Palavras Chave: Problemas com álcool, Vulnerabilidade, Zona de risco.

Abstract: The problem with using alcohol besides being an old phenomenon, is justified as a necessary condition on public or private celebrations and even, as a protective factor and disease reduction; anyway, this substance reveals involvement in social, economic and health problems in individuals, and in interpersonal relationships. This study aims to assess alcohol consumption in people on social vulnerability. 49 people in vulnerable situations (thirty female sex workers, seven transvestites and eleven homeless) in the city of João Pessoa, 19-59 years old, men and women, with an economic rent between 1,001.00 and 2,000.00 R\$, answered the test identification of problems related to alcohol use and socio-demographic variables. Through descriptive and inferential calculations it was observed that not only the scale was reliable to measure the alcohol problem, but that the respondents were in high risk areas for alcohol dependence.

Keywords: Problems with alcohol, Vulnerability, Risk zone.

Recibido: 12 de Febrero de 2016

Aprobado: 30 de Junio de 2016

INTRODUÇÃO

Historicamente, a relação homem e ingestão de álcool não é um fenômeno novo; existe a muito tempo e é justificada o seu uso na realização de comemorações públicas ou privadas, relações íntimas (namoro, casamento, etc.), sugerido como fator de proteção e redução de doenças cardiovasculares, etc. Apesar de existir uma perspectiva positiva no que se refere ao uso (moderado) de álcool, estas substância tem sido destaque pelo grande envolvimento com problemas sociais, econômicos e de saúde no indivíduo e nas relações interpessoais (Garcia, Aguilar & Facundo, 2008; Agante, 2009; Martins, 2009; Bye & Rossow, 2010).

O fato é que, o problema em relação ao uso excessivo de álcool tem recebido atenção tanto política e científica quanto social; observa-se, tanto na literatura sobre o fenômeno quanto na mídia em geral, que o uso de álcool não somente tem aumentado na relação interpessoal de jovens e jovens-adultos, sendo um problema alarmante porque o nível etário tem sido cada vez em idades menores. Justifica-se os mais variados motivos: a influência dos pares de iguais, a cultura, a socialização familiar, entre outros contextos (Carlini-Contrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000; Navarro & Pontillo, 2002; Silva, Malbergier, Stempluk & Andrade, 2006; Carlini, Carlini-Contrim & Silva-Filho, 2007; Kerr-Corrêa et al., 2001; Kerr-Corrêa et al., 2002; Agante, 2009; Fachini, 2009; Breda, 2010; Carvalho, 2010; Dallo & Martins, 2011).

Devido a gravidade e urgência em soluções teóricas e práticas, as diversas ciências têm apontando a necessidade

de estudos que perpassa desde a avaliação do perfil dos consumidores do uso de álcool, a relação fisiológica e social dessa substância na vida dos consumidores, a mapeamentos da motivação e do impacto em variáveis psicológicas (por exemplo, personalidade, dinâmica familiar, auto-conceito, autoestima, etc.); por esse fenômeno causar dano à saúde física e mental, prejuízo social e nas relações interpessoais, bem como, em alguns momentos, associado as variáveis da delituosidade é que estudos na área tem contribuído para a compreensão da iniciação, constância e padrão de consumo dessa substância (Pastor, Balaguer & García-Merita, 2000; Navarro & Pontillo, 2002; Llorens, Palmer & Perellón del Rio, 2005; Chalub & Telles, 2006; Silva, Malbergier, Stempluk & Andrade, 2006; Musitu, Jiménez & Murgui, 2007; Romera, 2008; Andrade, Anthony & Silveira, 2009; Formiga, 2011).

Para isso, é que se exige uma avaliação em relação a prevalência, frequência e padrão do consumo de álcool, construindo, adaptando e validando medidas que objetivem rastrear o consumo problemático e o padrão de ingestão dessa substância. Sendo assim, a OMS (WHO, 1992), orientada pelos manuais diagnósticos CID – 10 e DSM – III (American Psychiatric Association, APA, 1994), organizou critérios em relação a dependência do uso de álcool, elaborando e estruturando com isso, um dos instrumentos mais usados para avaliar o consumo excessivo do álcool; este instrumento é intitulado de *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) conhecido no Brasil como Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool. Este teste

foi desenvolvido por Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro (2001; Babor et al. 1992; Babor & Higgins-Biddle, 2001), traduzido e validado por Figlie, Pillon, Laranjeira e Dunn (1997) no Brasil, o qual destinou-se à avaliação inicial ou rastreio sobre o consumo exagerado do álcool e outras drogas e, a partir dos resultados observados, propor intervenções sociais e psicológicas frente aos prejuízos do consumo dessa substância.

O instrumento AUDIT contém 10 questões em relação ao uso do álcool em relação ao último ano de consumo; de acordo Pillon e Corradi-Webster (2006) estas questões são organizadas fatorialmente em três dimensões: a primeira, refere-se a uma medida sobre a quantidade e a frequência do uso regular ou ocasional de álcool (por exemplo, frequência de uso, quantidade em um dia típico e frequência de beber pesado) categorizada como *Padrão consumo de álcool*; as três questões seguintes investigam sintomas de dependência (por exemplo, dificuldade de controlar o uso, aumento da importância da bebida e beber pela manhã) categorizadas como *Sinais e sintomas de dependência*; por fim, as quatro questões finais, referem-se a problemas recentes na vida relacionados ao consumo (por exemplo, sentimento de culpa após o uso de álcool, esquecimentos após o uso, lesões causadas pelo uso do álcool e preocupação de terceiros) e que são categorizadas como *Problemas decorrentes do álcool*. Considerando a importância do instrumento AUDIT, viu-se a necessidade de avaliar o quanto as pessoas que vivem em vulnerabilidade diferenciam em suas respostas no que se refere ao uso excessivo de álcool.

MÉTODO

Amostra

Participaram do estudo, 49 sujeitos em situação de vulnerabilidade (trinta mulheres profissionais do sexo, sete travestis e onze eram moradores na rua) na cidade de João Pessoa; estes tinham idade de 19 a 59 anos (Media = 22,61; dp = 5,92), sendo 62% mulheres e 42% da amostra afirmando ter uma renda econômica entre 1.001,00 e 2.000,00 R\$. Essa amostra foi não probabilística, pois considerou-se o sujeito que, consultado, se dispôs a colaborar, respondendo o questionário a ele apresentado.

Instrumentos

Os sujeitos responderam um questionário com o seguinte instrumento:

Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool - AUDIT: Trata-se de um questionário desenvolvido para Organização Mundial da Saúde, o qual foi organizado de acordo com Classificação Internacional de Doença (CID-10) destinada ao rastreamento para uso problemático (especificamente, o uso nocivo e dependência) de álcool durante um período de 12 meses (Babor, Fuente, Saunders & Grant, 1992; Babor & Higgins-Biddle, 2001; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Saunders, Aasland, Babor, Fuente & Grant, 1993).

No Brasil, foi Figlie, Pillon, Laranjeira e Dunn (1997) que validaram o AUDIT com o objetivo de avaliar os problemas relacionados ao álcool em contexto hospitalar e em adolescentes, jovens, jovens adultos e adultos em diversos

países (Bergman & Källmén, 2002; Kerr-Corrêa, Dalben, Simão et al., 1999; Kerr-Corrêa, Dalben, Trinca et al., 2001; Kerr-Corrêa, Simão, Dalben et al., 2002; Laranjeiras et. al., 2007); em todas essas amostras os instrumento revelou indicadores estatísticos confiáveis.

O instrumento AUDIT contém 10 questões em relação ao uso do álcool em relação ao último ano de consumo; de acordo Pillon e Corradi-Webster (2006) estas questões são organizadas fatorialmente em três dimensões: a primeira, refere-se a uma medida sobre a quantidade e a frequência do uso regular ou ocasional de álcool (por exemplo, frequência de uso, quantidade em um dia típico e frequência de beber pesado) categorizada como *Padrão consumo de álcool*; as três questões seguintes investigam sintomas de dependência (por exemplo, dificuldade de controlar o uso, aumento da importância da bebida e beber pela manhã) categorizadas como *Sinais e sintomas de dependência*; por fim, as quatro questões finais, referem-se a problemas recentes na vida relacionados ao consumo (por exemplo, sentimento de culpa após o uso de álcool, esquecimentos após o uso, lesões causadas pelo uso do álcool e preocupação de terceiros) e que são categorizadas como *Problemas decorrentes do álcool*.

De acordo com os autores supracitados, os escores variam de zero (0) a 40 e são obtidos por meio da somatória das questões do AUDIT. Uma pontuação igual ou superior a oito refere-se a um padrão de risco ou uso problemático de álcool, para pontuações inferiores a esse escore considera-se uso não problemático ou baixo risco. O AUDIT tem uma grande

vantagem de permitir classificar em quatro padrões de uso ou nível de risco quanto ao consumo; estes níveis são organizados em Zonas.

O conceito de Zonas de Risco é interessante pelos seguintes motivos: pautando-se no conceito de prevenção do uso de álcool, permite distanciamento da visão baseada na dependência – que dicotomiza os pacientes em dependentes e não dependentes – instituindo padrões gradativos de uso; em decorrência, as Zonas Contínuas permitem um enfoque na prevenção, uma vez que o paciente é sensibilizado para a redução do uso de álcool, sendo estimulado para ingresso em Zona de menor risco (Moretti-Pires & Corradi-Webster, 2011, 499). Desta forma, as zonas avaliativas são as seguintes: zona I (Até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: sugere uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (acima de 20 pontos: demonstra possível dependência) (Babor, et al., 2004; Moretti-Pires & Corradi-Webster, 2011).

Procedimentos

Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa seguiram as orientações previstas na Resolução 466/2012 do CNS e na Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia para as pesquisas com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2012; Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia [ANPEPP], 2000).

Administração

Colaboradores com experiência prévia na administração do instrumento foram responsabilizados pela coleta dos dados e apresentaram-se as pessoas na rua, em suas residências ou em instituições responsáveis para o apoio social deles como interessados em conhecer as opiniões e os comportamentos deles sobre as questões descritas no instrumento da pesquisa.

Solicitou-se a colaboração voluntária das pessoas no sentido de responderem um breve questionário. Após ficarem cientes das condições de participação na pesquisa, assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi-lhes dito que não havia resposta certa ou errada. A todos foi assegurado o anonimato das suas respostas informando que estas seriam tratadas em seu conjunto. A escala foi respondida individualmente, em sala de aula, logo após a autorização do coordenador do curso e professor da disciplina que seria ocupada para a administração da pesquisa.

Apesar de o instrumento ser auto-aplicável, contando com as instruções necessárias para que as pessoas possam responder as questões exigidas no instrumento, os colaboradores na aplicação estiveram presentes durante toda a administração do mesmo para retirar eventuais dúvidas ou realizar esclarecimentos que se fizessem indispensáveis. Um tempo médio de 30 minutos foi suficiente para concluir essa atividade. Quanto à análise dos dados, realizou-se, além das análises descritivas e de correlação de Pearson, o cálculo

do Lambda 2 de Guttman e do qui-quadrado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Efetuiu-se, inicialmente, uma análise do lambda 2 de Guttman para avaliar a consistência do instrumento da medida sobre o consumo de álcool nas amostra coletada; o uso desse coeficiente se deve ao fato de encontrar em alguns estudos a condição estatística a qual sugere que este lambda é uma melhor estimativa de confiabilidade quando o instrumento avaliado é composto por poucos itens formadores dos fatores ou devido ao N amostral (Tellegen & Laros, 2004). Desta forma, seja ao tratar a estrutura fatorial em uma única fatorialidade (pontuação total dos itens, $AUDIT_{total}$), seja em sua distribuição trifatorial (por exemplo, Padrão Consumo de Álcool; Sinais Sintoma de Dependência e Problemas Uso Álcool) observaram-se que o lambda 2 de Guttman revelaram escores satisfatórios (respectivamente, 0,93; 0,73; 0,82 e 0,83). Desta maneira, os resultados observados neste estudo, garantiram a fidedignidade da medida do uso excessivo de álcool em pessoas que se encontra em situação de vulnerabilidade; com base nestes lambdas e justificando o uso de mais um elemento estatístico que possa sustentar a confiança de tal medida, optou-se em avaliar a correlação entre os itens do AUDIT na respectiva amostra. Sendo assim, optou-se pela realização de uma correlação de Spearman entre os itens; observaram-se que todos os itens se correlacionaram entre si e significativamente (ver tabela 1), isto é, os itens da respectiva medida mensura na direção pretendida. A título de acréscimo, observou-se também, uma

relação positiva entre os fatores do AUDIT (Padrão Consumo de Álcool; Sinais Sintoma de Dependência e Problemas Uso Álcool) os quais variaram de 0,74 a 0,76.

Ciente da qualidade e segurança do instrumento optou-se em avaliar a frequência nas zonas de riscos dos respondentes bem como, a comparação dos grupos nas respectivas

Tabela 1: Escores correlacionais de Spearman entre os itens do AUDIT.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Audit 01	---									
Audit 02	0,30*	---								
Audit 03	0,59*	0,38*	---							
Audit 04	0,54*	0,31*	0,73*	---						
Audit 05	0,40*	0,45*	0,57*	0,52*	---					
Audit 06	0,38*	0,31*	0,54*	0,54*	0,44*	---				
Audit 07	0,50*	0,63*	0,78*	0,63*	0,71*	0,49*	---			
Audit 08	0,49*	0,33*	0,56*	0,42*	0,69*	0,41*	0,69*	---		
Audit 09	0,32*	0,43*	0,32*	0,32*	0,43*	0,31*	0,47*	0,39*	---	
Audit 10	0,30*	0,48*	0,45*	0,39*	0,43*	0,34*	0,66*	0,40*	0,62*	---

Notas: * p < 0,05

O AUDIT no presente estudo pode ser considerado confiável quando se pretender avaliar, em termos de uma medida psicológica, o problema em relação ao uso excessivo de álcool; com isso, os resultados salientados acima, destacam que esse fenômeno é reconhecido pelos respondentes e que poderá ser avaliado através de três fatores que, hierarquicamente, representam níveis de gravidade alcoólica, os quais estiveram, positivamente, interrelacionados; estes fatores, não apenas refletem um grave problema social, mas, também, que possível poderá influenciar no desenvolvimento e estruturação psicológica dos sujeitos (Formiga, Picanço, Souza & Santos, 2013).

zonas; para isso, avaliou- através do teste de qui-quadrado, a associação entre zona de risco e sujeitos vulneráveis; na tabela 2 é possível observar que, tanto as prostitutas quanto os travestis se encontravam na zona 2 de risco alcoólico (a qual sugere risco no consumo de álcool), porem, sendo os travestis aqueles que mais tende ao risco, com 100% em frequência nesta zona; chama-se a atenção para os moradores de rua, estes, tiveram uma frequência de 91% na zona 4 (possível dependência do álcool) ($\chi^2 = 20,41$, gl = 6, p < 0,01).

Tabela 2: Freqüência, em percentagem, do AUDIT em diferentes grupos em vulnerabilidade.

	GRUPOS VULNERAVEIS		
	Prostitutas	Moradores de rua	Travestis
Zona 1 (indica uso de baixo risco)	13%	0%	0%
Zona 2 (Sugere uso de risco)	53%	9%	100%
Zona 3 (Sugere uso nocivo)	17%	0%	0%
Zona 4 (Demonstra possível dependência)	17%	91%	0%

De forma geral, o presente estudo enfatizou o padrão de consumo de álcool em relação em diferentes grupos em vulnerabilidade social; inicialmente, os achados do estudo corroboraram a consistência psicométrica em relação à robustez de um instrumento avaliador deste fenômeno nos respectivos respondentes; também, é desacatado que a inserção dos sujeitos avaliados na zona de risco ao consumo excessivo estar associado a sua pertença de grupo social.

Observou-se que a variação percentual nas zonas de risco salienta uma realidade de um 'constante' problema em relação ao consumo de álcool; esta condição, progressivamente, inclui os referidos grupos em um aumento, com o tempo, o contexto social e relação interpessoal no envolvimento de dependência do álcool, podendo influenciar na saúde física e psicológica. A proposta de avaliar, através de um instrumento de medida quantitativo, o fenômeno do uso excessivo de álcool em grupos em

vulnerabilidade, teve como objetivo apresentar, dentre os muitos problemas existentes para estes respondentes (o qual merece intervenção psicossocial), um outro, o problema no uso de álcool.

Seja qual for a justificativa que os respondentes possam apresentar para consumir muito álcool, ainda não é suficiente, pois, o poder público social e de saúde devem estabelecer critérios de investimentos econômicos e sociais para o controle e tratamento do álcool na vida destas pessoas. Com este estudo, pretende-se destacar questões muito maiores, por exemplo: desenvolvimento da autoestima, valorização e dignidade humana, saúde mental, harmonia no desenvolvimento das relações interpessoais, etc.

Ao apontar em direção desta gravidade social vivida pelos sujeitos da pesquisa e o contexto social nos quais estão inseridos, reflete-se a respeito de um problema de alta complexidade, pois, eles para ser organizarem psicossocialmente, fazem uso de substâncias que poderão gerar um conforto ou desinibição para concretizar

seus atos ou para que, ao consumir o álcool, 'anestesiarem' a realidade social e emocional em que vivem; para que esse fenômeno possa ser compreendido de forma mais ampla, outras variáveis poderiam fazer parte de futuros estudos, por exemplo: a socialização alcoólica, a dinâmica social e psicológica da iniciação no álcool e quais os sujeitos influenciadores, etc.

O fato é que, a partir desses resultados, denota-se que, ao comparar com outros estudos que contemplaram a medida AUDIT com grupos de risco e fora do risco, as pessoas que estavam em vulnerabilidade apresentaram maiores frequências nas respostas em zonas de maior risco alcoólico, bem como, incluindo a outros riscos-fenômenos, por exemplo, a violência, a criminalidade, etc. (Andrade & Anthony, 2009; Chalub & Telles, 2006; Franchino, Nóbrega & Castellanos, 2009; Sintra & Formiga, 2012; Formiga, Picanço, Souza & Santos, 2013).

CONCLUSÃO

A partir destes resultados, busca-se não apenas salientar que o problema do consumo de álcool afeta a dimensão física da pessoa, mas, também, psicológica e social, condições que seriam úteis quando se propuser práticas sociais, políticas públicas e processos de intervenção que pretendam orientar os grupos de risco sociais em relação a conscientização do problema e da redução de danos, tratando e inibindo um problema mais grave, como é o caso da compulsão e dependência alcoólica. Investir nesta direção, contemplando a saúde como um todo (física, social e mental), mas, também, a melhoria nas relações interpessoais.

De forma geral, o problema do consumo de álcool é um fenômeno múltiplo e que merece atenção de equipes de saúde diversificadas; considerando a literatura sobre o tema, estas, contemplam tanto profissionais da variada área da saúde quanto social e humana; por fim, futuros estudos devem ser realizados tanto para garantir a confiança na replicação da medida AUDIT no que se refere a avaliação desse fenômeno em outros contextos sociais, políticos, educacionais e econômicos, bem como, de grupos e pessoas que estão em situação de risco.

Para isso, é necessário considerar os aspectos mais específicos ou universais de cada cultura e grupo social quando se pretender mensurar e diagnosticar esse problema na sociedade.

Considerando, as observações feitas por Formiga, Picanço, Souza e Santos (2013), o uso de álcool poderá influenciar na conduta dos sujeitos e que esta tem uma base psicológica seria de muito útil avaliar esse problema tendo o foco na perspectiva desenvolvimentista e emocional na estruturação e funcionalidade psicológica dos sujeitos, por exemplo, autoestima, bem-estar subjetivo, depressão, etc.

REFERÊNCIAS

Agante, D. M. C. (2009). *Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior*. (Dissertação de Mestrado não publicada) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

Andrade, A. G.; Anthony, J. C. & Silveira, C. M. (2009). *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri, SP: Minha Editora.

Associação Nacional De Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. (2000). *Contribuições para a discussão das Resoluções CNS nº. 196/96 e CFP Nº 016/2000*. Disponível em: http://www.anpepp.org.br/XIISimposio/R/el_ComissaoEticasobre_Res_CNS_e_CFP.pdf.

Babor, T. F. et al. (1992). *O alcohol use disorders identification test: orientações para o uso em saúde*. Genebra: OMS.

Babor, T. F.; Higgins-Biddle, J. C.; Saunders, J. B & Monteiro, M. G. (2001). *Audit: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for Use in Primary Care*. WHO/PSA.

Babor, T. F. & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief Intervention. For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care*. WHO/PSA.

Bergman, H. & Källmén, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorder Identification Test. *Alcohol*, 37, 245-251.

Breda, J. J. R. S. (2010). *Problemas Ligados ao Álcool em Portugal: Contributos para uma estratégia compreensiva*. (Tese de Doutorado não publicada) - Faculdade

de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Portugal.

Bye, E. K. & Rossow, I. (2010). The impact of drinking pattern on alcohol – related violence among adolescents: an international comparative analysis. *Drug and Alcohol Review*, 29 (2), 131-136.

Carlini, E. A. Carlini-Contrim B. & Silva-Filho, A. R. (2007). *II levantamento nacional sobre o uso de psicótropicas em estudantes de 1º e 2º graus*. São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicótropicas, Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo.

Carlini-Cotrim B.; Gazal-Carvalho C. & Gouveia N. (2000). Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6), 636-345.

Carvalho, F. N. (2010). *Hábitos Alcoólicos dos Estudantes do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior* (Dissertação de Mestrado não publicada). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Portugal.

Chalub, M. & Telles, L. E. B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 69-73

Conselho Nacional De Saúde. (1996). *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.

Dallo, L., & Martins, R. A. (2011). Uso de álcool entre adolescentes escolares: Um estudo-piloto. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21 (50), 329-334.

Fachini, A. (2009). *Influência de expectativas e do grupo de pares sobre o comportamento do uso de álcool entre estudantes da área da saúde: uma perspectiva das diferenças de gênero*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Figlie, N. B., Pillon, S. C., Laranjeira, R. R., & Dunn, J. (1997). Audit indentifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46(11), 589-593.

Formiga, N. S. (2011). Um nexos causal entre variáveis da violência em jovens. *Caderno de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas*, 12 (100), 86-104.

Formiga, N. S., Galdino, R. M. G. M., Ribeiro, K. G. O. & Souza, R. C. (2013). Identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT): a fidedignidade de uma medida sobre o consumo exagerado de álcool em universitários. *Psicologia.com.pt*, 1, 1-13, Disponível em: <http://www.psicologia.pt/>

Formiga, N. S., Picanço, E. L., Souza, R. C. M. & Santos, J. D. B. (2013). Identificação do problema com o consumo alcoólico em pessoas vulneráveis e não vulneráveis e sua relação com autoestima. *Psicologia.com.pt*, 1, 1-18. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/>

Franchino, D.; Nóbrega, M. P. S. S. & Castellanos, M. E. P. (2008). Venda de bebida alcoólica e violência: o que pensam os donos de bares. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4 (2), 1-12.

Garcia, N. A. A.; Aguilar, L. R. & Facundo, F. R. G. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 4 (1), 1-17.

Kerr-Corrêa, F., Dalben, I., Trinca, L. A., Simão, M. O., Mattos, P. F., Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Mendes, A. A. (Eds.). (2001). *I Levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais de vida dos estudantes da UNESP (1998)*, (Vol. 14). Pesquisa V. Unesp. São Paulo, SP: Fundação para o Vestibular da Universidade Estadual Paulista.

Kerr-Corrêa, F., Simão, M. O., Dalben, I., Martins, R. A., Trinca, L. A., Penteadó, M. A. C., Sanches, A. F., Oliveira, S. M., Beig, M. L., & Ortigosa, S. (2002, Julho). High risk alcohol use in Brazilian college students (UNESP): Preliminary data from a preventive study. *Full Papers presented of the XXVIII Annual Alcohol Epidemiology Symposium*, Paris.

Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M. & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Llorens A., Palmer P. & Perellón del Río M. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la

conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 7 (2), 90-96.

Martins, J. R. S. V. (2009). *O consumo de bebidas alcoólicas nos adolescentes*. (Monografia de licenciatura em ciências da enfermagem). Porto, Portugal. Universidade Fernando Pessoa.

Moretti-Pires. R. O. & Corradi-Webster, C. M. (2011). Adaptação e Validação do Alcohol use Disorder Identification Test (AUDIT) para a população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (3), 497-509.

Musitu G., Jiménez T. I. & Murgui S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública México*, 49 (1), 3-10.

Navarro, H. & Pontillo, C. H. (2002). Autoestima del adolescente y Riesgo de Consumo de Alcohol. *Actualización en Enfermería*; 5 (1), 7-12.

Pastor, Y.; Balaguer, I. & García-Merita, M.L. (2000). Estilo de vida saludable en la adolescencia media: análisis diferencial por curso y sexo. *Revista de Psicología de la Salud*, 12 (2), 55-74.

Pillon, S. C. & Corradi-Webster, C. M. (2006). Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. *Revista de Enfermagem*, 14, 325-332.

Romera, L. A. (2008). *Juventude, lazer e uso abusivo de álcool*. Disponível em: <http://www.Bibliotecadigital.unicamp.br/document/ode=vtls000445959>.

Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804.

Silva, L. V. E. R., Malbergier, A., Stempliuk, V. A. & Andrade, A. G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40 (2), 280-288.

Sintra, C. I. F. & Formiga, N. S. (2012). Condutas desviantes e habilidades sociais em jovens portugueses toxicodependentes e não-toxicodependentes. *Encontro: Revista de psicologia*, 15 (23), 9-25.

Tellegen, P. J., & Laros, J. A. (2004). Cultural bias in the SON-R test: Comparative study of Brazilian and Dutch children. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 103-111.

WHO (1992). Regional Office for Europe. *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen: OMS.

ATTACHMENT STYLES AND RELATIONSHIP SATISFACTION

ESTILOS DE APEGO Y SATISFACCIÓN CON LA PAREJA

Sheila Pintado & Andrea Mendoza

Información de los autores: *Sheila Pintado*. Ph.D. in Psychology by University of Valencia (Spain) and specialist in Clinical and Health Psychology. Currently, she is working as a full time professor in The University of Las Americas Puebla (UDLAP) and investigating as a part of the SNI (national system of investigators in Mexico).

Andrea Mendoza. Licenciada en Psicología en la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP) y su interés principal se enfoca en la terapia familiar, estilos de apego y bienestar, realizando en 2014 una tesis relacionada con este tema y obteniendo la calificación máxima. En 2015, se incorporó al Colegio Darlington de Puebla como encargada del Departamento Psicopedagógico de la escuela. Entre las actividades realizadas con este puesto se destaca la intervención en crisis, escuela para padres, taller de inteligencia emocional para niños, así como terapia individual. Actualmente, forma parte de la Dirección de Primaria del mismo colegio, estando a cargo de la coordinación académica y conductual de los alumnos, docentes y padres de familia de la escuela.

Referencia recomendada: Pintado, S., & Mendoza, A. (2016). Attachment styles and relationship satisfaction. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 157-168.

Abstract: Satisfaction with relationship is related to many variables. One of these variables is the attachment style of people. The objective of this study was to evaluate the relation between relationship satisfaction and the different attachment styles. The sample consisted of 162 persons with age ranged between 18 and 72 years with an average of 37 years (D. T= 13,214). The instruments used were the Dyadic Adjustment Scale (DAS) and the Adult Attachment Scale (AAS). Each individual completed self-reported questionnaires anonymously. Results indicate that there is a significant relation between these two variables ($p < .001$), and we could observed that secure attachment was related to the highest levels of satisfaction.

Keywords: Attachment, Relationships, Satisfaction, Couple

Recibido: 14 de Marzo de 2016

Aprobado: 30 de Junio de 2016

INTRODUCTION

For many years social psychologists have been questioned about romantic relationships and their functionality. Several research and hypotheses have emerged from these questions in order to be able to give some answers about the qualities to find a couple or to be able to establish a satisfactory relationship. However, there are only few theories that have been able to prove this topic empirically, one of them is the relationship between the romantic relationship and the attachment theory. Attachment theory refers to the universal human need to form close emotional ties and to turn to in times of stress or suffering. The research that later appeared, suggest that there is a correlation between the attachment style developed in childhood and certain important variables during adulthood.

The term "Attachment" was conceptualized as the affective connection between two individuals that provides them with a firm emotional foundation from which they can interact with the world. Characteristics of this type of relationship include supportiveness, trustworthiness, caring, and acceptance (Bowlby, 1969). Since the parents are the closest people a child has, they are the ones in charge of teaching them how a relationship has to be. The findings of Hazan and Shaver (1987) suggest that the opposite-sex parent may be used as a model for what heterosexual relationships are like or should be like, and what a person should expect from a romantic partner. Thus, although both parents may contribute to a person's beliefs about him- or herself and the social world in general, the opposite-sex parent may play a special role in shaping beliefs and

expectations central to heterosexual love relationships. Several studies have reported that the relative prevalence of the three attachment styles in adults is similar to that found in infancy (Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer, Florian & Tolmacz, 1990).

Bowlby classifies attachment into three types; secure, anxious/ambivalent and avoidant. The typical securely attached infant was distressed when the mother left the room, was comforted by her return, and engaged in active exploration as long as she was present. Caregivers were judged to be consistently available and responsive to the needs of the child. In the Anxious/ambivalent attachment, the child manifest constant fear with the possible separation of the mother, giving behaviors of protest when she moves and holding her in an exaggerated manner. During the separation the infant does not support the consolation of the stranger.

The typical caregiver of an anxious/ambivalent attached infant, exhibited inconsistent responsiveness to the infant's signals, being sometimes unavailable or unresponsive and at other times intrusive. Anxious attached infants appeared both anxious and angry and were preoccupied with their caregivers to such a degree that it precluded exploration while playing. In the avoidant attachment, the child shows little resistance to the separation and avoids heavily any contact. When he or she is separated from the mother, easily admits the consolation of the strange. This defensive reaction and rejection is a way to protect them, because they no longer trust the object of attachment (Bowlby, 1989). These infants appeared not to be distressed by separations, avoided

contact with their caregivers, and kept their attention directed toward the toys. Caregivers of avoidant-attached infants consistently deflected their infants' bids for comfort, especially for close bodily contact.

Hazan and Shaver (1994) were the first to use attachment theory as a framework for understanding adult love relationships. They argued that not only early relationships had an impact on the romantic relationships in adulthood; they also claimed that romantic love was also a process of attachment that shares important similarities with the attachment between the child and the caregiver. The authors pointed out that if the couple of a relationship in the adult life began to give the same functions and were able to satisfy the needs of emotional support and security that parents, who are the main responsible during childhood, then at some point the attachment will be transformed from parents toward the couple.

The evidence that supports these approaches is vast: a large number of studies have demonstrated the association between adult attachment and satisfaction, both in marriage as in unmarried couples (Bartholomew & Horowitz, 1991; Barse, 2004; Collins & Read, 1990; Feeney & Noller, 1990; Guzmán & Contreras, 2012; Hammond & Fletcher, 1991; Hartup & Rubin, 1986; Hartfield & Raspon, 1993; Hazan & Shaver, 1987; Hinde, 1979; Hinde & Stevenson-Hinde, 1986; Hollist & Miller, 2005; Kirkpatrick & Hazan, 1994; Meyers & Landsberger, 2002; Ojeda, 2006; Ortiz, Gómez & Apodaca, 2002; Retana & Sánchez, 2008; Rivera, Cruz & Muñoz, 2011; Shaver & Rubenstein, 1980; Shaven

& Hazan, 1988; Shaver, Hazan & Bradshaw, 1988; Simpson, 1990; Weiss, 1982; Weiss, 1986).

Lopez (1993) notes that it is in the relationship with the attachment figures where the child learns to communicate with others, learns forms of intimate contact (touching and being touched, embrace and be embraced, kissing and being kissed, look and be looked at, etc.) and systems of communication, which subsequently will be influenced in emotional relationships and sex. Kobak and Hazen (1991) studied marital quality among 40 couples and found higher levels of marital satisfaction in securely attached couples. Secure attachment also is predictive of successful conflict resolution (Kobak & Hazen), relationship independence, commitment, trust (Simpson, 1990), and positive emotions in marriage (Collins, 1996).

Comparing the kind of attachment to romantic relationships it can be said that when a person is attached to the style "Secure," he does it freely, maintains its independence, can take their own decisions, knows that a relationship takes commitment, intimacy, and expression of feelings, so this person take the time and effort (Bowlby, 1969). In the research of Hazan and Shaver (1987) the authors reported that people with a secure attachment described their love life as happier, friendly and full of trusted experiences. In addition they tended to have longer-term relationships. Studies on attachment patterns in adults have shown that people with secure attachment tend to live close relationships with joy and positive emotions, trust each other and generally accept their partner despite the flaws,

and have more ability to solve interpersonal conflicts. It also has been reported in these people the highest levels of satisfaction, confidence and lower levels of unmet expectations of their partners (Feeney & Noller, 2001). These kinds of people show an attitude of peace, joy, happiness and even good communication when the partner is absent. They are people who tend to value herself, that are able to behave independently, without their decisions depending on other member of the dyad. Generally, they perceived a good level of satisfaction with their partner and with the kind of relationship they have built (Ojeda, 2007).

People with an "Avoidant" attachment tend to feel little valued or recognized by their partner. They are very susceptible, cautious, and avoid giving all for fear of leaving emotionally hurt and are always on the defensive. People with high avoidance described their relationships characterized by fear of closeness and frequent emotional ups and downs (Hazan & Shaver, 1987). For this reason the people in the unsafe attachment enjoy less of their relationships. In another hand, Feeney and Noller (2001) found that people in the avoidant style were more likely to say they have never been in love, to not compromise and to have low ideals about love. In this kind of people, love is very often marked by the rejection of the intimacy, by the difficulty to depend on the other hand, a lack of confidence, emotional ups and downs and the difficulty in accepting the defects of the partner. When a person with this type of attachment gets involved in a relationship, unconsciously they try to get rid of it, and they look for real or imagined reasons that believe them

concern; in fact, the person finds their reasons and they want to be right on them, in order to breakup the relationship (Rony, 1992).

Finally, if the person has an "Anxious/ambivalent" attachment is characterized by being scary of intimacy, retracted and evasive (Bartholomew, 1990), the way they act when they are jealous is with feelings of misery and distress, in addition to thoughts of disillusionment and insecurity in the disloyalty and possible attack by the partner causing anger and irritation to the lack of control in the relationship (Díaz-Loving et al., 1986). People with greater anxiety in the attachment are more prone to jealousy, obsession or extreme sexual attraction (Hazan & Shaver, 1987). Their relationships are characterized by an obsessive concern by abandonment, desire union end and reciprocity, mistrust, jealousy and a greater vulnerability to loneliness (Brennan & Shaver, 1995; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Hendrick, Hendrick & Adler, 1988; Pistole, 1989). This type of people will show in the presence or absence of the other member of the relationship an attitude of restlessness, and even at times of despair because there is the uncertainty of abandonment, physical or psychological loss of the figure of love. In such a way that they look for up to know everything their partner does and where they are every time (Ojeda, 2007). When it has formed an attachment style with anxiously behaviors and insecurities the relationships tend to be unstable, apprehensive, jealousy, with higher levels of anxiety, and a dependent or addictive love.

According to data obtained by different research as we see before, people with a secure attachment shows the higher levels of satisfaction and involvement in a romantic relationship, while the subjects with anxious or avoidant attachment are recorded the lowest levels of satisfaction in couple relationships (Davila, Bradbury & Fincham, 1998; Jacob, 1999; Kirkpatrick & Davis, 1994; Kovac & Hazan, 1991; López et al., 1994; Myers, 2000; Rivera, 1999; Timm, 2000).

From the above, this research is aimed to study the relation between the levels of satisfaction in couple's relationship according to the attachment style.

METHOD

Participants

The sample for this research consisted of 162 participants, 67% women (N=109) and 33% men (N= 53). The average age was 37 years (D. T=13,214), in which the minimum age recorded was 18 years and the maximum 72 years. One of the requirements was that all the participants currently had a romantic relationship. Participants were selected randomly through availability.

Measures

For general data, we created a questionnaire for purposes of the research, where we collected the most relevant demographic data; gender and age.

To measure the relationship satisfaction, we used the Dyadic Adjustment Scale (DAS), created by Spanier in 1976. It is a questionnaire of 32 items that measure

the degree of harmony or adjustment of a couple. The population for this questionnaire is for married and unmarried couples. This scale assesses one general grade from 0 to 150 that consists in 4 dimensions; consensus: degree of agreement between the couple, in important aspects of the relationship, cohesion: degree to which the couple is involved in joint activities, satisfaction: degree of satisfaction of the couple in relation to its present and its degree of commitment to continue with this relationship, expression of affection: degree to which the couple is satisfied with the expression of the affection within the relationship and with the satisfaction that is derived from the sexual relationship. Its format is of scale Liker, with score of 0 to 4 or 5, with the exception of two items that scored 0 to 1 and an item from 0 to 6.

José Moral de la Rubia currently validates the Dyadic Adjustment Scale in the Mexican population in 2009. Its internal consistency was high ($\alpha = .93$)

To evaluate the attachment style, we used the Adult Attachment Scale (AAS). This questionnaire was created by Collins and Read (1990) derived from the descriptions made by Hazan and Shaver (1990) and adapted and validated in Latin American population by (Tacon & Caldera, 2001). This scale consists of 18 items that the average of the results gets three different types of attachments; secure, avoidant and anxious/ambivalent. The scales range from 1 to 5, where 1 means "never" and 5 "always". The items are divided into three factors of six items each: dependency, anxiety, and intimacy. The Cronbach's alpha was 0.75, 0.72 and 0.69

respectively. The factor dependency is defined when the individual feels that she or he can depend on others and believe that they will be there when you need them. The anxiety factor is the degree of anxiety or fear about being abandoned or not wanted. Finally, the factor of intimacy refers to the comfort that an individual feels with closeness or intimacy.

Collins and Read (1990) reported that when the scores of the dimensions of dependence and intimacy are higher than the scores of the dimension of anxiety, there is talk of a secure attachment style; when the scores of the three dimensions are smaller, there is an attachment style of avoidance, and when the scores of the dimension of anxiety are bigger than the dimensions of dependency and intimacy, there is an anxious ambivalent attachment style.

Procedure

In first place, this investigation obtained the support of the ethical committee corresponded to investigate with human beings.

Then, the participants were randomly selected following the requirements (must be at least 18 years old and a current relationship). This research was carried out at a unique moment managing the instruments mentioned above on an individual basis. We emphasized to all the participants the anonymous and confidentiality of their responses, and after they signed the informed consent, we applied the questionnaires based on self-report measurements.

Finally, we created a database to make a statistical analysis using the program

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), and specific calculations in this regard: Chi-square and Pearson's correlation coefficient.

RESULTS

The total number of people who had a secure attachment style was 128. What we observed was that 113 participants gained a good satisfaction in their relationship and obtained a type of secure attachment. It should be noted that 44 of these 113 participants came out with an idealized relationship. Only 15 people obtained a type of secure attachment and marked a conflictive relationship with their partner. The total number of people with an anxious attachment style was 9, which 4 of them had a conflictive relationship and 5 of them harmonious. In total there were 7 people that had an avoidant attachment style, of which 4 have a conflictive relationship and 3 harmonious (Table 1).

Table 1. Attachment styles and relationship styles

		EATOTAL				Total
		Secure	Anxious/ambivalent	Avoidant	Undifferentiated	
DASLIM	Conflict	15	4	4	7	30
	Harmonious	69	5	3	8	85
	Idealized	44	0	0	3	47
Total		128	9	7	18	162

For purposes of this study, and given the results obtained we wanted to add a section on attachment style called "undifferentiated" in which there are specific participants whose results fell into a pattern of dependence on the couple, considerable anxiety, and a good percentage of intimacy to the couple, 18 people formed this group; 7 of them of

them had a conflictive relationship, 8 harmonious, and 3 idealized.

About relation between relationship satisfaction and the attachment style, we could observe that there was significant, $p < .001$ (Table 2). In this sense, our results show that relationship satisfaction with partners depends on the people's attachment style.

Table 2. Relation between attachment styles and couples satisfaction

	Value	df	Sig. (bilateral)
Chi-square of Pearson Reason Lineal association	23.402 ^a	6	.001
N	24.708	6	.000
	13.564	1	.000
	162		

On another part, we assessed the total of Dyadic Adjustment Scale (DAS) with the scores obtained in the different aspects to measure the attachment style, with a Pearson correlation (see Table 3). It was noted that the total DAS maintained a statistically significant relationship with the aspect of dependence and anxiety ($r = .257$ and $r = -.245$, respectively; both with a bilateral significance of .01). However, no relations were observed with the aspect of intimacy. Therefore, a greater satisfaction of couple relates to less emotional dependency and with less anxiety.

Table 3. Correlations between couples satisfaction and dependence, anxiety and intimacy

		DASTOTAL	EAD	EAA	EAI
DASTOTAL	Pearson's correlation	1	.257**	-.245**	.073
	Sig. (bilateral)		.001	.002	.357
	N	162	162	162	162
EAD	Pearson's correlation	.257**	1	-.276**	.224**
	Sig. (bilateral)	.001		.000	.004
	N	162	162	162	162
EAA	Pearson's correlation	-.245**	-.276**	1	-.291**
	Sig. (bilateral)	.002	.000		.000
	N	162	162	162	162
EAI	Pearson's correlation	.073	.224**	-.291**	1
	Sig. (bilateral)	.357	.004	.000	
	N	162	162	162	162

As for the aspects that measure the type of attachment, we found a significant relation between dependence and anxiety and intimacy ($r = -.276$ and $r = .224$, respectively, both with a bilateral significance of .01). We also observed that anxiety was related to the intimacy factor ($r = -.291$; with a bilateral significance of .01). That means that people who obtained higher levels of dependence have less intimacy and higher levels of anxiety. These results show that when there are higher levels of anxiety there is lower intimacy (see Table 4).

Table 4. Correlations between dependence, anxiety and intimacy

		EAD	EAA	EAI
EAD	Pearson's correlation	1	-.276**	.224**
	Sig. (bilateral)		.000	.004
	N	162	162	162
EAA	Pearson's correlation	-.276**	1	-.291**
	Sig. (bilateral)	.000		.000
	N	162	162	162
EAI	Pearson's correlation	.224**	-.291**	1
	Sig. (bilateral)	.004	.000	
	N	162	162	162

** Significant correlation level 0,01 (bilateral).

DISCUSSION

The results obtained in this study allow us to confirm that the objective was reached, which we can prove that the participants of this study, which had a

secure attachment style, have indicated higher levels of satisfaction with their partner. This finding is consistent with prior findings (Bartholomew & Horowitz, 1991; Collins & Read, 1990; Feeney & Noller, 1990; Guzmán & Contreras, 2012; Hammond & Fletcher, 1991; Hartup & Rubin, 1986; Hartfield & Raspon, 1993; Hazan & Shaver, 1987; Hinde, 1979; Hollist & Miller, 2005; Kirkpatrick & Hazan, 1994; Meyers & Landsberger, 2002; Ojeda, 2006; Ortiz, Gómez & Apodaca, 2002; Rivera, Cruz & Muñoz, 2011; Shaver, Hazan & Bradshaw, 1988; Simpson, 1990; Weiss, 1986).

At the beginning of this research we make an emphasis that we were going to asked our participants about their age and their gender so that we could discover if there was a factor that influences our results. However, it was discovered that there was no significant relation with age and sex. This means that it doesn't matter the age of a person or if they are women or men, what it really relates with higher levels of satisfaction is the type of attachment.

One of the main limitations we found in this study was the amount of male participants, as our sample was by availability the amount of men was lower than the women. We believe that it was a limitation since there is a lot of research that have shown that there is differences of gender speaking specifically of couple relationship, such as communication (Tannen, 1990), the tendency to engage in one night stand relationships (Skolnick, 1978), and their abilities to read the non-verbal language (Hall, 1978).

In this study we observed that of all the participants whose relationship was

conflictive, 76.6 % were women. However, in this case you cannot say that there is a difference between men and women because the number of the total participants was not equitable. Hazan and Shaver (1994) indicate that without doubt human beings are born with a need to feel secure. However, in their article they say that mainly the domain of care and sexuality forms the differences between sexes. In general, women are more oriented to the caregiving and men toward sexuality.

Our recommendations for future research would be to give emphasis on the equitable number of participants by gender; it would be very interesting to discover if there are differences. We also recommend to do the research with the two members of the couple in order to be able to see if there are other factors. It has been found that no matter who of the two members of the couple manifest himself as the predominant Secure Attachment, their features to engage, intimidating in the relationship, permeate each other and interact with the other, favors a satisfactory relationship, because it is associated with more positive features that feeds an interpersonal relationship (Ojeda, 2006).

We can conclude in this study that the attachment styles have a relation with the levels of satisfaction in a romantic relationship.

REFERENCES

Banase, R. (2004). Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21 (2), 273-282.

- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among Young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Separation, Anxiety and Anger*. Nueva Cork: Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. (1ª ed.). Argentina: Paidós.
- Brennan, K.A. & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 267-283.
- Collins, N. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832.
- Collins, N. & Read, S., (1990). Adult Attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (4), 644-663.
- Davila, J., Bradbury, T. & Fincham, F. (1998). Negative affectivity as a mediator of the association between adult attachment and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 5(4), 467-484.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S. & Flores, M. (1986). Celos: Reacciones ante la posible pérdida de la pareja. *La Psicología Social en México*, 1, 386-391.
- Feeney, J. & Noller, P. (1990). Attachment Style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28 (2), 281-291.
- Guzmán, M. & Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé*, 21 (1), 69-82.
- Hall, J. A. (1978). Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological Bulletin*, 85, 845-857.
- Hammond, J. & Fletcher, G. (1991). Attachment styles and relationship satisfaction in the development of close relationships. *New Zealand Journal of Psychology*, 20, 56-62.
- Hartup, W. & Rubin, Z. (Eds.). (1986). *Relationships and development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hatfield, E. & Rapson, R. (1993). *Love, Sex and Intimacy: their psychology biology and history*. USA: Harper Collins. Collage Publishers.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1-22.
- Hendrick, S., Hendrick, C. & Adler, N. (1988). Romantic relationships: Love,

satisfaction, and staying together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 980-988.

Hinde, R. & Stevenson-Hinde, J. (1986). Relating childhood relationships to individual characteristics. In W. Hartup y Z. Rubins (Eds.), *Relationships and development* (pp. 27-49). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hinde, R. A. (1979). *Towards understanding relationships*. Orlando, FL: Academic Press.

Hollist, C. & Miller, R. (2005). Perceptions of Attachment Style and Marital Quality in Midlife Marriage. *Faculty Publications, Department of Child, Youth, and Family Studies*. Paper 43.

Jacob, F. (1999). Continuities in support experience: The prediction of marital satisfaction, emotional well-being and distress from attachment style, perceived support and nonsupport in the context of personal strivings. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(8-B), 4466.

Kirkpatrick, L. & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1, 123-142.

Kirkpatrick, L. & Davis, K. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 502-512.

Kobak, R. & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 60, 861-869.

López-Ibor, J. (1983). *Biblioteca básica de la educación sexual*. México: Editorial Universo.

López, F., Gómez-Zapicain, J., Apodaka, P., Delgado, M. & Marcos, C. (1994). Historia familiar y de apego, estilo educativo, empatía y estilo de apego actual, como mediadores del grado de satisfacción en las relaciones generales, la comunicación afectiva y la actividad sexual en la pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28/29, 19-34.

Meyers, S. & Landsberger, S. (2002). Direct and indirect pathways between adult attachment style and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 9, 159-172.

Mikulincer, M., Florian, V. & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273-280.

Myers, E. (2000). Adult romantic attachment: Emotion regulation strategies and relationship satisfaction. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(7-B), 3574.

Ojeda, A. (2006). *Satisfacción marital en parejas migrantes: Un análisis por combinación de Estilos de Apego/Amor*. RIDEP, 21(1), 23-45.

Ojeda, A. (2007). Evaluación de diferentes estilos de vínculos de pareja. Diferencias entre residentes (México DF) y Migrantes (EEUU). RIDEP, 24(2), 59-76.

- Ortiz, M.J., Gómez, J. & Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 14 (2), 469-475.
- Pistole, C. (1989). Attachment in Adult Romantic Relationships: Style of conflict resolution and relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 505-510.
- Retana, B. & Sánchez, R. (2008). El Papel de los Estilos de Apego y los Celos en la Asociación con el Amor adictivo. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 15-22.
- Rivera, D. (1999). Adult attachment patterns and their relationship to marital satisfaction. *Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and engineering*, 59(11-B), 6120.
- Rivera, D., Cruz, C. & Muñoz, C. (2011). Satisfacción en las relaciones de pareja en la adultez emergente: El rol de apego, la intimidad y la depresión. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 77-83.
- Rony, J. (1992). *Las pasiones*. México: Publicaciones Cruz.
- Shaver, P. R. & Hazan, C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of social and personal relationships*, 5, 473-501.
- Shaver, P.R. & Rubenstein, C. (1980). Childhood attachment experience and adult loneliness. In L. Wheeler (Ed.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 1, pp. 42-73). Beverly Hills, CA: Sage.
- Shaver, P.R., Hazan, C. & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integrations of three behavioral system. In R. Sternberg y M. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 68-99). New Haven, CT: Yale University Press.
- Simpson, J. (1990). Influence of Attachment Style on Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 5, 971-980.
- Skolnick, A. (1978). *The intimate environment: Exploring marriage and the family* (2nd ed). Boston: Little, Brown.
- Spanier, G. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Tacon, A. & Caldera, I. (2001). Attachment and Parental Correlates in Late Adolescent Mexican American Women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 23 (1), 71-88.
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation*. New York: Morrow.
- Timm, T. (2000). The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 60(11-A), 4199.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. Parkers y J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 171-184). New York: Basic Books.

Weiss, R. S. (1986). Continuities and transformations in social relationships from childhood to adulthood. In W. Hartup y Z. Rubing (Eds.), *Relationships and development* (pp. 95-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

¿Desde donde nos leen?

La Revista de Psicología GEPU es actualmente un referente importante de consulta en el área de la Psicología Científica a nivel Latinoamericano y actualmente es de las pocas revistas estudiantiles "que ha logrado ingresar a índices y bases de datos prestigiosas a nivel internacional como EBSCO, Index Copernicus, IMBIOMED y DIALNET" (Arbaiza-Bayona, 2012).



213,278

Ha sido el total de lecturas de artículos entre el año 2013 y 2016 directamente en la página de la revista (sin contar las lecturas por medio de bases de datos)



122

Es la cantidad de países desde los que nos han leído nuestros visitantes (de los 195 países reconocidos internacionalmente)



...

"Actualmente la Revista de Psicología GEPU se encuentra indexada en categoría B en Publindex de COLCIENCIAS, la base de datos más importante a nivel nacional"

- Helena Rojas (Integrante del comité editorial)

Referencias

Arbaiza-Bayona, A. (2012). Revistas científicas estudiantiles de psicología en Latinoamérica. *Revista Colombiana de Psicología*, 21 (1), 151-164.



***Artículos de Reflexión
derivados de una
Investigación***

ESTUDIO DEL LUGAR DEL NIÑO CON RELACIÓN A LA PORNOGRAFÍA Y PROSTITUCIÓN INFANTIL DESDE LOS APORTES DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Leonardo Rafael Mass Torres & Viana Ángela Bustos Arcón.

Información de los autores: *Leonardo Rafael Mass Torres.* Candidato a Doctor en Psicoanálisis de la Universidad Andrés Bello (Chile). Magíster en Psicología con profundización clínica, Universidad del Norte. Especialista en Psicología Clínica, Universidad Metropolitana. Psicólogo, Universidad Metropolitana. Investigador Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia. Correo Electrónico: leonardomass@gmail.com

Viana Ángela Bustos Arcón. Estudiante de Doctorado en Psicología, Universidad del Norte. Magíster en Psicología con profundización clínica, Universidad del Norte. Especialista en Psicología Clínica, Universidad del Norte. Psicóloga, Universidad Metropolitana. Investigadora Universidad Metropolitana. Coordinadora de énfasis, Maestría en Psiconeuropsiquiatría y Rehabilitación. Barranquilla, Colombia. Correo electrónico: vianab71@gmail.com

Referencia recomendada: Mass-Torres, L., & Bustos-Arcón, V. (2016). Estudio del lugar del niño con relación a la pornografía y prostitución infantil desde los aportes de la teoría psicoanalítica. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 171-191.

Resumen: El proyecto Estudio del lugar del niño con relación a la pornografía y prostitución infantil desde los aportes de la teoría psicoanalítica, propone realizar un análisis del lugar del niño con relación a la pornografía y prostitución infantil desde los aportes de la teoría psicoanalítica, para ello se pretende efectuar una revisión

profunda del concepto de niño en el campo psicoanalítico y precisar allí relaciones fecundas que puedan establecerse con la pornografía y la prostitución infantil, estos concebidos como escenarios que ilustran una problematización contemporánea del niño en Colombia, otorgándole un uso en el mundo de la oferta y el consumo social. Como método se acude al análisis de contenido de textos y documentos teóricos (Packer, 2013; Strauss & Corbin, 2012; Bernal, 2010) como precisión inicial de la cuestión sobre estudios referidos al lugar del niño en el dominio de la teoría psicoanalítica, respaldado en un estudio metodológico para este proyecto que opera en el campo de consulta bibliográfica: textos psicoanalíticos (Gallo, Ramírez, 2012). La fundamentación categorial estará regida por las nociones: niño, pornografía infantil, prostitución infantil. Si bien es cierto que la pornografía y la prostitución infantil no constituyen directamente conceptos psicoanalíticos, si representan fenómenos de alta relevancia social en nuestro país, por lo que se dispone a entablar con rigurosidad como estas dos categorías puedan referir actualmente el significado del niño en la sociedad colombiana desde la constitución subjetiva articuladora de lo sexual y corporal como concepción fundamental del psicoanálisis.

Palabras Clave: Psicoanálisis, Niño, Pornografía Infantil, Prostitución Infantil.

Recibido: 11 de Agosto de 2015

Aprobado: 30 de Junio de 2016

INTRODUCCIÓN

Aunque el concepto de infancia, es un concepto nuevo en la cultura occidental, producto del reconocimiento accidental de sus condiciones, características y sexualidad particular, que convierte al niño en un sujeto de derecho, pero al mismo tiempo ha proliferado la creencia de considerarlo por defecto un ser vulnerable, al que siempre es necesario defender de los peligros que acechan.

La inscripción social de la significación del niño en la cultura occidental, remite a las representaciones colectivamente construidas en el transcurrir de los siglos que perfilan para cada época una imagen de niño a partir de la cual, las expectativas y los intercambios sociales entre adultos y niños logran un sentido particular que atraviesa las prácticas cotidianas entre ellos y proyecta una dialéctica de relaciones que tiene que ver con el futuro de cada sujeto y de cada sociedad. (López, 1999, p. 1)

La infancia constituye el periodo del ciclo vital que mayor importancia ha cobrado en los últimos años, y muchas organizaciones nacionales e internacionales tienen por deber procurar espacios, políticas y acciones que permitan una infancia satisfactoria en todos los ámbitos de la vida, todo ello bajo la concepción de que la infancia es la garantía del futuro de los países y por tanto requiere mayor cuidado. Sin embargo a pesar de estos esfuerzos, también ha sido foco de situaciones de vulnerabilidad. (Amar, Madariaga, De Castro, Rodríguez, & Suarez, 2006; Bernal, Varón, Becerra, Chaib, Seco & Archila, 2013)

... Como es el caso de la violencia sexual la cual se ha convertido en una de las

problemáticas más particulares de los últimos años, pues esta hace referencia a todas las formas de abuso sexual como violación, acoso, explotación, prostitución y pornografía... (Garro, 2013)

Igualmente, las cifras referidas a estas situaciones en Colombia son llamativas, y que implican a todos los actores de la sociedad de distintas maneras, el uso de las TIC'S y el acceso a la información rápida constituye un fenómeno que da lugar a muchas situaciones.

Las cifras son contundentes: cerca de 35% de la población colombiana está conformada por personas menores de 18 años, entre niños, niñas y adolescentes, y este grupo constituye el colectivo más activo en el uso de las TICs. Además, 80% de los contenidos consultados en Internet corresponden a pornografía, material que involucra a menores de 18 años en un 20%. (El Espectador, 2013; Pacific Rubiales 2013)

Aunque el país no tiene cifras sólidas sobre la pornografía infantil, la asociación Red Papaz, que reúne a más de 120.000 padres de familia, lidera un proyecto que puede dar una idea de la dimensión de esta problemática. (El Espectador, 2012), Colombia no tiene hasta la fecha un protocolo estadístico que permita hacer seguimiento sobre la problemática de la pornografía infantil o la prostitución en la infancia (Red Papaz, 2008), existen por su parte entidades, organizaciones e instancias nacionales que atienden, intervienen y apoyan niños, adolescentes o adultos que han sido víctimas de esta situación, en este sentido aparecen acciones interinstitucionales que promueven una identificación y seguimiento de estas problemáticas.

El Ministerio TIC, Fundación Telefónica, el Foro de Generaciones Interactivas (España) y Red PaPaz consideraron que promover buen uso de las TIC era fundamental pero no suficiente; razón por la cual se unen con otros aliados y las autoridades alrededor de www.teprotejo.org para canalizar las denuncias, conocer y visibilizar la magnitud de la situación de la infancia y la adolescencia, con miras a que se generen acciones que minimicen los delitos hacia esta población en el país. (Te Protejo, 2012)

Esta misma entidad, informa que hasta el 31 de marzo de 2014, Te protejo ha recibido 7.325 denuncias, de las cuales el 36% se refiere a casos de pornografía infantil. (Te Protejo, 2014), una cifra considerable, denuncias nacionales, específicamente padres que participan de esta iniciativa, pero no es el mapa general de lo que ocurre a nivel nacional.

Así entonces el ICBF señala "Este es un tema muy preocupante: uno de cada ocho niños que llega al ICBF ha sido víctima de violencia sexual", (Camilo Domínguez, director de Protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2013) y que hasta el año pasado se habían abierto 4.710 casos de niños y adolescentes víctimas de algún tipo de violencia sexual, afirma que desde el 2007 se han registrado 14.404 casos niños y adolescentes víctimas de algún tipo de violencia sexual. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF (2003) señala que:

El abuso sexual y la inducción de niñas y niños a la prostitución es una de las situaciones más denigrantes y violatorias de los derechos de la infancia, no es solamente un problema de salud pública que requiere tratamiento y control epidemiológico. Se trata de un drama

humano en el más amplio sentido del término. Un drama con protagonistas obligados, víctimas y victimarios reconocidos, usurpadores y tiranos que esclavizan todavía en los albores del nuevo siglo. Un drama humano que sintetiza la barbarie y la negligencia de nuestras sociedades para valorar y proteger a sus niños y niñas. (UNICEF, 2003, p.8)

Teniendo en cuenta estas cifras y el incremento de casos en población infantil y adolescente este estudio se hace importante para el conocimiento de la situación actual en el país, pero además un análisis desde la orientación psicoanalítica de este fenómeno, al ser esta teoría un aporte relevante para precisar y profundizar con un conocimiento acorde con las condiciones subjetivas del lugar del niño con relación con la pornografía y la prostitución infantil en Colombia. (Contraloría de Bogotá, 2004; Mejía, 2006)

Generalidades de la Explotación Sexual en Niños, Niñas Adolescentes- ESNNA

La industria es un vehículo del consumismo, es una cuestión ya conocida por todos, calificada y descalificada por otros, que constituye una serie de pros y contras referidos, en este sentido, y entendiéndose como una organización económica invierte y genera ganancias, las mismas que cualquier otro negocio, sin embargo es algo que va más allá a un nivel de dignidad, humanidad, con carácter de explotación, abuso, deshumanización del individuo y condición de objeto, objeto a ser consumido, a ser ofertado y puesto para el aprovechamiento de otro.

Según el Informe Forrester y la Comisión de Valores e Intercambio, el negocio de la venta del deseo sexual a través de imágenes se ha convertido en una industria de 10.000 millones de dólares anuales en Estados Unidos. No obstante, estas cifras fueron rebajadas por Forbes, que desmontando punto por punto las estimaciones, llegaba a estimar los beneficios entre los 2600 y 3900 millones de dólares. No obstante, ninguna de las cifras es fiable, pues el cálculo de la facturación global que genera la pornografía en Estados Unidos es difícil y genera resultados poco fiables.

Recordemos que la industria pornográfica se desarrolla en prácticamente todos los medios: revistas, libros, cine, televisión (Satélite y Cable), VHS, DVD,... y sobre todo, Internet. Por ello, ante todo por el último medio aquí mencionado, la contabilidad de la consumición de pornografía es altamente difícil (Salazar, s.f, pág. 2)

Es decir, que mientras para algunos resulta un escándalo este comercio sexual, para otros resulta ser una ventaja, y un mercado posible de ganancia, y no se limita a medios convencionales en papel, sino de cualquier índole. De acuerdo con la Organización *Humanium*, "No pasa un segundo sin que un niño sea violado, torturado o abusado en alguna parte del mundo." (Pérez Lecaros, s.f) Y en cifras, se refieren a que: "En Asia, más de un millón de niños son explotados sexualmente, India es el país asiático más afectado, con al menos 400.000 niños como blanco de tal explotación, En Estados Unidos, más de 300.000 niños se ven afectados por algún trato sexual y abusivo." (Pérez Lecaros, s.f) Y "En Sudáfrica, cerca de 30.000 niños se involucran en la prostitución." (Pérez Lecaros, s.f) mientras que la Revista

Semana, en una publicación reciente indica que: "SEMANA conoció que hasta el 31 de enero de 2015, a través de esta herramienta virtual, se reportaron 12.998 casos, de los cuales 46 por ciento se relacionaban con pornografía infantil y 14 con maltrato y abuso." (Revista Semana, 2015) y que: "Gracias a estos reportes, la Dijín bloqueó 2.307 páginas web con este contenido y ha enviado 1.780 casos al ICBF." (Revista Semana, 2015).

La pornografía en sí misma y para una parte de la cultura un acto aberrante, más aun la pornografía infantil, sin embargo, es una industria, genera ganancias, porque hay consumidores, la condición de ilegalidad, al interior de la industria de la pornografía- de carácter infanto- es un factor que garantiza paradójicamente su consumo.

En cualquier caso, esta pornografía erótica, ¿anula la pornografía oscura, la explícita, la que descansa en videoclubs o sex-shops? Un corto paseo por cualquier ciudad del mundo demuestra que no es así. El consumo de pornografía es patente en la sociedad actual y sus medios de reproducción y de difusión son muy distintos a los que se han venido mostrando en siglos anteriores. (Rojo, 2002, pág. 212)

Incluso su contenido, es un referente en la industria, es decir el tema sexual en juego constituye un medio de la oferta y una demanda, aunque reducido el público, es específico y dispuesto a pagar por el servicio.

Así, una película pornográfica normal no puede adquirirse por menos de un tercio más que una convencional; si el tema de la película gira sobre alguna de las materias denominadas especiales (transexualismo, sadomasoquismo, etc.)

el precio de venta es el doble, triple o cuádruple al de una película pornográfica normal; si el tema es ilegal, las cantidades que se manejan son incalculables (Rojo, 2002, pág. 213).

Ahora bien, esta misma industria, tiene una amplia gama de oferta sexual, mujeres, hombres, niños, juguetes sexuales, contactos sexuales virtuales, entre otros, que ponen en evidencia una demanda, una demanda de carácter completamente sexual. El tema de interés particular aquí, es la infancia como objeto de oferta y demanda sexual.

Rojo (2002) señala que “el desarrollo no es muy distinto al de la pornografía legal. Así, si en esta última han sido revistas y películas los medios principales de producción y difusión del producto, en la pornografía infantil va a ocurrir lo mismo” (p.213) o sea que su manufactura es igual a cualquier otro producto ofertado a la demanda sexual, la diferencia está en el acceso al material, reducido y restringido.

Liébana Checa, José Antonio, Real Martínez, Santiago y Gutiérrez Urquiza, Fuensanta; (2014). En su artículo “*La inmersión infantil en la cultura del consumo. La fidelidad a la marca*”, Revista Teknokultura, proponen que la publicidad no solo pretende vender productos, sino favorecer estilos de vida y representaciones de la vida que promuevan el consumo y se unen al aseguramiento de la venta y fidelidad de consumidores con los productos, sino también que fomentan la participación de los niños en el acceso a los productos, es decir con voz y voto en la posibilidad de consumo, sin embargo esta idea se queda corta, pues siendo objetos

puestos a ser consumidos, igualmente generan una demanda sobre estos pequeños. Se agrega que los niños también, se ponen como objetos de un consumo posible, resultan ser objetos de consumo.

Este uso de la infancia tiene un objetivo doble, primero, familiarizar en unas marcas determinadas, y segundo, una vez conseguido lo anterior, crear una fuerte dependencia hacia el consumo. Para conseguir esto, los publicistas actúan adaptando no sólo los productos sino los mensajes al desarrollo cognitivo, social y afectivo infantil. Junto a todo esto, el gran reto para las grandes multinacionales es crear lo que se denomina “la construcción empresarial de la infancia” (Steingerg y Kincheloe, 2000) que permita explotar cada vez más la inclinación consumista de los niños y niñas, impulsándose la imagen modelo a la que hay que seguir (Liébana, Real & Gutiérrez, 2014, 76).

En la actualidad se considera que el fenómeno de la explotación sexual en niños y adolescentes es una situación que va en aumento y que es “favorecido por la falta de una adecuada toma de conciencia de los derechos, el bienestar y la seguridad de los niños y adolescentes” (Miotto, 2009, pág. 2) es además un problema de magnitud internacional y que pone en riesgo el lugar del niño y del adolescente como sujeto de derecho, la dignidad y que pone en evidencia las serias dificultades nacionales, estatales e internacionales que procuran el cuidado de la infancia y la adolescencia, mientras que se insiste en el inmenso valor de estos en todos los sentidos de lo biopsicosocial, económico, político y gubernamental.

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes –ESCNA– existe en el mundo desde hace años; el

afianzamiento a nivel mundial de un modelo social y económico, basado en el mercado y el proceso de globalización e internacionalización del mercado de capitales, ha generado un contexto específico para la existencia y el desarrollo de la ESCNNA (ICBF - Unicef - OIT - IPEC - Fundación Renacer, 2006, p. 25).

Miotto (2009) define tres (3) formas tradicionales de explotación sexual: 1. Prostitución de niños y adolescentes, 2. Pornografía infanto-adolescente y 3. Tráfico de niños y adolescentes para su explotación sexual, lo anterior considerando al niño y al adolescente como objeto de satisfacción sexual en distintas categorías del mercado de lo sexual, que demanda un objeto preciso y un recurso específico que convierte al niño o adolescente un ente a ser consumido. Y "la utilización de NNA en pornografía puede inducir o estar asociada a otras formas de explotación sexual" (ICBF - Unicef - OIT - IPEC - Fundación Renacer, 2006, p. 192)

En ese sentido en Colombia el Plan De Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años (2006) ha definido las categorías que pertenecen a esta problemática conceptualizando los términos de explotación, sexual y comercial en el hecho.

Se caracteriza como explotación porque es una forma de aprovechamiento, dominación, coerción, manipulación, y en algunos casos de sometimiento a servidumbre de niños y niñas. Se dice sexual porque se ejerce primariamente sobre el cuerpo del NNA, asumido como un objeto para proporcionar placer,

excitación o gratificación. Esta utilización puede ser física, directa o "representada".

Se dice comercial porque implica en todos los casos una transacción económica: un intercambio entre una persona adulta (cliente-explotador) y el NNA, o entre aquella y uno o varios intermediarios que directa o indirectamente se lucran de dicha transacción; aquí prima el interés comercial, la búsqueda de ganancia, la conversión del niño, niña o adolescente en una mercancía, en un objeto con valor de cambio (ICBF - Unicef - OIT - IPEC - Fundación Renacer, 2006, p. 189).

A lo que la Interpol también define como:

El Grupo de Interpol Especializado en Crímenes contra los Niños utiliza la siguiente definición: La pornografía infantil se crea como consecuencia de la explotación o abuso de un niño. Puede definirse como toda forma de representación o promoción de la explotación sexual de los niños, incluidos los materiales escritos y de audio, que se concentren en la conducta sexual o los órganos genitales de los niños (Da Rosa, s. f).

Por lo anterior esta problemática se configura en un hecho donde se saca provecho de la condición infantil o adolescente con un carácter de explotación, específicamente del cuerpo con fines económicos. Sin embargo, esto no es lo único que se juega aquí, existen entonces quienes son los actores de esta situación son los proxenetas, los intermediarios y los clientes. (Di Filippo, Monroy, 2002; García, 2010)

Proxeneta: Es un hombre o mujer quien contacta, induce, facilita o establece la relación entre el NNA y el cliente-abusador. Generalmente controlan el

dinero y efectúan la negociación, razón por la cual también reciben el nombre de chulos. Aunque en ocasiones actúan solos, frecuentemente hacen parte de redes o grupos.

Los intermediarios: En esta categoría se ubican quienes se benefician indirectamente por ayudar a facilitar el contacto sexual entre los NNA y el explotador o proxeneta. Suelen ser intermediarios distintas personas como taxistas, botones de hoteles, dueños de residencias, vendedores informales, los pares de parche o pandilla, a veces vecinos o familiares.

El "Cliente" Todo individuo "que se aprovecha injustamente de algún desequilibrio de poder entre ellos y una persona menor de 18 años con el fin de usarlos sexualmente, ya sea para obtener beneficios materiales o por placer personal". De acuerdo con diferentes investigaciones este puede ser de cualquier condición social, nivel educativo, casado o soltero, hombre o mujer (ICBF - Unicef - OIT - IPEC - Fundación Renacer, 2006, p. 191).

Adicional a ello, las modalidades de la explotación sexual se refieren a la prostitución, pornografía, utilización sexual en actividades vinculadas al turismo o turismo sexual, trata de niños, niñas o adolescentes con fines sexuales, matrimonios serviles, utilización sexual de niños, niñas o adolescentes por distintos grupos armados ilegales. (ICBF - Unicef - OIT - IPEC - Fundación Renacer, 2006) Para fines de este documento se define la modalidad referida a la prostitución y la pornografía.

... la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía definen la prostitución como "la utilización de un niño en actividades sexuales a cambio de remuneración o cualquier otra forma de retribución". La utilización de menores de 18 años en la prostitución se presenta

en algunos espacios identificados en las ciudades (algunas calles, ciertos parques y negocios como whiskerías o residencias). Sin embargo, de una forma más invisible, se da en colegios, discotecas, parques, video juegos y otros centros de diversión o de recreación y deporte. La pornografía con NNA es entendida como "*toda representación, por cualquier medio de comunicación, de un niño o niña menor de 18 años de edad, o con aspecto de niño o niña, involucrado en actividades sexuales reales o simuladas, de manera explícita o sugerida, con cualquier fin*". Comprende tanto la producción como la distribución, comercialización, tenencia, divulgación, intercambio y almacenamiento de este tipo de materiales. Según los contenidos se habla de pornografía blanda y pornografía dura. La primera hace referencia a imágenes desnudas y seductoras de NNA que no son sexualmente explícitas, mientras la segunda involucra la exhibición de imágenes de acceso carnal y/o actos sexuales con NNA (ICBF - Unicef - OIT - IPEC - Fundación Renacer, 2006, p. 191).

La ECPAT entidad internacional sin ánimo de lucro denuncia las situaciones referidas a la pornografía y prostitución infantil y reitera la necesidad de acciones que hagan frente a ello, y evidencia además la trata de menores de edad. Para ésta entidad la prostitución infantil ocurre cuando:

Child Prostitution occurs when someone benefits from a commercial transaction in which a child is made available for sexual purposes. Children are also involved in prostitution when they engage in sex in return for basic needs such as food, shelter or safety, or pocket money to purchase consumer goods. A child cannot consent to being prostituted and in all instances, abusers are exploiting the vulnerabilities of the child for their own gratification. ECPAT works towards the end of child prostitution (ECPAT, 2015)

Y se refiere a la pornografía de la siguiente forma:

Child pornography means any representation of a child engaged in real or simulated sexual activities or any representation of a child for primarily sexual purposes. Since the rise of the Internet, the sheer scale of child pornography online has become overwhelming (ECPAT, 2015).

Sin embargo ni la prostitución ni la pornografía es privada, están a la luz del día en todas sus formas, y de maneras de diverso acceso al "cliente", es decir a quien acude a este "servicio". Representándose en un negocio, en una ganancia y da lugar a sus formas transaccionales.

La pornografía se produce con fines de lucro, circulación e intercambio, con fines delictivos (chantaje, trata, etc.) y para uso personal. Se puede encontrar en revistas, libros, Internet, programas de radio, películas, dibujos animados, etc., lo cual dificulta su control. En Colombia, en el 2004, se definieron los criterios de clasificación de pornografía infantil por Internet, en el marco de la Ley 679 de 2001 (ICBF - Unicef - OIT - IPEC - Fundación Renacer, 2006, p. 192).

Es decir, que la sexualidad ha pasado de ser una condición privada a una condición visible y pública, de fácil acceso, y los recursos tecnológicos han vehiculizado el deseo irrefrenable de la sexualidad a una amplia gama de opciones que promueven una búsqueda constante de ella, con el contraste de no querer mostrarse y al tiempo mostrar todo lo que a este se refiere. "La pornografía muestra con crudeza absoluta" (COMFER, s. f) la pornografía tiene un carácter burdo, soez, y en tal manera es recreada la presencia del menor en el escenario de la pornografía, en calidad

de objeto para ser consumido, abusado, violentado, etc.

Pornografía y Prostitución. Un Síntoma Contemporáneo

A nivel internacional y nacional, existe una particular relación entre la pornografía y prostitución y la actualidad en las redes de comunicación, en especial del internet y el mundo virtual. Es decir, que escenario asociado y particular de la pornografía y prostitución se vehiculiza, se sostiene y prolifera en particular gracias a la condición misma de lo virtual. Así García (2009) considera que:

El crecimiento de Internet, y la evolución en sí a distintas nuevas formas de comunicación, ha provocado que el consumo y distribución de la pornografía infantil, haya desgraciadamente aumentado con el paso de los años, la rapidez con que se adquieren los software (gratuitos en muchos casos) y su fácil uso, inclusive por menores de edad, la tecnología de punta (cámaras digitales, celulares y cámaras web), que ofrece equipos que se caracterizan por ser cada vez más pequeños y fáciles de transportar y que ya no necesitan de proceso alguno para poder utilizar lo producido, la inmensa rentabilidad que produce hoy en día la Pornografía Infantil y la Explotación Sexual Comercial de menores que generan mayores ganancias que el tráfico de armas y el tráfico ilícito de drogas. Se calcula que sólo la Pornografía Infantil genera 12 mil millones de dólares al año en ganancias en todo el mundo (p. 14).

Y afirma Esquinas (2006) que:

En la era de la información y de las telecomunicaciones, dicho tráfico se localiza en una proporción mayoritaria en el marco de Internet, de manera que todos los sujetos intervinientes en tales

contactos, tanto los consumidores como los productores y eventuales distribuidores de similares contenidos se benefician de las considerables ventajas que dicho escenario físico y económico reporta: a saber, en cuanto a la fluidez de los enlaces, el carácter gratuito para los usuarios de un buen número de servicios (acceso a páginas webs, chats, uso de una cuenta de correo electrónico, etc.) y la facilidad para ocultar la propia identidad durante el tiempo en que se utilizan tales servicios, e incluso en el caso de que se pongan en circulación o a disposición pública determinados datos (p. 171).

En este sentido Mass Torres (2010) señala que la contemporaneidad es escenario de un abordaje permanente sobre todo y en particular de los contextos virtuales en los que se mueve el sujeto posmoderno, que puede incluso constituirse en caldo de cultivo para adicciones o síntomas contemporáneos, "... reflexión en torno al lugar del sujeto en la era virtual, orientado al planteamiento de la subjetividad con respecto al goce que particularmente moviliza a un sujeto a elegir en lo virtual algo que engancha con su propio inconsciente." (Mass, 2010, p. 91)

Las condiciones de la época actual, entre lo que destaca la proliferación de dispositivos electrónicos favorecen la cuestión de goces irrefrenables, rápidos, fugaces y no sancionables, especialmente en la medida en que la no existiría una *ética virtual*, y lo sancionable, punible o susceptible de ser dañino a los usuarios se determina en la medida en que sucede. Mass Torres (2010) señala por ejemplo que "Freud nos anticipa hacia una época que compete a las tendencias actuales subjetivas, trascendentes del principio de placer que sentencia los límites de goce.

Resultante de una satisfacción desbordada que ilustra la dinámica de una cultura actual." (p.92) y continua Mass Torres (2010) al referirse a las dificultades del orden simbólico y la relación en la falta de limitaciones.

El orden simbólico parece trastabillar en el contexto contemporáneo, donde pareciera ofertarse el facilismo de goces. Orden de la sexualidad; que ahora compaginada a una virtualización, nos ilustraría lo ilimitado de un mundo de imágenes que puedan enganchar hacia la falta de limitaciones (p. 2).

Cuestión que es puesta de manifiesto por Miller (2005) al decir que "Se podría creer, al contrario, que lo simbólico se consagra a la imagen..." (p. 15) a lo que Ramírez (2014) considera "... lo simbólico en la contemporaneidad ésta activo, pero no tiene la suficiente potencia para atravesar lo imaginario y más bien se subordina a este último" (p. 33) es decir que todo queda enmarcado en el escenario de la imagen, y por encima de lo simbólico, razón por la cual ninguna sanción es eficiente.

Baudrillard (2000) se refiere a la condición virtual como falsa y efímera, a la manera de un señuelo.

La virtualidad solo se aproxima a la felicidad porque nos reitera subrepticamente cualquier referencia a las cosas. Nos da todo, pero de manera sutil nos escamotea al mismo tiempo todo. El sujeto se realiza en ella perfectamente, pero cuando el sujeto está perfectamente realizado, se convierte automáticamente en objeto y cunde el pánico (p. xiii).

Así las cosas, la condición de lo virtual rápida, fugaz a la manera de "vendedor de ilusiones" favorece goces irrefrenables

a saber el consumo permanente de medios de fácil acceso, sin costo, privado y distante del encuentro con el otro, más aun cuando lo virtual tiene la particularidad de "... de hacer que el rostro de los usuarios permanezca oculto cuando se desea" (Ramírez, 2014, p. 36) Ramírez (2014) haciendo referencia a la diferencia entre la vida *real* y vida *virtual* sostiene que:

Se plantea que hay un desprendimiento del campo del deber y algunas necesidades para poder "estar ahí", en la red virtual. Esta referencia a las necesidades permite describir cómo entra el ser humanos en este campo y con qué se encuentra sorpresivamente siguiendo esta vía, un encuentro que le permite penetrar en una red de relaciones que ya no están mediadas por la necesidad, sino por otros aspectos de la subjetividad (p. 2).

Entonces la pornografía y prostitución infantil se constituye en un objeto de consumo, vehiculizado, sostenido y que prolifera gracias a lo virtual, pero que al tiempo se encuentra con los goces irrefrenables de los sujetos que la consumen, es decir "... un modo de satisfacción que se coloca más allá de la necesidad y del deber" (Ramírez, 2014, p. 5) Y que pone en consideración que el "Goce irrenunciable que lleva un sujeto a elegir de manera sostenida un modo particular de relación, a la que precisamente debe ser abordada a partir de la interrogación por la subjetividad, ahora en una cultura plena de artefactos." (Mass Torres, 2010, p.93)

En este sentido es de pensar que lo virtual tiene el efecto *señuelo* (Ramírez, 2014) es decir un efecto engañoso y vedado, pero al mismo tiempo real y mercantil, y que "... ofrecen a los usuarios infinitas

posibilidades en virtual, de los cuales, al parecer, todo es posible..." (Ramírez, 2014, p. 32) un velo que vislumbra algo por encima del escenario virtual, más allá de lo virtual "... el sujeto entraría en una relación con algo que lo captura, lo engancha, algo que resplandece más allá de la pantalla." (Ramírez, 2014, p. 34) sin embargo al tiempo que resplandece ese algo que captura, irremediamente evidencia la falta de la que el sujeto se encuentra a merced, cuestión que retorna en la persistente relación con lo virtual, Ramírez (2014) señala "En el esquema del velo, Lacan sitúa el sujeto, el velo y, más allá, el objeto, en el lugar de la falta" (p. 34)

Ahora bien, en relación a lo virtual y la condición de *señuelo*, será apropiado decir que la definición de *señuelo* hacer referencia en particular a este estudio a "cosa que sirve para atraer, persuadir o inducir, con alguna falacia" (RAE, 2015) así las cosas lo virtual se ofrece como atractivo de la condición humana, especialmente sexual, en razón de los escenarios expresados- pornografía y prostitución infantil- poniendo de manifiesto objetos expuestos, objetos consumo y la falta. Quéau (1995) refiere que "Lo que anuda en los mundos virtuales es un enmarañamiento cada vez más fino entre lo real y lo virtual, lo actual y lo potencial, entre lo sensible y lo intangible" (p. 82-83) mientras que Mass Torres (2010) citando a Sara Wajnsztein (1997) refiere que "la realidad virtual es de algún modo la culminación de un proceso de abstracción progresivo que tiende a volatizar las relaciones humanas y los procesos de vida cotidiana" (p. 92) es decir que lo virtual se ofrece como garante de extrema satisfacción, en ocasiones sin límite entre lo público y o

privado, y con mucha frecuencia con una idea sobrevalorada de las cosas y situaciones.

El Cuerpo del Niño como Objeto de Consumo

La época actual se caracteriza por la búsqueda irrefrenable de placer "Permanecer joven, no envejecer: el mismo imperativo de funcionalidad pura, el mismo imperativo de reciclaje, el mismo imperativo de desubstancialización acosando los estigmas del tiempo a fin de disolver las heterogeneidades de la edad" (Lipovetsky, 2003, p. 62) que en general promueve una filosofía de vida, de la eterna juventud, la proximidad de lo placentero y la posibilidad del "todo vale", situación que colinda con la vivencia de la inmediatez de los deseos, y del poco esfuerzo: es el caso del poder incomparable que oferta la internet a través de su uso irresistible para comprar, pagar servicios, estudiar, solicitar citas, la "telemedicina" con sus diagnósticos inmediatos e incluso asistir a una conferencia desde cualquier parte del mundo. Bernal (2009) señala que:

Dicha crisis también se ve reflejada en una serie de fenómenos actuales como el cambio de los valores socioculturales, familiares y personales, la violencia intrafamiliar, la destitución de la figura y la función paterna dentro de la institución familiar, el madresolterismo y las toxicomanías, fenómenos todos que se convierten en «caldo de cultivo» para la aparición de la explotación sexual infantil (p. 1).

Si bien es cierto el cuerpo ha adquirido un "valor" durante cada época histórica en la actualidad este puede considerarse como un objeto mercantil que puede

exhibirse, asegurarse, comprarse y manipularse, sin desestimarse su valoración sexual con su inmortalidad fantaseada.

Ahora bien, este estatuto del cuerpo (sexualizado e inmortalizado) al corriente de las ofertas sociales: publicitarias, mercantiles, laborales, etc. Pone en consideración su relación con el individuo, esto es, la manera como el uso del cuerpo se ha operativizado como un objeto más de las propiedades humanas y sociales. A lo que Bernal (2009) se refiere:

La explotación sexual infantil con fines de prostitución y pornografía, lo cual se puede pensar como una forma de abuso sexual en los niños, son fenómenos ligados a lo que se denomina corrientemente «la crisis de la contemporaneidad», la cual es un efecto de la actual sociedad de consumo, resultante del matrimonio entre la ciencia y el mercado, unidos para explotar el deseo del hombre con el capitalismo (p. 1).

Esta pertenencia del cuerpo permite poner sobre lupa como su manejo cotidiano ha incluido usos que paradójicamente atentan contra su integridad. El cuerpo entonces en tanto propiedad del sujeto, puede convertirse en un objeto mercantil y comercializable para otro (s), con fines de lucro, que arbitrariamente o no toman posesión de éste.

Como acontecimiento particular del uso del cuerpo con fines lucrativos y como esto pone a disposición de cualquiera que en calidad de "cliente" pueda aplicar usos y abusos al cuerpo de un niño. Tal situación corresponde con las condiciones que impone la pornografía

infantil como fenómeno que pone en cuestión tener presente los fundamentos profundos en la línea de la constitución psíquica y sexual del menor, más allá del reporte de sus cifras y estadísticas, que de acuerdo con Camacho y Trujillo (2009) "Se estima que en el mundo existen alrededor de 10 millones de menores de edad explotados y explotadas sexualmente y América Latina aporta una cifra considerable." (p. 1010). Pero firman también que "Aunque en Colombia no existen datos precisos sobre el número de niños, niñas y adolescentes que están involucrados en este delito, es claro que se trata de un problema que crece día a día y que es necesario combatir." (p. 1010) entonces la explotación sexual infantil es "un ejercicio de poder que mercantiliza el abuso sexual de niñas, niños y adolescentes, con el fin de que los explotadores, casi siempre hombres adultos, obtengan alguna ganancia financiera o alguna satisfacción social, psicológica o de cualquiera otra especie." (Gutiérrez, Vega, & Rodríguez, 2007, p. 404)

Se trata de determinar como aquellos factores concernientes al desarrollo de lo que Freud avizoró como sexualidad infantil, permite dar cuenta de cómo el fenómeno de la explotación sexual del menor implica la mediación de complejos psíquicos, fantasías, pulsiones sexuales, etc., en la dinámica no solo individual, son también cultural, que compromete el cuerpo del niño, y que también involucra al adulto que ve ahí la oportunidad de capitalizar un negocio y de aquel que fija al menor como un objeto de satisfacción.

Siendo entonces el psicoanálisis una disciplina comprometida con la comprensión de los procesos psíquicos inconscientes, (Merea, 1994; Nasio, 1998; Cosentino, 1999; Coblenche, 2003; Salcedo, 2013; Jaramillo, 2014) permite rendir contribuciones importantes acerca del lugar del cuerpo del niño con la sexualidad. (Santcovsky, 1999; Soler, 2003; Prado, 2005) Al respecto se puede precisar que:

La sexualidad infantil, a partir de Freud, no será un simple atributo del niño. Será un operador fundamental de su constitución subjetiva, y con ello de su sexuación. La mirada y la palabra que vehiculizan el deseo del otro, situarán el deseo del niño frente a sí y frente a los otros de una manera determinada, lo que derivará en formas particulares de situarse frente a su propio mundo (López, 1999, p. 12).

Es decir que la sexualidad es un factor ineludible para fijar las condiciones constitutivas de un niño, del como en definitiva hay que tomarlo como un ser que experimenta y es efecto de la sexualidad misma. Por tanto "lo infantil" ocupa de referir una relación con el cuerpo desde una dimensión distinta de la "victimización" a la que el niño es frecuentemente instalado a cumplir socialmente.

... a los niños y adolescentes se les reconocen derechos y deberes, y protección en razón de su condición de menor de edad, pero poco se reconoce su condición de sujeto, y en especial de sujeto sexuado. En el contexto de la mentalidad descrita, a finales del siglo XIX, y comienzos del XX, Freud osa decir que el niño inocente, no lo es tanto, que tiene una sexualidad de la que tiene un saber y cuyas formas de organización atravesadas por la cultura, vale decir por el discurso del Otro, tendrán un

significado fundacional para la subjetividad en cada sujeto. (López, 1999, p. 9)

Por tanto, basado en los fundamentos psicoanalíticos, resulta crucial reconocer en el niño el lugar de una historia que le singulariza con representaciones psíquicas inconscientes, y siendo esto así, poder escuchar en sus propias palabras su implicación subjetiva con relación a los efectos de su sexualidad. De acuerdo con Mass (2013)

En este sentido, el inconsciente refiere los caminos de la sexualidad y cómo esta puede ser entendida desde los discursos imperantes para las formas de organización de las colectividades, generando así nuevos interrogantes en torno a la compleja forma en que el sujeto se relaciona consigo mismo y con los otros (p. 156).

Es decir, que la sexualidad, más que referirse solo al disfrute erótico, se refiere a una condición humana donde se articulan influjos culturales, las constelaciones de la vida íntima familiar, y todo ello como forma de organización en la que el niño sexuado, puede ser tenido por capaz de rendir con palabras y con su cuerpo el goce sexual fijado en su desarrollo. La sexualidad resulta visibilizada por sus efectos en el cuerpo, y es esta relación esencial, la que resulte violentada al ser objeto de la pornografía y la prostitución infantil “La pornografía muestra con crudeza absoluta” (COMFER, s. f) sin embargo tendría que precisarse que aún bajo esta condición, neuróticamente inaceptable, dirá López (1999) que existe en el niño sexualidad, sexualidad de la que se aprovecha el adulto, en razón de actividades lucrativas sobre su cuerpo.

Resulta esclarecedor no solo tomar en cuenta el préstamo al que se toma derecho la pornografía y la prostitución infantil, sino además en la vertiente más profunda del asunto, también la “valoración” social que ocupa de poner en práctica las instituciones al servicio del mundo del menor. Colombia, no escapa al reconocimiento del niño como un sujeto de derechos, se sustenta esta condición por ejemplo, en el código de infancia y adolescencia, que de acuerdo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF (2006):

... la LEY 1098 DE 2006 (Noviembre 8) por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, el cual tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado (ICBF, 2015).

Esta omisión, por demás costosa para el estado, es la razón por la cual los programas, proyectos y demás acciones denominada preventivas, dejan de lado el carácter sexual de la condición humana, pero además suprimen la condición subjetiva del niño y del adolescente, perpetuando la condición de “víctima”, y anulando la condición de su sexualidad, de allí que el trato a los niños se remita a reconocerlos como seres pasivos, objeto de manipulaciones: preventivas e intervinientes al acomodo de los parámetros adultos: educarlos, manejarlos, programarlos, que no solo esto, resulta en ventaja para las buenas intenciones (protección y validación de

sus derechos), sino también como otras intenciones culminan en medidas y conductas de explotación y violencia sexual para los menores, lo que entra en correspondencia con la condición psíquica de algunos sujetos que toman al niño por objeto de satisfacción sexual:

...el abuso sexual contra los niños se presenta con inquietante frecuencia en maestros y cuidadores, meramente porque se les ofrece la mejor oportunidad para ello. Los insanos presentan el desvío correspondiente sólo aumentado, tal vez, o, lo que reviste particular importancia, elevado a la condición de práctica exclusiva y en remplazo de la satisfacción sexual normal (Freud, 1905, p. 135)

Cuestión anterior que parece reconocer perfectamente el denominado proxeneta, o el lucroso: el negocio de la pornografía y prostitución infantil, y que en razón de medidas nacionales e internacionales se denomina Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes – ESNNA (Fundación RENACER, 2015) Siendo este fenómeno de la explotación sexual infantil, algo que pone en evidencia el sometimiento violento al que es expuesto el niño, resulta además como esto va en razón de la organización sexual que está de fundamento en el comportamiento no solo del niño sino también del adulto.

Padres y educadores han querido dar a la vida infantil un carácter asexual, se ha insistido tanto en los últimos siglos sobre esta idea, que ha logrado erigirse en verdad, pero es una verdad cuya real certidumbre, despierta sospechas, pues es muy común ver a padres y educadores, en nombre de su función formativa prohibir, perseguir y castigar, con toda severidad, las manifestaciones de aquello que supuestamente no existe (López, 1999, p. 13).

¿Y qué de la relación actual en la que la sexualidad es puesta en juego a través de la oferta del cuerpo del menor como rotundo mensaje al que ciertos sujetos no parece serle indiferente?

La época contemporánea eleva a las más altas categorías, la imperiosa necesidad de la satisfacción, siendo que esta debe ser inmediata, inagotable y perpetua. Vende falsas ideas de sueños cumplidos y placeres extremos, la época del "¡Todo es posible!" fabrica seres en falta con nuevas y extrañas formas de satisfacción, alimentadas por "medios de comunicación" que favorecen tales creencias. Mass (2013) se refiere al hecho de que "Los acontecimientos de la era postmoderna se reflejan como organizaciones de lo efímero, en virtud de pensamientos, creencias, ideologías y formas en las que el hombre concibe su vida social." (p. 160) Y Carosio (2008) señala que:

El superyó de la cultura del consumo alimenta y promueve el goce autista, en tanto el discurso capitalista extrema el valor de la vida mercantil y rechaza el lazo social y el amor. En estas circunstancias, el programa del superyó ya no es ético sino de impulso al goce y, así, el imperativo del discurso cultural contemporáneo se traduce en la frase: "¡Debes gozar más!"; en cambio, la falta de goce es la culpabilidad contemporánea (p. 27).

El cuerpo resulta objeto de explotación y beneficios: llamado al cliente para su beneficio, condición que hace posible la pornografía infantil en tanto promesa al uso ilimitado del menor. No se trata por tanto de gozar del niño, sino de su cuerpo, que cumpliría por parte de la pornografía y la prostitución la

“realización” de la satisfacción del cliente o usuario de momento.

DISCUSIÓN

Es cierto que existe preocupación por la problemática social que representan la prostitución infantil y la pornografía, con ello a las atrocidades a las que se ven expuestos los menores: “Cada vez son más concluyentes y abundantes las declaraciones internacionales que se han establecido por los Estados pertenecientes a las Naciones Unidas con la finalidad de evidenciar su preocupación por la persecución y sanción de la pornografía infantil.” (Oxman, 2011, p. 254) Sin embargo, las sanciones, resultan insuficientes, el fenómeno se sostiene de manera alarmante en la medida en que no se reconozca el estatuto sexual del menor, no en el sentido, de entenderla como aquella a la que se le obliga realizar o representar, incitada por el adulto, sino como aquella que refiere la historia del niño como efecto de una vida sexual psíquica, que le singulariza y fuerza a gozar de una determinada manera.

El aporte psicoanalítico demuestra que el cuerpo es una construcción psíquica, donde se entretienen las representaciones experienciales del ser humano. El niño al tener un cuerpo, puede plantearse que goza sexualmente, que tiene deseos, fantasías y pulsiones sexuales que le gobiernan. (Moreno, 2014) Y que todo acontecimiento que experimente desde el menos violento al más violento y acuciante pone en cuestión su cuerpo.

... desde el psicoanálisis no se pretende ni estudiar el organismo como tal, ni la prostitución en su forma común como es el caso de este trabajo, sino estudiar el

sujeto como tal y más precisamente sus formas de goce, pero que necesariamente está ligado a los síntomas que tienen su fuente en el cuerpo (León, 2014, p. 30).

Esto obliga a pensar que modalidades de violencia sexual (pornografía, prostitución infantil) no resultan ajenas a topar con el uso y abuso del cuerpo del menor. Esto incita a respaldar en el lugar del niño con su cuerpo la posición de un sujeto responsable, capaz de dar cuenta con sus palabras la significación que le ocupe una experiencia y que ello obligue a cuestionar concebirle como una víctima de acciones violentas y de explotación. El fenómeno como problema social por su evidencia no es plantado en función de lo que otros discursos siempre sostienen (estadísticas, prevenciones, pedagogías, etc.) todo ello en favor de respaldar al niño victimizado de los acontecimientos, en este caso se trata de avanzar con la teoría psicoanalítica y poder comprobar con otros fundamentos las consecuencias de la violencia sexual

La prostitución puede ser abordada desde dos perspectivas: como un síntoma o como fenómeno. Como síntoma, ella es una forma particular de vínculo social, y como fenómeno puede entenderse en dos direcciones; en cuanto a producción cultural que el saber socio histórico explica y, en un sentido propiamente psicoanalítico, como aquello del ser producido por la cultura no está al servicio del vínculo social a causa de su estrecha relación con el goce, el cual implica una exclusión radical del otro, dada la dimensión mortificante que impone (Pérez, 2010, p. 282).

De acuerdo con León (2014):

En este sentido, la prostitución se presenta como uno de esos ejemplos en el que el cuerpo es tomado como un "mueble" sobre el que se dispone, se cambia, se maltrata, y aleja al cuerpo de esa concepción de construcción como tal y lo pone en términos mercantiles (p. 30).

El cuerpo obliga de ser un referente al plantear el lugar del niño en la prostitución infantil y la pornografía, su remisión a la sexualidad infantil ayuda a comprender como la dimensión corporal del niño implica que su historia y desarrollo sea conmovido en virtud de su exposición, explotación, manipulación.

El cuerpo por tanto cumple una función importante como construcción psíquica del ser humano, un elemento atractivo y seductor en la vida social de la oferta y el consumo. El abuso a esta parte esencial y constitutiva del niño trae consecuencias en la modalidad de ejercer lazo social con los otros.

CONCLUSIONES

El lugar del niño en la sociedad contemporánea ha tomado características singulares pero la vez compartidas en lo que respecta a la mediación del consumo y el ánimo de lucro en los sectores sociales. Esto respalda la idea de referir a la infancia en un sentido distinguible si se tiene en cuenta su condición socio-histórica actual que refleja el uso al menor como objeto al que puede ser explotado sexualmente.

De acuerdo con ICBF - UNICEF - OIT - IPEC - Fundación Renacer (2006) siendo la prostitución infantil donde se utiliza al niño para la realización de actividades

sexuales y obtener ahí una remuneración económica, y la pornografía, que apoyada en los medios de comunicación emplea al menor para representar actividades sexuales (reales o simuladas), puede deducirse que ambos medios de explotación dirigen sus acciones a la corporalidad del niño. En este caso tanto su oferta como explotación, sea a través de la práctica de la prostitución o sea de la representación pornográfica, con mediación de artefactos tecnológicos (videocámara, chat, redes sociales, etc.) aquí o allá, lo que está en cuestión es la explotación del cuerpo del niño.

Si el cuerpo del niño surge en el campo de estas modalidades de violencia sexual (prostitución y pornografía) lo hace en función no solo para referir ahí la posición de un organismo físico al que puede accederse con fines lucrativos y de satisfacción sexual, sino la posibilidad de comprender que este cuerpo refleja una sexualidad constituyente del niño, de manera psíquica, comportando una historia singular. Más allá de considerar que se violenta sexualmente a un niño, se trata de percibir que tales encuentros "violentos" puestos en juego en la prostitución y la pornografía trastocan, trascienden las barreras mismas de la vida sexual del menor, y esto no es sin la mediación del cuerpo.

Es el psicoanálisis el que al brindar una lectura consecuente con el desarrollo psíquico del ser humano, de sus modos de gozar, ello al constatar una sexualidad que parte de la vida infantil misma, otorga la posibilidad de comprender el sostenimiento de estos fenómenos de violencia y explotación sexual infantiles, desde el lugar del niño

con un cuerpo en el que se inscriben las marcas (deseos) de los padres, cuidadores, maestros, etc. Y como este cuerpo es el que resulta violentado en su historia.

REFERENCIAS

Amar, J, Madariaga, C, De Castro, A, Rodríguez, B & Suarez, R. (2006). Explotación Sexual Comercial Infantil en el Distrito Turístico y Portuario de Santa Marta. *Terapia psicológica*. Vol. 24, No 2: 175–182. Recuperado de: <http://teps.cl/2006/explotacion-sexual-comercial-infantil-en-el-distrito-turistico-y-portuario-de-santa-marta>

Baudrillard J. (2000) *Pantalla total*. Barcelona: Anagrama.

Bernal, C. (2010) *Metodología de la investigación*. Editorial Pearson.

Bernal, D, Varón, A., Becerra, A., Chaib, K., Seco, E. & Archila, L. (2013). Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes: modelo de intervención. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 11, No. 2: 617-632. Recuperado de: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/940/446>

Bernal, H. (2009). Prostitución Infantil y responsabilidad. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiesis»*. Número 17: 1-4. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/issue/view/11>

Camacho, L, Trujillo, M. (2009). Explotación sexual Comercial infantil: una ganancia subjetiva. *Revista*

Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Vol. 7, Nº. 2: 1009-1025. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3054621>

Coblence F. (2003) *Sigmund Freud I. 1886-1897. Vida y pensamiento psicoanalítico*. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.

Cosentino, J. (1999). *Construcción de los conceptos freudianos I. Defensa, sueño, aparato psíquico*. Argentina. Editorial Manantial

Contraloría de Bogotá. (2004) Estudio sectorial “la prostitución como problemática social en el distrito capital”. Plan anual de estudios PAE 2004. Dirección técnica de salud y bienestar social subdirección de análisis sectorial. Recuperado de: <http://www.contraloriabogota.gov.co/intranet/contenido/informes/Sectoriales/Dirccion%20Sector%20Salud%20e%20Integracion%20Social/-%20La%20Prostitucion%20como%20Problema%20Social%20en%20el%20Distrito%20Capital.pdf>

Da Rosa F. (s. f) *Análisis de las formas de difusión de la pornografía infantil a través de Internet*. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HD9wLb7ZYXkJ:otros.comunicacion.edu.uy/interes/articulos/2003/02_pornografia_infantil_internet.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co

Di Filippo, B, Monroy, X. (2002). *La infancia y juventud sexualmente explotada en Colombia*. (Tesis de Derecho) Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere4/Tesis-09.pdf>

ECPAT (2015). *End Child Prostitution*. ECPAT. Recuperado de: <http://ecpat.net/what-we-do>

Esquinas, P. (2006). El tipo de mera posesión de pornografía infantil en el código penal español (art. 189.2): razones para su destipificación. *Revista de derecho penal y criminología*. 2. a Época, No 18: 171-228. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:DerechoPenalyCriminologia-2006-18-3110&dslD=pdf>

Freud, S. (1901-1905). Las aberraciones sexuales. Tomo VII. Buenos Aires. Amorrortu Editores. P. 123 – 156.

Fundación Renacer (2015). *Programas de Acción ESCNNA*. Fundación Renacer. Recuperado de: <https://fundacionrenacer.org/?cat=6>

García P. (2009). Pornografía infantil. *Boletín criminológico*. Núm. 12. Recuperado de: https://www.usc.es/export/sites/default/g/institutos/criminologia/descargas/Pornografia_Infantil.pdf

García, C. (2010). *Sujetos de explotación. Abordajes de las subjetividades en los registros materiales de las políticas públicas nacionales contra la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, en Costa Rica, Colombia y Brasil*. (Tesis Doctorado) Universidad de Manizales. Recuperad de: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20110408062659/tesis-garcia-s.pdf>

Gallo H., Ramírez M. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Buenos Aires. Grama Ediciones.

Garro S. (2013). *Violencia sexual infantil y violencia intrafamiliar*. Observatorio del delito. Policía nacional Dirección de protección y servicios especiales. Recuperado de: http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Direcciones_tipo_Operativas/Direccion_Servicios_Especializados/area_infancia_adolescencia/red_educadores/herramientas/VIOLENCIA%20SEXUAL%20E%20INTRAFAMILIAR.pdf

Gutiérrez, R, Vega, L & Rodríguez, E. (2007). Problemas y dilemas éticos en la investigación de la explotación sexual comercial de niñas y niños. *Revista Salud Mental* 2008; Vol. 3, No. 5: 403-408. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n5/v31n5a8.pdf>

ICBF - Unicef - OIT – IPEC - FUNDACIÓN RENACER (2006) Plan de acción nacional para la prevención y erradicación de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, 2006- 2011. Recuperado de: http://www.unicef.org/colombia/pdf/ESC_NNA.pdf

Jaramillo J. (2014). El descubrimiento freudiano. En Díaz (Ed.) *Imaginario, simbólico, real. Aporte de Lacan al psicoanálisis*. Bogotá. Editorial Universidad Nacional. P. 17- 27.

León, M. (2014). *Concepción del cuerpo en la prostitución femenina desde una perspectiva psicoanalítica Lacaniana*. (Práctica investigativa) Universidad

Católica de Pereira. Recuperado de: <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2284/CDMPSI202.pdf?sequence=1>

Liébana, J., Real, S., Gutiérrez, F. (2014). La inmersión infantil en la cultura del consumo. La fidelidad a la marca. *Revista Teknokultura*. Vol. 11, No. 1. Recuperado de: <http://teknokultura.net/index.php/tk/articulo/view/173>

Lipovetsky, G. (2003). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Editorial Anagrama.

López, Y. (1999) De la inocencia del niño a la sexualidad infantil. *Affectio Societatis*. Revista Electrónica del Departamento de Psicoanálisis. Universidad de Antioquia. Vol. 2 No. 4. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/5410>

Maldonado, S. (2013). Prostitución de alto nivel: ¿prostituirse para gozar la feminidad? Universidad de San Buenaventura Cali, facultad de psicología (Especialización en Psicología Clínica). Recuperado de: http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/1787/1/Prostituci%C3%B3n_%20Gozar_%20Feminidad_Maldonado_2013..pdf

Mass, L. (2010). El sujeto en la era virtual: Una forma posible de adicción contemporánea. *Revista Cultura, Educación, Sociedad*, Volumen 1, Número 1, p. 91- 93.

Mass, L. R. (2014). El sujeto y la estética corporal en la sociedad contemporánea (algunas relaciones teóricas con el capitalismo y plus de gozar). *Revista Psicogente*, vol. 17 No.31; 155-162. Recuperado de: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/428/393>

Merea, C. (1994). *La extensión del psicoanálisis*. Editorial Paidós.

Mejía, W. (2006). *La utilización de niños, niñas y adolescentes en la prostitución en Risaralda. Avances de un estudio sobre la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes -ESCNNA- y la trata de menores en Colombia*. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xORYe_7OGkgJ:www.oim.org.co/component/docman/download/402-la-utilizacion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-en-la-prostitucion-en-el-departamentos-de-risaralda.html%3FItemid%3D+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=co

Miller, J. (2005). United Symptom. En Laurent, E.; Miller J. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós.

Moreno, B. (2014). El concepto de pulsión de Freud a Lacan. En Díaz (Ed.) *Imaginario, simbólico, real. Aporte de Lacan al psicoanálisis*. Bogotá. Editorial Universidad Nacional. P. 123- 157.

Nasio, J. (1998). *Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan*. Editorial Gedisa.

Oxman, N. (2011). Aspectos político-criminales y criminológicos de la criminalización de la posesión de pornografía infantil en Estados Unidos de Norteamérica. *Revista Política criminal*. Vol. 6, No. 12: 252 - 294. Recuperado de: http://www.politicacriminal.cl/Vol_06/n_12/Vol6N12A2.pdf

Pacific Rubiales (2013). "Te Protejo": un ejemplo colaborativo para atacar de frente la pornografía infantil. *El Espectador*. Recuperado de: <http://www.elespectador.com/tomalapalabra/pacific-rubiales/te-protejo-un-ejemplo-colaborativo-para-157-articulo>

Packer, M. (2013). *La ciencia de la investigación cualitativa*. Ediciones Uniandes.

Pérez, D. (2010). La subjetividad de la prostitución femenina: una interpretación psicoanalítica. *Revista de ciencias biomédicas, ética, bioética y humanismo*. 1(2): 278 - 283. Recuperado de: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciabiomed/article/viewFile/22/19>

Pérez L. (2015). *Explotación sexual infantil. Los niños y la explotación sexual*. Fundación Humanium. Recuperado de: <http://www.humanium.org/es/explotacion-sexual-infantil/>

Prado, I. (2005). *El dolor humano. Psicoanálisis para desprevenidos*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

Quéau P. (1995) *Lo virtual. Virtudes y vértigos*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Ramírez D. (2014) *Lógicas de las redes sociales virtuales. Real, simbólico, Virtual*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Red Papaz (2008) *Historia*. Red Papaz. Recuperado de: <http://www.teprotejo.org/index.php/es/quienesomos/historia>

Red Papaz (2012). Pornografía infantil, principal delito informático. *El Espectador*. Recuperado de: <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/pornografia-infantil-principal-delito-informatico-articulo-369766>

Revista Semana (2015). ¡Pillados! Las cifras de acoso infantil han aumentado en el mundo en los últimos años. *Revista Semana*. Recuperado de: <http://www.semana.com/enfoque/articulo/pornografia-infantil-en-cifras/421852-3>

Rojo, J. (2002). La realidad de la pornografía infantil en internet. *Revista de derecho penal y criminología*. Núm. 9. P. 211- 251. Recuperado de: <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2002-9-5080&dsID=Documento.pdf>

Salazar, R. (s. f). El negocio de la pornografía. *Jornades de Foment de la Investigació*. Universitat Jaume-I. Recuperado de: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi9/publ/7.pdf>

Salcedo, M. (2013) *Determinismo psíquico, responsabilidad moral y psicoanálisis*. Colombia. Editorial Bonaventuriana.

Santcovsky, M. (1999). Sexualidad. En: Yospe, J., Izaguirre (Ed.). *Salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Universidad de Buenos Aires. P. 67-71.

Strauss, A; Corbin, J (2012) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.

Soler, C. (2003). El cuerpo acontecimiento del discurso. Conferencia pública realizada en la Pontificia Universidad Javeriana, Santa Fe

de Bogotá, 2002. *Revista Letrazas. Del Otro contemporáneo, sus crisis y sus urgencias*. No. 3.

UNICEF, ICBF. (2003). Para que los niños y niñas puedan vivir en paz. Normativa nacional e internacional para la prevención y atención del abuso y la explotación sexual en la niñez. Recuperado de: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/crecer1.pdf>

LA MUJER Y LA PORNOGRAFÍA: CONSIDERACIONES DESDE EL PSICOANÁLISIS

Judith Elena García Manjarrés

Información del autor: *Judith Elena García Manjarrés*. Magíster en Psiconeuropsiquiatría y Rehabilitación, Universidad Metropolitana. Especialista en Psicología Clínica, Universidad Metropolitana. Psicóloga, Universidad Metropolitana. Investigadora del Grupo Sanus Viventium, Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia. Correo electrónico: judithelena16@unimetro.edu.co

Referencia recomendada: García-Manjarrés, J. E. (2016). La mujer y la pornografía: Consideraciones desde el psicoanálisis. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 192-208.

Resumen: El presente artículo se propone desarrollar un análisis del concepto de pornografía con relación a la mujer y, su comprensión desde el psicoanálisis. Para ello se realiza un recorrido teórico por lo pornográfico entendido esto cómo lo que perteneciente al campo de lo privado, emerge de dominio público. Como método se utiliza el análisis de documentos teóricos y contenidos de textos (Bernal, 2010; Strauss & Corbin, 2012; Packer, 2013), respaldado a su vez en la consulta la bibliográfica de textos psicoanalíticos (Gallo, Ramírez, 2012). La fundamentación categorial está dada por las nociones de: pornografía y mujer. Aunque la noción de pornografía no se constituye en concepto del dominio psicoanalítico, ésta, si aparece como fenómeno contemporáneo de importancia que refiere a la mujer, la constitución subjetiva y el goce, los cuales si responden

a fundamentos teórico-clínicos del psicoanálisis y con los que puede contribuirse a un estudio sobre la mujer.

Palabras Clave: Mujer, Pornografía, Psicoanálisis, Goce.

Abstract: This article proposes to develop an analysis of concepts about pornography in relation to the woman from a psychoanalysis approach. In order to do so, it establishes a theorist transition from the pornographic and how what is private, now becomes public. The method used is the analysis of theories and contents (Bernal, 2010; Strauss & Corbin, 2012; Packer, 2013) backed up by the biographical research of psychoanalytical texts . (Gallo, Ramirez, 2012). The categorical are provided by the concepts of pornography and woman. Even though, the pornography concept is not widely dominated by the Psychoanalysis field, this is a contemporary component of high importance about the woman and, the subjective constitution and enjoyment, which do respond to clinical psychoanalysis theories that can contribute to the study of the woman.

Keywords: Woman, Pornography, Psychoanalysis, Jouissance.

Recibido: 17 de Marzo de 2016

Aprobado: 30 de Junio de 2016

INTRODUCCIÓN

El hombre es concebido como un ser *biopsicosocial*, desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera el concepto de salud como: "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de enfermedad o afección" (OMS, 2005, p.1).

La anterior definición en salud que postula la OMS sugiere que ésta está referida a lo social y a lo mental, sin embargo, ambos, no son lugares que pueda alcanzar un sujeto, que pueda hacer posible, sin que para ello recorra dificultades, pues tal concepción *biopsicosocial*, propuesta por la OMS, si bien anota lo importante de la sociedad, no alcanza para lo que en psicoanálisis se define como lazo social y que implica que *el sujeto nace del campo del Otro* (Lacan, 1964; Miller, 2005; Allouch, 2013; Constantinidi, 2008; Žizek, 2013; Soler, 2015) pues el primero surge como efecto de la presencia del segundo. Así, para referirse a la posibilidad de existencia del sujeto, señala Lacan: "éste, tiene que ser reconocido por el Otro, inicialmente por el deseo del Otro y, es ese deseo del Otro lo que llevará a que exista la posibilidad de ser soporte para el futuro sujeto por venir". (Lacan, 1954 - 1955, p. 355).

En este camino de constitución psíquica a partir del campo del Otro, el sujeto atraviesa y es atravesado todo el tiempo por la sexualidad, esa que, si bien tiene sus tiempos iniciales en la infancia, es "Con el advenimiento de la pubertad que aparecen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva" (Freud, 1905a, p. 1221)

lo que indica que a partir de ese paso el sujeto marca su camino sexual. Con la enseñanza de Lacan, se sabe que el sujeto, es también atravesado por el lenguaje, ese que comanda el inconsciente y que le da su estructura al mismo (Lacan, 1973, p. 307). Y, es en ese transitar entre sexualidad y lenguaje así como desde el inconsciente, señala el psicoanálisis, donde el sujeto empieza a asumir su lugar, a su vez con un cuerpo que porta con sexualidad y que implica estar en lo social, hacer vínculo con el otro.

En ese punto, al hacer vínculo con el otro existe la posibilidad de hacerle desear y allí, tiene lugar el erotismo, como aquello que muestra algo de lo que se desea y al mismo tiempo, lo vela. Si bien, como enseñó Freud: "el ser humano está infaliblemente ligado a su vida erótica" (Freud, 1905b, p. 1208), cada vez más, lo ateniende a lo sexual, al goce y al deseo tiende a mostrarse públicamente, para la mirada del otro. Los cuerpos desnudos ya no sólo hacen parte de las expresiones artísticas como la pintura, la escultura, etc., sino que también aparecen en todos los diversos medios de comunicación, basta con abrir cualquier tabloide nacional para encontrar fotografías de mujeres totalmente descubiertas, con títulos insinuantes y alusivos al sexo, o si no se tiene a mano la prensa, se puede encender el televisor en horarios familiares para encontrar en cualquier novela, alusiones, escenas y conversaciones de alto contenido sexual.

Lo anterior, implica que allí, donde antes aparecía el erotismo y lo ateniende a él como velado, ahora éste ha empezado a estar acompañado de formas más explícitas que implican la desnudez

absoluta y lo específico del acto sexual dando paso a lo que hoy emerge como fenómeno, la pornografía, fenómeno del que el psicoanálisis puede hacer una lectura, entendiéndolo como "un relato de una ideología sobre lo sexual transmitida a nivel de los medios de masas" (Masotta, 1977, p. 1). Las mujeres aparecen en las imágenes de revistas, tabloides y medios audiovisuales, como aquellas que muestran cada vez más su cuerpo y la forma como tramitan lo sexual y ello, si bien repercute en las ganancias económicas del medio de masas, también lo hace en la forma como aparece lo referente a ella en tanto mujer de la época contemporánea.

Así, con mayor frecuencia, lo que antes pertenecía al campo de lo privado, empieza a aparecer ahora como tema de dominio público y la pornografía emerge como un fenómeno que aunque pueda aparecer paralelo al erotismo, circunscribe a las mujeres a lugares que empiezan a serles particulares y en los que emergen de manera más explícita lo atinente a su sexualidad. Es allí, donde radica la importancia de este estudio pues es preciso un espacio de reflexión que abordando la temática profundice sobre la incidencia de la pornografía en relación a los lugares posibles para la mujer contemporánea, teniendo presente los modos subjetivos de afrontar la sexualidad de aquella que se nombre como tal.

EROTISMO Y PORNOGRAFÍA

El término pornografía proviene del griego πορνογραφία. A su vez, esta etimología está dividida en *porne* y *grafía*, lo que deriva en que el término

pornografía, se ha traducido finalmente como descripción de una prostituta. Esto, tiene sus raíces en la antigua Grecia con algunos rituales para los dioses en los que se alquilaban para satisfacción sexual de los mismos, las llamadas *hetairias* y *pornés*.

Las hetairas eran las más prestigiosas, como si se tratase de la élite sofisticada de todas ellas, mientras que las *pornés* eran de las más frecuentes y baratas. El nombre de éstas últimas es el que recoge el término pornografía, como representación gráfica de las *pornés*. (Basch, 2016).

La Real Academia de la Lengua Española, por su parte, anota que el término pornografía, hace referencia al "conjunto de elementos, materiales, imágenes y/o reproducciones de la realización explícita del acto sexual y que tienen como fin provocar la excitación y placer sexual del receptor" (RAE, 2014, p. 1221). Lo erótico por su parte, es definido como aquello "perteneciente al amor o al placer sexual" (RAE, 2014, p. 662).

Muy tempranamente en la historia antropológica se encuentran descripciones y gráficos de representaciones eróticas que han sido halladas por arqueólogos y que corresponden a la época del antiguo testamento, dando cuenta que la pregunta por la sexualidad y la genitalidad de los sujetos es algo que ha marcado de forma insistente la historia humana.

De la época paleolítica se conocen figuras de mujeres con grandes senos y embarazadas, talladas en piedra y/o en madera que, si bien no hacían referencia a estar allí con el fin de provocar la

excitación sexual, si estaban relacionados con la idea de explicar y graficar el asunto de la fecundidad o se erigían como íconos religiosos, pues para el hombre de aquella época, el acto sexual estaba asociado a fuerzas sobrenaturales que, a su vez estaban ligadas a la religión.

Estas figurillas grabadas, en bulto redondo o en bajo relieve, que representan mujeres disparejas, esbeltas u obesas, embarazadas o sin gravidez, adolescentes o viejas, de pie, sentadas, tumbadas o en cuclillas, con el rostro más o menos figurado, con cabellos y/o tocado o sin ellos, se clasifican dentro del arte mobiliario paleolítico. Han sido denominadas "venus paleolíticas" y ha habido una fuerte tendencia a considerarlas como el reflejo de un culto a la fertilidad. (Hauchel y Sanahuja, 1996, p.63).

Años más tarde, en las culturas romanas y griegas se encuentran creaciones de esculturas y frescos que grafican el acto sexual, en ocasiones homosexual, la felación y el cunnilingus y, a mediados del año 320 -540 D.C. el religioso Vatsyayana Mallanaga escribe libro del *Kama Sutra*, que en principio aparece dedicado a dos cosas, a saber, un manual sexual y un manual para las relaciones humanas en pareja. Así también, aparecen representaciones eróticas en Perú, donde la cultura Moche, desarrolló pinturas eróticas en cerámica, constituyendo su país como: "el mayor centro arqueológico de arte erótico en América, y uno de los más relevantes en el mundo" (Puigbó, 1997, p.380).

Lo anterior parece indicar que las representaciones eróticas y la pregunta por el erotismo humano han estado

presentes desde que el hombre inicia su historia, sin embargo, estos gráficos no estaban ligados a lo que hoy se conoce como pornográfico, pues ellos trataban de mostrar el asunto de la sexualidad la más de las veces en relación a lo cultural propio de la época, lo religioso y la fecundidad. El concepto de pornografía que se tiene actualmente, data de la época victoriana en la que hubo grandes cambios en la forma como se estructuraba la cultura y se establecían las políticas. Es entonces en 1860 (Siglo XIX) que aparece el nuevo concepto de pornografía que está cifrado en la etimología, es decir, *la descripción de una puta*. La nueva concepción de lo que se entiende como pornografía, se propone por primera vez en el *Websters's Dictionary* (1864) y postula que se trata de una *ilustración licenciosa que era usada para decorar las paredes de las habitaciones consagradas a las orgías bacanales, ejemplos de las cuales se hallan en Pompeya*. Si bien, algunos actos sexuales específicos estaban regulados y otros prohibidos, es en el año 1857 donde empieza a promoverse la prohibición sobre la contemplación de imágenes que a partir de entonces se empezaron a considerar como pornográficas y que antes, eran vistas como *normales*. Así, en ese mismo año, aparece publicado la primera regulación en cuanto a lo que se considera como pornografía y la criminaliza, a saber, "*Obsecene Publications Act*", documento en el que se promulgaba la penalización de lo que se considerara como pornografía o actos pornográficos (Chambers y Butts, 2005).

Resulta importante anotar, que pese a las leyes que penalizaban lo referente a la pornografía, el asunto de mostrar lo que

puede considerarse como íntimo, ha insistido en el tiempo. Numerosas pinturas, esculturas y grabados de representaciones eróticas han sido encontrados en la mayoría de las culturas y algunos, datan de más de siete mil años de antigüedad. En la antigua Roma, las representaciones eróticas se consideraban algo de buen gusto y en ellas, se graficaban costumbres sexuales de la época, tal es el caso de la llamada Copa de Warren:

Una pieza de plata del primer siglo después de Cristo; en un lado están dos hombres practicando sexo anal, un hombre mayor está sentado y sobre él yace otro hombre un poco más joven, quien se sostiene de una cuerda, como muestra del placer que le producía la penetración. En el otro lado de la copa aparecen dos hombres practicando sexo anal, el hombre que penetra al más joven tiene una corona de hojas de laurel, lo cual indica que poseía un mayor estatus social. Cuando la pieza fue descubierta, muchos museos se negaron a exponerla; no fue sino hasta 1980 cuando se exhibió públicamente. (Ospina, 2010, p. 82).

Por su parte, en América Latina, la cultura Moche de Perú, también representaba actos eróticos en su cerámica. Sus expresiones culturales y artísticas se vincularon a la fecundidad de la tierra, lo cual continúa vigente en comunidades andinas actuales que entrelazan componentes sexuales en los rituales mágico-religiosos que propician la fertilidad del campo o el ganado (Arroyo-Hernández, Cárdenas-Rojas y Salaverry-García, 2013).

En oriente, el culto a lo sexual y a lo erótico jugó un papel tan importante que es a partir de allí donde nace la posibilidad del relato que hoy se conoce

como novela. *La Historia de Genji*, obra japonesa que data del siglo XI, a menudo es considerada como la primera novela del mundo y en ella, se narra en 54 capítulos la vida y las aventuras amorosas y sexuales del Príncipe Genji, “esta obra podría ser considerada no sólo la primera novela propiamente dicha, en la historia de la humanidad, sino también una de las más admirables de todas las épocas y culturas”. (Zambrano, 2010, p. 91).

Posteriormente y a medida que fueron llegando los avances tecnológicos, el acceso a aquello que era del orden del tabú, a saber, lo sexual, empezó a hacerse más fácil. Las críticas a los gobiernos y reinados de turno, algunas veces los satirizaban con ilustraciones alusivas al sexo, “Los panfletos pornográficos franceses ponían en entredicho a la clase dirigente, atacando la virilidad de Luis XVI y la supuesta promiscuidad de María Antonieta” (Jaramillo, 2009, p. 86). Esta forma como aparecía la pornografía en la época de la ilustración, permaneció incluso hasta el inicio de la Revolución Francesa en el Siglo XVIII, en el que fueron publicadas las Obras Del Marqués de Saade.

A lo anterior, se sumaba en Inglaterra la impresión y distribución de *Memoirs of a Woman of Pleasure*, que es considerada la primera novela erótica en lengua inglesa (López, 2012, p.107). Narrada en forma de prosa y cuyo texto tiempo después recibiría el nombre de Fanny Hill y posteriormente su adaptación fuera llevada años más tarde, en 1991 durante el Siglo XX a la pantalla grande, como película titulada *Los Burdeles de Paprika* y dirigida por el italiano Tinto Brass.

En el Siglo XIX y con la aparición de los daguerrotipos a manos del francés Louis-Jacques-Mandé Daguerre, muy pronto hicieron sus apariciones también las primeras fotografías de desnudos femeninos. Los primeros daguerrotipos eróticos hacen su aparición para 1840:

Muchos de ellos eran coloreados y en general su representación seguía los cánones estéticos de la pintura del siglo XIX. Así comienzan a desfilan por la antigua fotografía salomés, cleopátras, matronas romanas, majas, odaliscas y virginales afroditas, muchas de ellas en situaciones decididamente lésbicas. (Figari, 2008, p.170-204).

Debido al alto costo de los retratos, estos solo se comercializaban entre la clase alta y personas pertenecientes al ámbito del arte y la cultura. Sin embargo, pocos años después con el avance de la fotografía y la posibilidad de reproducir copias por negativos, la fotografía erótica consiguió su mayor auge y se comercializó de tal manera que las imágenes eran enviadas por correo postal a cambio de dinero.

Durante el Siglo XX, con el desarrollo de la imprenta a menor costo, fue posible producir de forma masiva imágenes en blanco y negro y empezaron a aparecer revistas que incluían fotografías de mujeres desnudas y semidesnudas y para la década de los años veinte empezaron a aparecer en Estados Unidos *Las Biblias De Tijuana*, pequeños comics pornográficos que muestran a personajes famosos de la época -- reales o de ficción -- manteniendo relaciones sexuales. (Rodríguez, 2007) Una veintena de años más tarde, a partir de 1940 empieza el mundialmente conocido Pin-Up que es el término con el que se nombran las imágenes femeninas de

revistas y calendarios para hombres, cuyo énfasis especular se colocaba en las piernas y posteriormente en los pechos y que explica María Elena Buszek (2006):

As a genre developed as a part of a theatrical discourse in which the onstage identities that emerged and oscillated between the period's binary of domestic/public womanhood found a way to exist, assisting in the discursive expansion of the broader extratheatrical identities that these images suggested where possible (p. 66).

En la década de los años cincuenta, el hoy muy conocido *Hugh Hefner*, funda la conocida revista *Play Boy*. Así también, la invención de la filmografía y la posibilidad de proyectar imágenes en movimiento a multitudes, no se le escapó a la pornografía y esta hizo su aparición en pantalla. Desde 1940 con la postguerra y la aparición de los formatos de 8mm para proyecciones, se hace mucho más fácil la distribución de películas pornográficas que pronto llenaron tanto el comercio, que en algunos países, en el comienzo de los años setenta del Siglo XX, la pornografía empezó a ser legalizada, afirma Jorge Leite Jr. (2006): "Neste percurso, a fotografia e o cinema, aparatos técnicos indissociáveis da cultura da massas e do entretenimento como modo de vida moderno, foram fundamentais para o desenvolvimento da legalizada e milionária indústria pornográfica" (p. 66).

Así, con los avances tecnológicos, fue más fácil el acceso a la pornografía. Hoy, abundan los dominios en internet, unos gratis y otros que implican al suscriptor el pago de algún dinero y cada vez más son visitados los sitios que ofrecen pornografía para el consumo masivo, así

también cada vez crece más el número de webs que oferta tales servicios, explica Raúl Salazar (2003):

Internet es un medio prácticamente incontrolable, o al menos eso pensamos. Con su ayuda, la pornografía ha dado el salto definitivo para convertirse en algo dominante y presente en nuestras cotidianas vidas. Genera ganancias inimaginables y posibilidades aún por explotar (p. 4).

Lo anterior implica que la pregunta por lo erótico en torno al sujeto y posteriormente el fenómeno de la pornografía, en el que lo que antes era del campo privado empieza a hacerse de dominio público, no han dejado de insistir y de acrecentarse desde que el hombre mismo inicio su historia sobre la tierra. En principio, el erotismo se representaba con los gráficos de la época paleolítica, pero posteriormente, este empezó a aparecer acompañado de la explotación de lo íntimo explícitamente. Si bien las películas eróticas exclusivas han ido desapareciendo dando paso a filmes de menor inversión más explícitos, también es cierto que las ganancias que reporta la pornografía siguen en ascenso, así como también el número de sujetos aficionados a ella. Explica Raúl Salazar (2003):

Se estima que 5,5 millones de norteamericanos emplean más de 11 horas a la semana en los sitios porno, lo que se define como adicción. Al menos uno de cuatro usuarios habituales de Internet visitan sitios pornográficos, como mínimo una vez al mes, más gente de la que entra a sitios deportivos o gubernamentales. Existen en estos momentos unos 80.000 sitios porno generando unos beneficios de más de 1140 millones de €.

Entre un 40 y un 60 por ciento de los sitios web contienen pornografía. La palabra sexo es entrada en los buscadores unas 5 millones de veces por día. 1900 millones de dólares recibirían al año las compañías de hosting de Internet por albergar la cantidad de webs que se encuentran en el medio (p. 5).

Esto, no deja de ser llamativo. Si el fenómeno insiste, se consulta información de él y muestra tan altas estadísticas, es posible servirse de algunos postulados psicoanalíticos sobre el goce, lo femenino, el cuerpo, etc, para plantearse que la pregunta por el goce del otro, por el cuerpo del otro y los modos como este puede gozar también insisten en las formas del lazo social contemporáneo, así como en la forma en que cada uno da cuenta de su lugar como sujeto sexuado. Si la pornografía muestra sin velo la sexualidad, explícitamente, esta no lo hace sin dejar atrapado al sujeto en lugares de consumo, en los que a su vez, es consumido por la propuesta de tal fenómeno que anuncia la *inmediatez* del servicio al que se le supone un *placer garantizado*. Así también dejando a las mujeres contemporáneas en lugares que a partir de la pornografía como fenómeno que emerge, empiezan a serles particulares en los modos con que se bordea lo ateniende a su sexualidad.

Pornografía: ¿Hay Relación Sexual?

En los días contemporáneos es cada vez más común y ya incluso cotidiano encontrarse con la pornografía. Basta navegar o consultar en internet para que cada tanto y con muy poca diferencia de entre tiempos, los llamados banners y/o las ventanas emergentes hagan su aparición sugiriendo el acceso inmediato

a webs donde se ofrecen encuentros entre personas que aluden al sexo, bien sea esto, a manera de llamadas, de chats, de juegos virtuales, cámaras web e incluso de manera personal. Tampoco escapa a esto la prensa, en donde en los avisos clasificados es más que cotidiano encontrar *lolitas* que se ofrecen *por módicos precios*. Todo ello no se da sin estar acompañado no sólo de la promoción del objeto sino también de la forma como se vende su fácil acceso a él.

Hoy, no sólo se sugiere el encuentro por cualquiera de las mentadas vías, sino que este, se coloca bajo la oferta de la inmediatez, sin que esté tramitado por ningún vínculo que una al sujeto con aquello que le es ofertado. Cuando Jacques Lacan (1969) enuncia por primera vez su muy conocida fórmula "no hay relación sexual" (p.206). Lo afirma para hacer referencia a que hay algo de la relación de pareja que presenta dificultades y no permite la supuesta *armonía*, algo de lo imposible aparece en el vínculo que une las parejas, no hay complementariedad posible entre sujetos, ni tampoco es posible saciar la falta en la relación con otro.

El anterior planteamiento lacaniano, es contrario a lo que plantea la pornografía y lo que la promueve, donde no sólo se ofrecen a las mujeres como mercancías que están siempre dispuestas a acceder al goce sexual, sino que además no hay momento en que no disfruten de él y aparezcan para la mirada del otro, como aquellas que pueden satisfacer aparentemente el deseo sexual de aquel por el que son vistas y ser objeto que completa allí, donde algo falta, aunque esto ocurra de manera momentánea,

pues aún en el asunto de la pornografía, las mujeres, una vez han cedido al goce sexual, propuesta masculina generalmente, pareciera que quedan reducidas a ser aquellas a las que se puede acceder siempre que se tengan ganas y que están allí para satisfacción del otro, o dicho de otra forma, para ser gozadas por él, dejando de lado el deseo de ellas, desconociéndolo y como propone la filósofa Michela Marzano (2006) "aunque aparentemente no sea otra cosa que una representación explícita del acto sexual, en realidad solo es posible a condición de borrar el sujeto y su deseo, lo que implica anular y suprimir su sexualidad" (p. 42)

Así, la pornografía y su consumo masivo, parece emerger como un telón que si bien su existencia pone en evidencia la máxima lacaniana de "no hay relación sexual" (Lacan, 1969, p. 206), paradójicamente, al mismo tiempo intenta borrar esa ausencia, haciendo gala cada vez que se monta una escena que traspasa lo erótico y muestra el furor de la cópula, que si es posible aparentemente la complementariedad en la pareja, sean cuales sean sus géneros y, no sólo es posible sino que por demás resulta placentera. Es esta la trampa especular en la que los sujetos que están del lado del televidente quedan atrapados, contemplando cuerpos que no sólo aparecen deseables, satisfechos, sino que además aparentemente son complementarios y es posible su unión, en la que incluso es se puede pensar que como apunta la Iglesia, "serán una sola carne" (Génesis 2:24, p.4).

Lo anterior, ocurre dejando al observador como un sujeto en soledad, a

merced de lo que se nombra en psicoanálisis como *Goce del Idiota*, el onanista, (Lacan, 1972-1973; Meroni, 1998; Leiva, 2001; Martín, 2003; Mellado, 2008), en el que si bien la pornografía y lo que allí se ve le permite alimentar el imaginario masturbatorio, posteriormente, es posible también para el que mira, "permitirle pensar que su sexualidad existe porque da lugar a representaciones" (Leraton, 2002, p. 15).

Así, el sujeto que aparece aparentemente en solitario queda reducido al ejercicio pulsional de los órganos, para lo que afirma Marzano (2006):

La pornografía es un discurso donde la exhibición de los sexos sustituye la diferencia subjetiva y donde la economía del deseo es reducida al funcionamiento pulsional de los órganos. Lo que cuenta no es el individuo en su especificidad y su unicidad sino su reducción a un conjunto de órganos genitales y zonas erógenas: los primeros planos sexuales que se suceden en los film X y reducen la presencia del rostro a un elemento en contracampo tornan intercambiables a los personajes, como cualquier otro objeto del decorado (p. 43).

Esto ocurre, dejando de lado, lo que para George Bataille (1988) se juega en el plano de la sexualidad, es decir, el equilibrio sutil entre la posibilidad de entrega de un sujeto y de posesión del otro "semejante al vaivén de las olas que se penetran y se pierden la una en la otra" (p.24). Esto que queda de lado y en el que el sujeto parece perder la diferencia que le es propia, pone de plano la propuesta lacaniana del "No hay relación sexual" (Lacan, 1969, p. 206) que tanto la pornografía se empeña en negar, vendiendo mujeres que se ofertan

a la mirada como aquellas de las que se puede gozar cuando a bien se tenga.

LA MUJER EN PSICOANÁLISIS

El psicoanálisis tuvo su punto de partida en lo referido por las mujeres que asistían a la consulta de Freud, quien a partir de permitirles hablar y ser escuchadas de una manera particular sobre lo que las aquejaba, pudo hacer sus formulaciones sobre la *envidia de pene* (Freud, 1905a) y la emergencia del lugar de lo angustioso en la mujer otrora niña al descubrir que a ella en apariencia, algo le faltaba y esta falta se inscribía como relativo a una desventaja frente al varón, aunque después esa misma falta le permitiera a las mujeres relanzar su deseo para obtener de un hombre aquello que era representante de lo fálico, obtenerlo incluso a modo del hijo, postulara Freud (1905a). La sexualidad femenina, que le resultara al vienés no sólo fascinante sino también misteriosa y de la que llegara a decir: "El enigma de la feminidad ha puesto cavilosos a los hombres de todos los tiempos" (Freud, 1931, p. 3077), no pasó desapercibida para Lacan, quien reformulara el psicoanálisis y durante toda su enseñanza, insistiera no sólo en lo subjetivo y los entuertos del lenguaje, sino también en los enredos de la constitución femenina.

Así, para el psicoanálisis y desde las afirmaciones que hiciera Jacques Lacan en su enseñanza en relación a la falta y algunas maneras como esta aparece en lo femenino, se trata de la mujer como *No – toda* (Lacan, 1972). A partir de entonces, se reconoce la posición femenina desde el lado de la falta simbólica, de la ausencia, y de aquello de la sexualidad que va mucho más allá

de lo orgánico y se inscribe en el inconsciente (Laurent, 1999; Lamovsky, 2005; Roldán, 2006; Soler, 2006; Robles, 2012). La enseñanza lacaniana, con sus fórmulas de la sexuación; deja ver claramente que, para el psicoanálisis, que la mujer se inscriba como *No-toda*, implica para ella, un goce más allá de lo fálico. Esto, abre una brecha de diferencia con respecto al hombre, pues a este, desde la teoría psicoanalítica, su posición masculina, como hombre, le estará dada en tanto él se ubica sólo en relación al goce fálico que lo ordena, sin posibilidad de inscribirse más allá del mismo. Al respecto, enseña Miller (2010):

Hombre y mujer son dos razas, no biológicamente, sino en lo que hace a la relación inconsciente con el goce. El hecho de que pueda apoyarse en una determinación anatómica, sobre todo cuando se la verifica genéticamente, empujaría más bien a hablar de la complementariedad, pero a nivel de la relación inconsciente con el goce está lo que llamamos sexuación. En este nivel se trata de modos de goce (p. 55)

Lo anterior, da cuenta, que acceder al goce femenino y constituirse como mujer, implica necesariamente habitar una ausencia, en la que se impone sine qua non para el sujeto femenino, la dinámica de la castración, que pasa a su vez por vía del significante y va dejando marcas e inscripciones en el cuerpo erotizado que indeleblemente guardarán estrecha relación en la forma como una y cada una de las mujeres asuma su vida erótica. Y así, del lado de la mujer, "lo que queda fuera de la castración, en el no-toda-es, va a determinar el estilo creativo de cada uno, y de uno por uno de los sujetos" (De la Pava, 2006, p. 182), en lo que al erotismo femenino se refiere.

Habitar ese vacío y con él poder tomar una posición frente al Otro permite la construcción de un sujeto femenino. Un sujeto que no puede abstraerse de la castración y que por ella marcará su entrada al mundo de lo erótico. Sin embargo, es la forma como se inscriba esta castración, la fálica, lo que abre paso a la diferencia, pues de manera distinta marcará a uno y cada uno de los sujetos femeninos, es por ello que Lacan escribiera "La mujer" (Lacan, 1972, p. 74), tachándola pues ella no hace conjunto, sino que por el contrario se afirma como mujer en tanto diferente de las otras y del otro al estar ubicada más allá del Falo. Es porque su cuerpo está atravesado por la ausencia que emerge presente que si bien, no le puede decir que no a la castración, siempre habrá para La mujer un más allá de ella, es decir, un pedazo que no se inscribe allí, una parte no puede ser castrada por estar desde siempre habitada por una ausencia. Es con esta ausencia que se encuentra una y otra vez la lógica del Falo.

Su inscripción, se topa, en el caso de La mujer, con un vacío que intenta ser taponado por lo simbólico, sin embargo, algo se le escapa, pues ella no toda es, algo quedará al margen, por fuera de las marcas fálicas, dice Lacan:

Hay un goce de ella, de esa ella que no existe y nada significa. Hay un goce suyo del cual quizás nada sabe ella misma, a no ser que lo siente: eso sí lo sabe. Lo sabe, desde luego, cuando ocurre. No les ocurre a todas... Este goce otro es el que intento que aborden por la vía lógica... (Lacan, 1972, p. 90).

Es ese goce, el femenino, que está por fuera de lo fálico, incluso por fuera de las palabras el que justamente define a la

mujer como la propone el psicoanálisis en tanto *no-toda* y diferente de las otras, en la imposibilidad de hacer conjunto.

Así, a partir de las fórmulas de la sexuación, propuestas por Lacan (1972) tanto hombre como mujer, pueden ubicarse de lados diferentes de la barra y el posicionamiento que cada sujeto haga a uno y/u otro lado de la fórmula, resulta de una determinación inconsciente y, la presencia del Falo como significante de la falta, establece la posibilidad de la asimetría entre uno y otro lado de la fórmula. Esto, implica que aunque la castración atraviesa a hombres y mujeres, no sucede de la misma forma para uno y otro. El Falo, responsable de significación, coloca un límite en el que se edifica la relación fantasmática entre los sexos; relación que no dejará de tener complicaciones para cada uno de los sujetos.

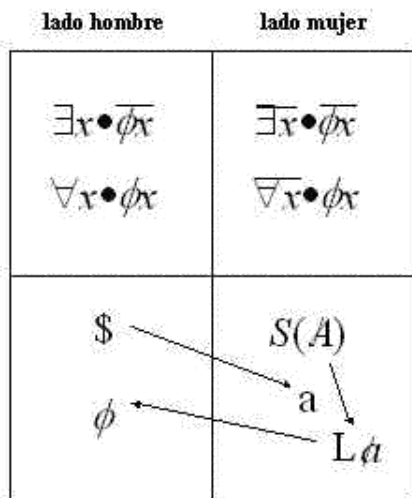


Gráfico 1. (Lacan, 1972, p. 32)

Decirse mujer, para el psicoanálisis, implica ocupar el lado izquierdo de la barra, en el que el sujeto se encuentra con la división; ella, en tanto mujer, podrá por un lado relacionarse con su

partenaire invistiéndolo de valor fálico, pero por el otro lado, se dirigirá a llenar la falta en el Otro y haciendo semblante de lo que no es se encontrará con el *no-toda* que le es propio.

CONCLUSIONES

Si el psicoanálisis a partir de Lacan hace énfasis en la mujer pensada desde la lógica del *no-toda* y, propone que es desde esa lógica y la posibilidad de hacer semblante de complemento de la falta del hombre que ella, La mujer, se dirige; la pornografía por su parte, oferta a la mujer sólo como objeto de deseo momentáneo que está para satisfacción del otro y a la que se puede acceder carnalmente cada vez que que el goce lo exija, sin que sea para ello sea necesaria la presencia del amor. Ese, que "pide amor, lo pide sin cesar. Lo pide... aún" (Lacan, J. 1973, p. 3). Ella, mujer, en tanto está para *complacer* al hombre o la pareja de turno, desde la propuesta de la pornografía, está ligada sólo a la lógica fálica y no hay nada que desee más allá de eso. A partir de allí, es posible pensar la mujer de un modo radicalmente opuesto a la propuesta psicoanalítica, pues desde la primera, la mujer toda es, en tanto sólo la atraviesa lo fálico, no hay un más allá de ella, ni nada que de ella misma no se sepa, sino que aparece como la que se ofrece a la pareja de turno y en la que la mirada del otro se complace, pero que a su vez, queda sólo reducida a la genitalidad. Desde el psicoanálisis en cambio, se propone a La mujer con aquella que habita una ausencia, que se ubica en tanto *no-toda*, más allá del goce fálico y que con respecto a lo sexual no hay saber posible que brinde certezas de goce.

Esta forma como la pornografía oferta a la mujer, deja de lado a aquella que respondería a la ternura, la delicadeza y el amor, que también se le suponen como propios y, que es sabido algunos pretenden encontrar tales atributos en la fémica que elijan como compañera. Así, puede pensarse que la pornografía aparece como un intento por responder a un imaginario que parece insistir en negar el no hay relación sexual lacaniano poniendo de plano la existencia de la certeza del goce sexual y del acto en sí mismo, teniendo como protagonistas a quienes no pueden aparecer en ese momento el lugar de sujetos, sino que están regidos por la inmediatez y por la certidumbre de un goce que se supone asegurado. Esto, es contrario a la propuesta del psicoanálisis, en la que el sujeto en tanto atravesado por el lenguaje, estará castrado y, desde ese lugar de castración, que implica a su vez la dificultad y la posibilidad del fracaso, podrá ubicarse para el encuentro con lo sexual. Ya lo había dicho Lacan (1968) al afirmar:

La relación sexual, eso que se llama seguramente con ese nombre, solo puede ser realizado por un acto. Esto es lo que me ha permitido anticipar estas dos proposiciones: que no hay acto sexual, en el sentido en que ese acto sería aquél de una justa relación y que, inversamente no hay más que el acto para hacer la relación. Lo que el psicoanálisis nos revela es que la dimensión del acto, del acto sexual en todo caso, pero al mismo tiempo de todos los actos, lo que se hace evidente después de mucho tiempo, es que su dimensión propia es el fracaso (p. 304).

Del lado de aquel con el que se hace pareja, se espera que éste esté en concordancia a la imagen que oferta la pornografía, es decir mujeres físicamente

perfectas para las que los límites no existen y que se complacen con la mirada del otro. Sin embargo, esto que se juega del lado imaginario aparece de frente al fracaso que se deja ver cuando lo cotidiano de la vida marca, ante la posibilidad del encuentro, un camino diferente, pues si bien la mujer, como propone el psicoanálisis, accede a su goce femenino con un hombre *haciendo semblante del objeto de su falta* (Domb, 1996; D' Angelo, 2010; La Sagna, 2012), no implica esto, que ella siempre desee de buena gana estar en ese lugar. En tanto *no-toda, no – toda* ella, podrá ubicarse allí.

Lo anterior, puede resultar aún más escabroso de lo que ya aparecía como traspie, pues ella, la mujer, imaginariamente, quedará llevando en su cuerpo el goce que se le supone, pero que a veces, se sigue escapando, a saber, ese goce que es más allá del fálico.

Si el intento de la venta de las imágenes (video, fotos, etc.) desde la pornografía, apunta a la mujer fantaseada para la mirada del otro, esta no sucede sin dejar de plano la existencia de las dificultades presentes para el sujeto femenino, pues ellas, las mujeres, quedan, de acuerdo a lo propuesto por la pornografía, como aquellas que sólo aparecen como objeto de goce, gozadas por el otro en la inmediatez, borradas en su deseo y sin posibilidad de demandar nada más allá de la lógica fálica. Así, aparecen unas mujeres que ubicadas desde el registro imaginario, resultan expuestas como objetos sin falla, contrarias a lo que el psicoanálisis les apunta como propio, a saber, la posibilidad de ser *no-toda* en relación al falo.

DISCUSIÓN

La pornografía, intenta hacer existir, lo que el psicoanálisis propone como inexistente, a saber, La Mujer, sin tachadura, pues a partir de que todas ellas estén sólo atravesadas por la cuestión y la referencia al Falo, no hay, imaginariamente, una que no haga conjunto con las demás. Es posible así, a este nivel intentar sostener que La Mujer, sin tachadura o no barrada, puede existir y está ubicada solo en la posición fálica. Desde aquí, podría decirse que el intento de la pornografía es mostrar que contrario a la propuesta del psicoanálisis, si hay relación sexual en tanto es posible que dos o más gocen de igual manera, así como también es posible imaginariamente que todas ellas, haciendo conjunto, gocen de lo mismo, uniformemente.

Lo anterior, posibilita que se pierda en la mujer, su diferencia con las otras y su posibilidad de goce Otro y con él, su ubicación en tanto *no-toda*, lo que de estar presente y asumir cada mujer la responsabilidad sobre ello, la convoca al lugar de lo que en psicoanálisis se le reconoce como propio, es decir el lugar de la ausencia, que permite la apuesta por lo incierto de su goce y la asunción al lugar de lo femenino, que puede implicar incluso la posibilidad de la relación de pareja, a lo que Juan David Nasio (2001) afirma:

[...] desde un punto de vista psicoanalítico la identidad femenina se construye a lo largo de toda la vida, una mujer no deja de construir su feminidad ... Como si la particularidad de la identidad femenina fuera enriquecerse a lo largo del tiempo no sólo con otras mujeres, sino también y sobre todo con el hombre (p.58 - 59).

Así, la emergencia de la pornografía como fenómeno, en el que aparece la mujer desde un lugar que parece responder a la fantasía imaginaria de los sujetos, puede dejarla a ella, la mujer, excluida de la posibilidad de seguir construyendo su propia feminidad, entendida esta bajo la propuesta psicoanalítica de bordear la ausencia que a ella en tanto mujer le es propia y con ella, poder acceder a su goce Otro.

REFERENCIAS

Allouch, J. (2013). *Prisioneros del gran Otro: la injerencia divina*. Argentina: El cuenco de plata

Arroyo-Hernández, C. Hugo, Cárdenas-Rojas, Daniel, y Salaverry-García, Oswaldo. (2013). Representaciones sexuales en ceramios precolombinos Moche, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 518-520. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300024&lng=en&tlng=es

Bataille, G. (1988). *El erotismo*. Barcelona: Tusquets.

Basch, V. (2016). *El cuerpo mirado: entre psicoanálisis y pornografía* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/35899/>

Bernal, C. (2010) *Metodología de la investigación*. Editorial Pearson.

Buszek, M. (2006). *Pin Up Grrrls Feminism, sexuality, popular culture*. United States of

America: Duke University Press – Durham and London

Chambers, M., Leslie, J. y Butts, S. (2005). *Pornography: The Secret History of Civilization* (DVD). Koch Vision.

Constantinidi, M. (2008, Noviembre) Santiago no tiene riendas pero sujeta. *Revista Consecuencias*. Recuperado de: <http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/002/template.php?file=arts/derivaciones/constantinidi.html>

D' Angelo, L. (2010). De máscaras, postizos y semblantes. *Revista Radar* (37) Recuperado de: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/radar/edicion/41/146/De-mascaras-postizos-y-semblantes>

De la Pava, A. (2006). ¿Qué es una mujer... para el psicoanálisis? (Desde la sexualidad femenina en Freud, hasta la posición femenina en Lacan). En: *Revista Desde el Jardín de Freud*. Escuela de psicoanálisis de la Universidad Nacional de Colombia. Vol. 6. 170-189. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/14453/1/3-8339-PB.pdf>

Domb, B. (1996, febrero). La posición Femenina y El Goce de la Mujer. "El Diablo en el cuerpo". *EFBA*. Recuperado de: <http://www.efba.org/efbaonline/domb-07.htm>

Figari, C. (2008). Placeres a la carta: consumo de pornografía y constitución de géneros. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(27), 170-204.

Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362008000100007&lng=es&tlng=es

Freud, S. (1931). Sobre La Sexualidad Femenina. En *Obras Completas Tomo III [1981]*. (3077 - 3089) Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1905b). La Sexualidad Infantil. En *Obras Completas Tomo II*. (1195- 1216) Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1905a). La metamorfosis de la pubertad. En *Obras Completas Tomo II* (1216-1230) Madrid: Biblioteca Nueva.

Gallo, H. y Ramírez, M. (2012) *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Génesis (2009). Santa Biblia. Edición Reina Valera (1-93). Estados Unidos. La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Hauchel, E. y Sanahuja, M. (1996). La Diferencia Sexual Y Su Expresión Simbólica En Algunos Grupos Arqueológicos Del Paleolítico Superior. *Revista Doua d'Estudis Feministes*. (11)

Jaramillo, D. (2009). Feminismo y censura. *Revista Medicina y Humanidades*. Vol. I. (3) 84- 93, Facultad de medicina Universidad de Chile. Recuperado de: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n32009/09_Bioetica_feminismo.pdf

La Sagna, P. (2012, diciembre). El hombre y la mujer, y el psicoanálisis Leyendo el Seminario XVIII de Lacan. Recuperado

de: <http://nel-medellin.org/la-sagna-philippe-el-hombre-y-la-mujer-y-el-psicoanalisis-leyendo-el-seminario-xviii-de-lacan/>

Lacan, J. (2008 [1954-1955]). *Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y la técnica psicoanalítica*. Onceava edición. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1972-1973). *Seminario 20 : Aun*. Argentina: Editorial Paidós.

Lacan J. (1964 - 1965). *Seminario 12. Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Argentina: Editorial Paidós.

Lamovsky, L. (2005). *Acerca de aquellas que se dicen mujeres*. Escuela Freudiana de Buenos Aires. Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_177.pdf

Laurent, E. (1999). *Posiciones Femenina del Ser. Del Masoquismo Femenino Al Empuje De La Mujer*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.

Leite, J. (2006). *Das Maravilhas e prodígios sexuais: a pornografia "bizarra" como entretenimiento*. São Paulo: Annablume. Recuperado de: https://books.google.com.co/books?id=u_W8dGXrFqWC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Leiva, J. (2001, febrero). *Inhibición y Debilidad*. EFBA. Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_271.pdf

Leraton, R. (2002). *Gay porn: le film porno gay: histoire, représentations et*

construction d'une sexualité. Francia: H&O editorial.

López, M. (2012). *Memoirs of a Woman of Pleasure: más que simple pornografía*. *Revista de Filología de la facultad de filosofía y letras de la Universidad de Málaga*. Vol.32. 107-131. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo;sessionid=933A30ABD11B5BBD089247D58846F791.dialnet02?codigo=4044279>

Martín, O. (2003, febrero). *El goce masculino. ¿Nuevas formas de los síntomas?* *Revista NODVS*. Recuperado de: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=118&rev=22&pub=2>

Marzano, M. (2006). *La pornografía o el agotamiento del deseo*. Buenos Aires: Editorial Manantial.

Masotta, O. (1977). *El psicoanálisis ante la pornografía*. Asociación de psicoanálisis de la Plata. Recuperado de: <http://www.aplp.org.ar/index.php/e-textos-10/287-el-psicoanalisis-ante-la-pornografia>

Meroni, M. (1998, octubre). *La Satisfacción*. EFBA. Recuperado de: <http://www.efba.org/efbaonline/meroni-11.htm>

Mellado, J. (2008). *Elementos para una ideología de la clínica psicoanalítica*. *Revista Psicoanálisis en el Sur*. N°6. Recuperado de: http://www.psicoanalisisenelsur.org/num6_articulo3.htm

Miller J. (2005). *Psicoanálisis y sociedad*. EOL. Recuperado de: <http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec>

[=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/psicoanalisis_sociedad/miller-ja_lautilidad.html](#)

Miller, J. (2010). *Extimidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Nasio, J. (2001). *Un psicoanalista en el diván*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

OMS (2005). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/bas_ic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7

Ospina, J. (2010). Del homoerotismo del arte antiguo al movimiento queer de los nuevos medios, ambientes virtuales y videojuegos. *Revista de investigación social*. Año 7, N°11. 79-98 Recuperado de: http://www.iis.unam.mx/pdfs/RIS11_completa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006) Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Packer, M. (2013) *La ciencia de la investigación cualitativa*. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Merriam-Webster's (1864). American dictionary of the English language, 4th ed. Londres. Recuperado de: <http://www.merriam-webster.com/>

Puigbó J. (1997). El arte erótico de las antiguas civilizaciones. *Revista Gac. Méd. Caracas*. 105(3):380- 384. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/267808153_EL_ARTE_EROTICO_El_arte_erotico_de_las_antiguas_civilizaciones

RAE (2014). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=ThYXkZ3>

Robles, R. (2012). Maternidad ¿Un Deseo En La Teoría Freudiana? *Revista Nomadías. Centro de Estudios De Género Y Cultura De América Latina*. N° 16. Recuperado de: <http://www.nomadias.uchile.cl/index.php/NO/article/view/24966>

Roldán, C. (2006). El goce Otro. *Revista Desde El Jardín de Freud*. Escuela de Psicoanálisis de la Universidad Nacional. N° 6. Recuperado de: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/8359>

Rodríguez, J. (2007). La imagen de la mujer en los comics estadounidenses (1900- 1950). *Revista Trocadero*. Universidad de Cádiz, Vol. 19. 124- 133. Recuperado de: <http://revistas.uca.es/index.php/trocadero/article/view/587>

Salazar, R. (2003). El negocio de la pornografía. Universidad Jaume I de Castelló. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10234/79646>

Strauss, A. y Corbin, J. (2012). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Soler, C. (2006). *Lo Que Lacan Dijo De Las Mujeres*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Soler, C. (2015). *Lo que queda de la infancia*. Argentina: Editorial Letra Viva.

Zambrano, G. (2010). Claves en torno al sujeto y la crisis de identidad. Segunda etapa. Vol.14(16) 90- 105. Recuperado de:

<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/31576/1/homenaje.pdf>

Zizek, S. (2013). *El resto indivisible*. Argentina: Ediciones Godot.



Artículos Teóricos

EL DESARROLLO CIENTÍFICO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN PSICOLOGÍA

SCIENTIFIC DEVELOPMENT OF QUALITATIVE RESEARCH IN PSYCHOLOGY

Oscar Gilberto Hernández

Información de los autores: Candidato al título de Doctor en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Magister en Ciencias Sociales y Educación y Especialista en Políticas Educativas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO. Psicólogo, Universidad Nacional de Colombia. Profesor Universidad Pedagógica Nacional de Colombia. Correo electrónico: oscararod@gmail.com

Referencia recomendada: Gilberto-Hernández, O. (2016). El Desarrollo Científico de la Investigación Cualitativa en Psicología. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 210-223.

Resumen: Este artículo plantea cuatro demandas para desarrollar el carácter científico de la investigación cualitativa en Psicología: (a) Posicionar el concepto de subjetividad como unidad de análisis, (b) Comprender el saber psicológico como un conjunto de teorías contextualizadas, (c) Proponer la noción de proceso científico como su fundamento epistemológico, y (d) Rescatar la dimensión intelectual, o producción de ideas, de la investigación científica en Psicología. La combinación de estos aspectos garantizaría el desarrollo independiente de la investigación cualitativa en este campo, y además, impulsaría una contracorriente frente a la creciente instrumentalización de su producción científica. Estas demandas se enmarcan en los debates contemporáneos sobre el estatus social de la ciencia y en la debilitación de la capacidad explicativa de sus conceptos tradicionales.

Palabras clave: Ciencia, Epistemología, Investigación Cualitativa, Psicología, Subjetividad.

Abstract: This article proposes four demands to development the scientific character of qualitative research in psychology: (a) to position the concept of subjectivity like unit of analysis, (b) to understand the psychological knowledge like a joint of theories contextualized, (c) to propose the notion of scientific process like its epistemological foundation, and (d) to rescue the intellectual dimension, or production of ideas, of scientific research in psychology. The combinations of these aspects would guarantee the development independent of qualitative research in this field, and also, would impel a contra-current to increasing instrumentalization of its scientific production. These demands are framed into debates contemporaries about the social status of science and in the weakening of the explanatory ability of its traditional concepts.

Keywords: Science, Epistemology, Qualitative Research, Psychology, Subjectivity.

Recibido: 19 de Febrero de 2016

Aprobado: 30 de Junio de 2016

INTRODUCCIÓN

Desde hace treinta años, tanto el concepto de ciencia como su estatus social, se vienen transformando aceleradamente. La noción de comprobación científica no conserva su potencia semántica original, toda vez que sus representaciones sociales actuales muestran ideas relacionadas con su relativización, poca utilidad y matematización (Christidou, Dimopoulos, Koulaidis, 2004; Torres, 2005). Junto con estas ideas aparecen prejuicios derivados de los modelos científicos de las ciencias naturales.

Al interior de las comunidades académicas se presentan profundas reflexiones sobre este asunto. Estas se sintetizan en el dilema por sostenerse en lo conocido o crear espacios de pensamiento para nuevas ideas. No se plantea abandonar el objetivo principal de la ciencia, esto es; la producción sistemática de conocimiento, sino contrastar sus alcances, limitaciones, y sentido; con las cualidades contemporáneas de los fenómenos que se estudian.

El sentido de la ciencia no se equipara a su pertinencia social. Más bien se entiende como un meta-análisis orientado a pensar la relación entre los resultados de las investigaciones y sus significados contemporáneos. No se trata de ceñirse al espacio de discusión de los artículos científicos, donde se asocian conceptos teóricos y resultados de la investigación; sino de impulsar la construcción de ideas que permitan su comprensión más profunda.

Esta instancia adquiere distintos matices según el campo específico de cada ciencia. En la Psicología se añaden cuestiones como la búsqueda de su unidad (Ardila, 2003; Ribes, 2004), las limitaciones de la medición de los fenómenos psicológicos (Scherer, 2005), el compromiso con la transformación social de comunidades excluidas (Baró, 1998), su excesiva centralización en los modelos europeo y estadounidense (Naidoo, Olowo, y Akotia, 2002), e incluso, la misma designación como una ciencia legítima (Pérez, 2004).

Las contradicciones entre estas cuestiones implican debates que se reflejan en los centros universitarios de enseñanza de la Psicología, donde se resaltan o se eluden, según cada caso. Esta característica es inherente a su historia, cuya referencia se rastrea en textos como *El significado histórico de la crisis de la Psicología* (Vigotsky, 1921), *La psicología fenomenológica* (Husserl, 1952), y *La Psicología de la vida cotidiana* (Pichon-Rivière, 1997), entre otros.

Una explicación reside en comprender esos debates como una crisis, tan antigua como la Psicología, que impide su desarrollo científico. Sin embargo muchos historiadores de la ciencia aportan otra explicación, argumentada según la idea del progreso escalonado, "que inicia con las ciencias más alejadas del hombre (física, astronomía, etc.) y se dirige hacia las más próximas a sus problemas específicos (ciencias humanas en general, y Psicología en particular)" (Caparrós, 1991: 12).

Esta idea es útil para analizar la escasa apropiación de la investigación

cualitativa en la Psicología, cuya historia se asienta en la búsqueda de reconocimiento científico a través la importación de los métodos de las ciencias naturales. El progreso escalonado de la Psicología consiste en aceptar las limitaciones de tales métodos y de los conceptos teóricos derivados de su aplicación. De la misma forma que las ciencias humanas han soportado la influencia hegemónica de las ciencias naturales, la investigación cualitativa en Psicología soporta la influencia hegemónica de su línea de investigación cuantitativa.

Esta influencia no se ubica en las discusiones metodológicas, lo cual es un modo de esquivar el debate, sino en las discusiones epistemológicas que, en últimas, son las fundamentales. Más allá del dilema entre la investigación cualitativa y cuantitativa, que se ha propuesto como una rivalidad visceral que no facilita la producción de ideas (Vasco, 2003); en este artículo se argumenta que estos aspectos constituyen obstáculos para el desarrollo científico de la investigación cualitativa en Psicología.

Definir la investigación cualitativa en Psicología a partir de la comparación metodológica con su vertiente cuantitativa es proyectar su dependencia epistemológica. Así se justifica la existencia de una investigación cualitativa positivista preocupada "por cumplir los requisitos de científicidad propios de la tradición cuantitativa, razón por la cual, se asemeja a un discípulo cuyo único propósito es parecerse a su maestro" (Hernández, 2013: 122).

Las concepciones de la ciencia psicológica y su estatus social corresponden a la búsqueda de su sentido. Esta vez se orienta al modo de construir conocimiento psicológico dentro de los cánones fundamentales de la actividad científica. El desarrollo científico de la investigación cualitativa en Psicología requiere un acto de independencia que impulse debates en sí misma y no solo frente a la investigación cuantitativa. Enseguida se presentan cuatro demandas para plantearlos. Las versiones de la crisis de la Psicología generan sus avances.

EL CONCEPTO DE SUBJETIVIDAD COMO UNIDAD DE ANÁLISIS

El redescubrimiento de la obra del pensador francés Gabriel de Tarde (1843-1904) está impulsando varias ideas en las ciencias sociales. Algunos de sus conceptos requieren atención especial debido a las limitaciones que la matriz del pensamiento dicotómico social - individual impuso. Aunque sus ideas se encuentran diseminadas en diversos documentos, modos, y niveles; existen directrices delimitadas.

Una de ellas es la interpsicología entendida como la mutua acción entre individuos. Según esta idea, lo que las personas hacen, sienten, y piensan, está íntimamente relacionado con lo que hacen, sienten, y piensan las demás. Dicha relación se fundamenta en lo que Tarde denominó como imitación o la reproducción voluntaria o involuntaria de un modelo: "El término imitación debe entenderse en un sentido muy amplio. Engloba todas las formas de influencia que un sujeto puede ejercer sobre otro." (Tarde, 1890: 12).

Estas formas de influencia operan como redes de conexión entre los individuos que comparten espacios físicos y simbólicos. Por esto el pensamiento de Tarde es la base de las teorías contemporáneas sobre el Actor-Red (Latour, 2005). Es posible recurrir a dichas formas para analizar la cuestión de la subjetividad humana, sobre todo, porque en ellas se supera la contradicción entre individuo y sociedad.

La subjetividad en la perspectiva histórico cultural de la Psicología es un modo para afrontar esa contradicción. Varios autores insisten en resaltar su dimensión ontológica para diferenciarla de corrientes filosóficas subjetivistas (González Rey, 2007). Esta distinción facilita su desarrollo conceptual.

El subjetivismo filosófico privilegia al individuo sobre la sociedad, otorgándole autonomía. En ese panorama, la subjetividad es la secularización del concepto judeo-cristiano de alma, cuya ontología es puramente individual: la subjetividad es algo que se tiene y que es interna.

En cambio, en la perspectiva histórico cultural de la Psicología, cuyo autor precursor fue el Psicólogo bielorruso Lev Vygotsky (1896-1934), la subjetividad adquiere otras cualidades. La más importante es la conexión entre la interacción social y los procesos psicológicos humanos. Es una Psicología que critica la separación entre estos dos planos. Dicha conexión se problematiza más debido al proceso que la explica (Baquero, 2007; Rogoff, 1993).

Así como en la obra de Tarde no existe separación entre lo que hoy se

denomina Psicología y Sociología, en el concepto de subjetividad no existe separación entre algo interno y algo externo, referidos a un individuo. La subjetividad son las dos cosas al mismo tiempo. Ni es un epifenómeno social ni es una reminiscencia del alma. Por eso es tan difícil definirla y estudiarla, en especial, por la tradición del pensamiento dicotómico instaurado en la ciencia Psicológica.

Ante dichas dificultades debe optarse por su desarrollo. Una opción es otorgarle el estatus de unidad de análisis de la investigación cualitativa en Psicología. Más que un consenso entre investigadores, esto representa un avance epistemológico. Las ventajas de considerar la subjetividad como unidad de análisis son: (a) Fortalecimiento de la comunidad académica psicológica en torno a esta perspectiva, (b) Incremento de la discusión sobre su definición ontológica, (c) Intercambio de experiencias metodológicas para su estudio, y (d) Impulso de nuevas líneas de pensamiento derivadas.

Esta iniciativa no es novedosa ni sencilla. En el pasado otras disciplinas recurrieron a ella para auto impulsarse. Sin embargo, es una intención favorable debido a la actual re-configuración de las ciencias sociales (De Sousa, 2003; Vallerstein, 2006), caracterizada por la erosión de los conceptos teóricos tradicionales, la urgencia por crear nuevos métodos de estudio, y el surgimiento de fenómenos que cuestionan la fragmentación del conocimiento científico.

La combinación de los cuatro aspectos mencionados promocionaría la investigación cualitativa en Psicología.

Los esfuerzos de los investigadores se asentarían en una columna vertebral, que además, funcionaría como una base epistemológica sólida. Así se establecerían debates orientados a enriquecer el concepto de la subjetividad, incluyendo formas para estudiarla desde una óptica Psicológica. Es una categoría teórica que está en desarrollo.

Lo que las personas hacen, sienten, y piensan se relaciona con las formaciones culturales e instituciones sociales (Dubet, 2005). Son relaciones fértiles que invitan a desplegar un concepto de subjetividad complejo. Examinar los conceptos de autores afines, como el de la interpsicología propuesto por G. Tarde, fortalece las categorías conceptuales propias. La cuestión fundamental es argumentar su construcción.

Una sugerencia es representar la subjetividad como una categoría teórica que encierra otras: Una supra-categoría. Así se estructurarían relaciones casi jerárquicas entre ellas. Por ejemplo con categorías como la personalidad, identidad, interacción, significado, sentido y afecto. La subjetividad se convertiría en un sistema conceptual que fundamentaría estudios psicológicos afines.

En definitiva, posicionar el concepto de subjetividad como unidad de análisis de la investigación cualitativa en Psicología, significa consolidar una herramienta ontológica para asumir las cualidades epistemológicas de sus estudios. La unidad de análisis es una abstracción teórica que otorga sentido a los fenómenos que se investigan.

LAS TEORÍAS PSICOLÓGICAS

La formación de los profesionales en Psicología implica la transmisión de teorías. Esta transmisión se organiza en contenidos curriculares que reflejan decisiones sobre su pertinencia. Es una actividad que combina intereses generales y particulares. En la actualidad, dicha transmisión se caracteriza por su alta tecnificación, esto es, la enseñanza de teorías cristalizadas y desconectadas de su historia y contexto.

Una teoría es un conjunto de conceptos sobre un fenómeno particular. Son conceptos con diferentes niveles de abstracción y distintas articulaciones. Para dominar una teoría deben aprenderse sus conceptos y la lógica que las articula. La cristalización de una teoría ocurre cuando se la deifica, se ocultan sus limitaciones, y se fuerzan para sí las características de los fenómenos. Es un círculo cuyo epicentro es su comprobación antes que su desarrollo teórico.

Desconectar una teoría de su historia y contexto implica aceptarla atemporal y universalmente. Entonces se muestran sus conceptos como acabados y generales, olvidando el proceso protagonizado por su autor para construirlos. Los psicólogos reciben las teorías como herramientas sólidas, eternas, y potentes; cuya aplicación asegura pertenecer a la comunidad académica correspondiente.

La combinación entre la cristalización y la desconexión de las teorías provoca una ilusión: asentir la primacía de las teorías sobre los fenómenos, es decir; confundir la teoría con el objeto que pretende

explicar o comprender. Dichas teorías no pueden desarrollarse. Una teoría cristalizada y desconectada se convierte en un objeto de estudio en sí mismo y la ilusión se naturaliza. Las teorías son instrumentos para estudiar fenómenos, no son fenómenos de estudio por sí mismas.

Para desarrollar el carácter científico de la investigación cualitativa en Psicología debe desnaturalizarse esta ilusión. Su articulación con los datos de los estudios radica en el acto de interpretar. Las teorías son sistemas de representaciones que permiten asignarles sentido y operan como marcos hermenéuticos. En ese orden, la cristalización y la desconexión teóricas constituyen obstáculos para dicho desarrollo. Por eso es importante recalcar que “los datos solo logran hablar cuando la teoría les aporta el don del lenguaje” (Borón, 2010: 14).

La cristalización y desconexión de las teorías Psicológicas genera agotamiento en los profesionales de la Psicología, quienes buscan respuestas en ámbitos poco tradicionales. Estos ámbitos se agrupan en dos cuestiones: la afectivización de la Psicología y su combinación con saberes no científicos. El primero es la saturación del discurso de la realización emocional en la intervención Psicológica. Son iniciativas asociadas a la cultura psi, caracterizada por la sentimentalización de la vida cotidiana y el desconocimiento de las matrices sociales, económicas, y políticas, en las trayectorias individuales (Fernández, 2008).

La combinación de la Psicología con saberes no científicos implica conexiones pseudo psicológicas. Este es un juicio de valor derivado del principio fundamental

de la actividad científica o la producción sistemática de conocimiento. Un saber no científico no es inferior ni superior al saber científico; pero responde a una lógica epistemológica diferente. Sus combinaciones resultan confusas.

El contenido de estos dos ámbitos no niega el estudio científico de los afectos en la vida cotidiana del ser humano, ni de los saberes no científicos. Es diferente estudiar los afectos humanos como una dimensión simbólica o implementar líneas de investigación en Psicología de la religión, que la afectivización de la Psicología y la combinación del saber Psicológico con el saber religioso.

Las teorías Psicológicas en la investigación cualitativa son referencias para el estudio de los fenómenos (Martínez, 2004). En rigor, no son marcos teóricos que condicionan las interpretaciones. Esto no implica que se abandonen teorías sólidas -no solidificadas- para apoyar los trabajos, pues se perdería el carácter constructivo del conocimiento. La teoría en este tipo de investigación es un elemento de contraste con los datos producidos. Esto exige comprender el saber Psicológico como un conjunto de teorías contextualizadas.

El desarrollo científico de la investigación cualitativa en Psicología requiere contextualizar las teorías que se usan. Contextualizar una teoría es lo contrario a la cristalización y desconexión mencionadas. Significa reconocer la historia de sus conceptos y las limitaciones derivadas de la transformación de los fenómenos que procuran explicar o comprender. Incluso, esta contextualización exige reflexionar

sobre los sitios geográficos de producción, en consonancia con su singularidad idiográfica. Sin esta iniciativa el uso de teorías Psicológicas en la investigación cualitativa seguirá entendiéndose como el enmarcamiento teórico.

En conjunto, la desnaturalización de la ilusión por asentir las teorías sobre los fenómenos psicológicos implica un trabajo similar al acaecido en la historia de la etnografía. Este implicó un proceso inverso para designar aquello que era digno de ser registrado. De familiarizarse con lo exótico se dio paso a la exotización de lo familiar (Da Matta, 1988). Exotizar lo familiar en la investigación cualitativa en Psicología simboliza analizar el uso, alcance, y limitaciones de las teorías correspondientes. Esta idea se extrapola a la enseñanza de la Psicología.

EL PROCESO CIENTÍFICO EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La distinción entre las nociones método científico y proceso científico se organiza en dos niveles: el semántico y el semiótico. En el semántico se caracteriza cada noción enfatizando una graduación entre ellas. En el semiótico se detalla la producción de sentido dentro de la estructura de significación correspondiente. Mientras la discusión semántica define el proceso científico y el método científico, la discusión semiótica exhibe las consecuencias simbólicas de su distinción en una actividad particular. En este caso, la investigación cualitativa.

La definición del método científico es el resultado de profundas contiendas sobre

la manera de asegurar la veracidad del conocimiento. Desde los trabajos de R. Descartes (1596-1650) hasta el contemporáneo M. Bunge, se han propuesto varias formas. La filosofía de la ciencia ha contribuido, por ejemplo, con el conocido enfrentamiento entre el pensamiento de K. Popper (1902-1994) y el de T. Kuhn (1922-1996). El primero defendía el principio de falsación como eje del progreso científico; el segundo mostraba que el paradigma científico es el que legitima su progreso.

Salvo contadas excepciones, no existe una tradición para pensar la filosofía de la ciencia Psicológica (Blanco, 2003; Romo, 2007; Robinson 2000). Paradójicamente, algunas corrientes de la Psicología se empeñan en proscribir la filosofía por considerarla una actividad especulativa. Se desconoce que tal iniciativa implica una postura filosófica en sí misma. En otros casos se aceptan avances filosóficos de otras disciplinas, importando modelos y metáforas analíticas de manera forzada. La Psicología está alejada del pensamiento filosófico.

El método científico es un conjunto de estrategias para construir conocimiento de modo sistemático. Su base filosófica es la comprobación o refutación de aquello que se conoce. Se caracteriza por la secuencia rígida de fases como garantía de la veracidad. Sin esta rigidez, la producción se invalida porque se transgreden las exigencias del caso. Son estrategias coherentes con la epistemología positivista, derivada de una filosofía específica para conocer científicamente un fenómeno.

Sin embargo, la epistemología hermenéutica que fundamenta filosóficamente la investigación cualitativa (Damiani, 1997) requiere estrategias diferentes. Conservar la rigidez de las fases del método científico tradicional impide el desarrollo de la investigación cualitativa porque niega su carácter epistemológico. Debe pensarse en una alternativa que, simultáneamente, conserve la sistematicidad de la producción científica y abandone dicha rigidez.

Esta cuestión es fundamental para el desarrollo científico de la investigación cualitativa en Psicología. En otras ciencias como la Antropología este hecho tiene mayor aceptación, por esto "un investigador etnográfico experto se sentiría incómodo, y hasta ofendido, si le fijaran el problema específico que debe investigar, así como si le señalaran las técnicas que debe utilizar en el estudio. Ambas cosas, en una investigación etnográfica auténtica, deben emerger de la dinámica exploratoria que va realizando el investigador" (Martínez, 2004: 190).

La noción de proceso científico constituye una alternativa. Este consiste en privilegiar el razonamiento sobre las estrategias, técnicas, e instrumentos de investigación, sobre sus usos tradicionales. En vez de seguir la sucesión rígida de fases, en el proceso científico se flexibiliza su secuencia según el progreso de la investigación. Por ejemplo; reformular el problema de estudio, ampliar el número de participantes, utilizar técnicas no estipuladas al comienzo, etc. Como pauta general, el investigador cualitativo debe dar cuenta

de la consistencia lógica de este proceso.

Esta noción debe elaborarse más. Tendrían que establecerse criterios para orientar las decisiones correspondientes, así como para sistematizarlas. El proceso científico de la investigación cualitativa no excluye el rigor y la argumentación. Esos criterios no operarían como reglas estandarizadas sino como guías para el trabajo de los investigadores. La comunidad académica debe imponerse la tarea de construirlos. En Psicología el esfuerzo se multiplica debido a la tradición investigativa centrada en el método científico.

El nivel semiótico de la distinción se relaciona con este esfuerzo. Los trabajos del lingüista Francés A. Greimas (1917-1992) muestran que la producción de signos y sentidos de una actividad se refleja en su narración. Esta es la organización de esos signos y sentidos, que a su vez, crea una matriz equiparable a un paradigma. Según esta idea, hay una narrativa sobre la investigación científica en Psicología que dificulta promover signos y sentidos pertenecientes a la noción de proceso científico.

La labor consecuente es impulsar signos y sentidos adecuados a esta noción. Mostrar por ejemplo, que el término (signo) ciencia no es exclusivo de la investigación experimental, o que el término (signo) objetividad es una materialización de la subjetividad. Esta actividad requiere entereza debido a las connotaciones de la comunicación, en especial, la parsimonia de las transformaciones lingüísticas. El posicionamiento de esta noción

contribuiría al desarrollo científico de la investigación cualitativa en Psicología porque consolidaría una narrativa propia, incluyendo el sentido independiente de sus estrategias y prácticas de producción de conocimiento.

En síntesis, la noción de proceso científico es una propuesta para ajustar la coherencia de la investigación cualitativa. Su desarrollo se ubica en los ámbitos semántico y semiótico, donde tiene lugar la especificidad del sentido de la ciencia. Las comunidades académicas constituyen comunidades discursivas que comparten signos para legitimar sus prácticas (Maingeneau, 2009). Trasformar la manera de investigar en Psicología exige la transformación de la forma como su narración está organizada.

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN PSICOLOGÍA COMO ACTIVIDAD INTELECTUAL

La época presente no parece favorable para impulsar la actividad intelectual. La tecnologización del conocimiento y su subordinación a la producción económica, representan condiciones contrarias. Esta actividad se acerca a la connotación que promovieron autores como el Italiano A. Gramsci (1891-1937) o el Brasileño P. Freire (1921-1997), quienes alejados en el tiempo, coincidieron en señalar que un intelectual es alguien que no solo consume ideas; sino que es alguien que las examina, las critica, y sobre todo, las crea. Producir ideas es la actividad intelectual por excelencia.

Este contexto se vuelve más hostil según las circunstancias de Latinoamérica. Las reminiscencias del dominio colonial se

trasladaron al dominio intelectual. Es una región ubicada en la modernidad periférica donde se reproducen -reproducían- ideas provenientes de otros lugares (Castro-Gómez, 2011; Fals-Borda, 1978; García-Canclini, 2002; Martín-Barbero 1999; Sarlo; 2000). No se plantea un rompimiento con el pensamiento mundial, sino impulsar diálogos de pensamiento desde los problemas locales. La actividad intelectual Latinoamericana se comienza a fomentar en las últimas décadas.

En Psicología viene disminuyendo esta actividad. Es una época caracterizada por la instrumentalización de su investigación académica, con la excusa de asegurar su carácter científico. La presión proveniente de la medición de la producción académica provoca competencias entre los centros e investigadores universitarios. Esto impide la construcción sistemática de pensamiento profundo. Incluso, la intención por conformar comunidades académicas basadas en el incremento de las publicaciones científicas generó un efecto inverso: "En efecto, si hace un siglo un estudiante de doctorado podía, con un esfuerzo moderado, abarcar la gran mayoría de los textos que se habían publicado sobre su tema, esto es materialmente imposible en la actualidad. Con ello llegamos a la siguiente -y un poco triste- conclusión: la mayor parte de los artículos publicados prácticamente no tendrán lectores" (Kreimer, 2011: 62).

Una razón de la instrumentalización en la investigación Psicológica atañe a su sobre estimación metodológica (González Rey, 2006). Bajo esta creencia se realizan innumerables estudios,

impecables en los procedimientos técnicos pero limitados en los análisis intelectuales. El dominio de las técnicas de investigación es imprescindible en la actividad científica, sin embargo, también es indispensable que el investigador genere nuevas ideas sobre sus trabajos. Es distinto un técnico en investigación científica que un investigador científico propiamente dicho.

Aunque la Psicología tiene una dimensión aplicada muy importante, que comprende la implementación de técnicas terapéuticas, modificación, y transformación de fenómenos; es esencial ocuparse por su dimensión intelectual. El profesional de la Psicología como un intelectual es alguien que interroga constantemente su disciplina, método, e incidencia. No se conforma con reproducir ideas. Si opta por la investigación científica, también debe cultivarse para contrastar los resultados de sus trabajos con su significado contemporáneo, así como con los elementos contextuales locales. Debe producir ideas.

Si la investigación cualitativa en Psicología no se orienta en esa dirección corre el riesgo de empobrecerse, es decir; de excluir toda la riqueza implícita en los debates epistemológicos que la ubicaron en la historia de las ciencias sociales (Flick, 2004). Por esto es importante rescatar el propósito principal de la investigación científica, esto es; la producción de ideas argumentadas respecto de sus fenómenos de estudio. Incluso la dimensión técnico aplicada se enriquecería si se somete a la dimensión intelectual, entendida según las características presentadas.

Esta instancia adquiere mayor relevancia para la especificidad de la investigación cualitativa en Psicología. Las derivaciones de las transformaciones sociales recientes ampliaron el espectro de formas de ser y de estar en el mundo. Lo que algunos autores denominan la pluralización de los mundos vitales (Appadurai, 2001), refiere al impacto de dichas transformaciones en la vida cotidiana de las personas. Esta pluralidad se favorece por la composición de los siguientes aspectos: (a) El declive de las instituciones sociales, (b) La creciente individualización que da lugar a nuevas formas de interacción, y (c) Los modos inéditos de afrontar la relación humana con el tiempo y el espacio. Piénsese, por ejemplo, en el fenómeno de la infidelidad a través de las redes sociales virtuales.

Son nuevas -o por lo menos distintas- subjetividades humanas cuyo análisis concierne a la investigación cualitativa. Los conceptos teóricos construidos antes de la ocurrencia de estas transformaciones se caracterizaban por su homogeneidad, en correspondencia con la supuesta homogeneidad de los fenómenos que pretendían comprender o explicar. Hoy es insostenible tal homogeneidad. Deben desarrollarse conceptos heterogéneos que se correspondan con la heterogeneidad de los fenómenos contemporáneos (Hernández, 2011). Esta es una labor intelectual más que técnica. Los conceptos tradicionales en Psicología están llegando a sus límites.

Reiterar la producción de ideas como el propósito primordial de la investigación en Psicología es cuestionar su cultura investigativa. En últimas, se propone una

mutación en el modo como el profesional de la Psicología se ve a sí mismo y a su disciplina. Esto se matiza para el investigador cualitativo quien afronta desafíos para relacionarse con tal cultura. El desarrollo de la investigación cualitativa en Psicología es una actividad intelectual en sí misma. "El acto de pensamiento más elevado del hombre consiste en producir conocimiento" (Polanyi, 1966: 14).

CONCLUSIONES

La investigación cualitativa en Psicología está en desarrollo: busca constituirse para sí y por sí. Para ello, requiere directrices sistematizadoras. En este artículo se presentaron como demandas, entendidas como ideas para debatirse: La subjetividad como unidad de análisis, el lugar de las teorías Psicológicas, la noción de proceso científico, y la dimensión intelectual de la investigación. Su distinción responde a criterios expositivos. En la vida académica cotidiana se funden porque tienen relaciones estrechas.

El desarrollo científico de la investigación cualitativa en Psicología evoca el reconocimiento de la Psicología en el panorama general de las ciencias. Sin embargo, se diferencia por su configuración frente a la investigación cualitativa en otras disciplinas. Es un proceso de mediano plazo. Se busca afectar la cultura Psicológica de los profesionales de la Psicología, es decir; lo que piensan de sí mismos, disciplina, prácticas e instituciones.

La relevancia de este desarrollo está en las condiciones psicosociales contemporáneas. Sin aceptar la

connotación postmoderna, es evidente la pluralidad de mundos de vida. Para estudiarlos se requieren modos de investigación consecuentes, que no renuncien a la posibilidad de comprenderlos. Modos de investigación que promuevan la construcción de conceptos heterogéneos acordes a los rasgos ontológicos de los fenómenos actuales. Para esto debe recurrirse a la epistemología, palabra difícil que encarna una pregunta sencilla: ¿Cuál es el conocimiento válido? Pregunta sencilla que impulsa respuestas difíciles.

El trabajo del investigador cualitativo es científico en la medida que argumenta la lógica analítica de su actividad. Es quien protagoniza el proceso, y por tanto, responsable de su difusión. Es un protagonismo que reconoce su propia subjetividad. El problema que afronta la investigación cualitativa en Psicología es fundamental su desarrollo independiente. No frente a las vertientes cuantitativas de la misma Psicología, ni frente a las vertientes cualitativas en otras ciencias sociales. Un desarrollo para sí y por sí.

REFERENCIAS

- Appadurai, A. (2001). *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. Buenos Aires: Trilce.
- Ardila, R. (2003). *La necesidad de unificar la Psicología: El paradigma de la síntesis experimental del comportamiento*. *Revista Colombiana de Psicología*. 12: 28-37.
- Baquero, R. (2007). *Enfoques socioculturales, aprendizaje significativo*,

y sentido de la experiencia escolar. La Plata: DNCE.

Baró, M. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta.

Blanco, F. (2003). *El cultivo de la mente: Un ensayo histórico-crítico sobre la cultura psicológica*. Madrid: Antonio Machado.

Borón, A. (2010). Prólogo. R. Sautu, P. Boniolo, P. Dalle, y R. Elbert *Manual de Metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos, y elección de la metodología*. Buenos Aires: Prometeo.

Caparrós, A. (1991). *Historia de la Psicología*. Barcelona: Ceac.

Castro Gómez, S. (2011). *Crítica de la razón latinoamericana*. Barcelona: Puvill.

Christidou, V.; Dimopoulos, K.; Koulaidis, V. (2004). Constructing social representations of science and technology: the role of metaphors in the press and the popular scientific magazines. *Public Understanding of Science*. (13): 347-362.

Damiani, L. (1997). *Epistemología y Ciencia en la Modernidad. El traslado de la racionalidad de las ciencias físico-naturales a las ciencias sociales*. Caracas: FACES-UCV.

De Sousa B. (2003). *La caída del ángelus novus. Ensayos para una nueva teoría social y una nueva práctica política*. Bogotá: ILSA.

Da Matta, R. (1988). *El oficio de etnólogo o como tener "anthropological blues"*. B.

Mauricio, A. Rosato, V. Arribas. *Constructores de otredad. Una introducción a la antropología social y cultural*. Buenos Aires: Edudeba.

Dubet, F. (2005). Dubet, F. (2005). *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Buenos Aires: Gedisa.

Fals-Borda, O. (1978). *Por la praxis: el problema de cómo investigar la realidad para transformarla*. Simposio Mundial de Cartagena, *Crítica y política en ciencias sociales*, Bogotá: Punta de Lanza.

Fernández, A. (2008). *Políticas y subjetividad. Asambleas barriales y fábricas recuperadas*. Buenos Aires: Biblos.

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

García Canclini, N. (2002). *Latinoamericanos buscando lugar en este siglo*. Buenos Aires: Paidós.

González Rey, F. (2006). *La subjetividad como definición ontológica en el campo psi. Repercusiones en la construcción de la Psicología*. *Revista de Psicología UCA*. 4 (2): 5-30.

González Rey, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información*. México: Mac Graw-Hill.

Hernández, O. (2011). *Subjetividad y discontinuidad identitaria. Narrativas docentes de la Argentina desde una perspectiva psicosociológica*. Tesis de grado para obtener el título como Magíster en Ciencias Sociales con

Mención en Educación. FLACSO. Disponible:

http://flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/3631/2/Subjetividad_y_discontinuidad_Oscar_Gilberto_Hernandez_Salamanca.pdf

Hernández, O. (2013). El empobrecimiento de la investigación cualitativa en Psicología. *Psychologia: Avances de la disciplina*. 7 (1): 121-124.

Husserl, E. (1962). *Phänomenologische Psychologie. Vorlesungen Sommersemester 1925* (Walter Biemel, Ed., Husserliana, 9). Haag: Martinus Nijhoff.

Kreimer, P. (2011). La evaluación de la actividad científica. Desde la indagación sociológica a la burocratización. *Propuesta Educativa*. 36. (2): 59-67.

Latour, B. (2005). *Reassembling the social. An introduction to Actor-Network-Theory*. N. Y. Oxford Univ. Press.

Maingeneau, D. (2009). *Análisis de textos de comunicación*. Buenos Aires: Nueva visión.

Martín Barbero, J. (1999). *Globalización y multiculturalidad: notas para una agenda de investigación*. Buenos Aires: La crujía.

Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.

Naidoo, J., Olowo, A., y Akotia, Ch. (2002). Cuestionando la Psicología centrada en lo euronorteamericano. *Las voces de los Psicólogos africanos. Boletín de Psicología*. 76: 19-31.

Pérez, A. (2004). Una visión de la Psicología como ciencia. *Universitas Psychologica*. 3 (2): 187-196.

Pichon-Rivière, E. (1997). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Polanyi, M (1966). *El estudio del hombre*. Buenos Aires: Paidós.

Ribes, E. (2004). ¿Es posible unificar los criterios sobre los que se concibe la Psicología? *Suma Psicológica*. 11: 9-28.

Robinson, D. (2000). *Philosophy of Psychology*. *American psychologist*. 55 (9): 101-121.

Rogoff, B. (1993). Children's guided participation and participatory appropriation in sociocultural activity. Wozniak, Robert H. (Ed); Fischer, Kurt W. (Ed). *Development in context: Acting and thinking in specific environments*. 121-153. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.

Romo, M. (2007). *Epistemología y Psicología*. Barcelona: Pirámide.

Sarlo, B. (2000). Los debates sobre modernidad periférica y escenas de la vida postmoderna. Sara de Mojica (Comp.). *Culturas híbridas –no simultaneidad- Modernidad periférica: mapas culturales en América Latina*. Berlín: Wiss.

Scherer, K. (2005). What are the emotions? And how can they be measured. *Social Science Information*. 44 (4): 694-729.

Tarde, G. (1890). *Les Lois de l'imitation*, Paris: Alcan.

Torres, A. (2005). Representaciones sociales de la ciencia y la tecnología. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. (111). 9-43.

Vallerstein, I. (2006). *Análisis de sistemas-mundo: Una introducción*. Madrid: Siglo XXI.

Vasco, E. (2003). El debate recurrente entre la investigación cuantitativa y la cualitativa. *Nómadas*. 18: 28-34.

Vigotsky, L. (1921) [1990]. El significado histórico de la crisis de la Psicología. Una investigación metodológica. *Obras Escogidas*. Madrid: Visor.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN EL AULA, RELACIONES ENTRE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL, PROBLEMAS DE LA ATENCIÓN Y LA CONDUCTA

BEHAVIOR PROBLEMS IN THE CLASSROOM, RELATIONS BETWEEN SENSORY INTEGRATION, ATTENTION PROBLEMS, AND BEHAVIOR.

Oscar A. Erazo Santander

Información del autor: Oscar Erazo Santander. Psicólogo, Esp. Intervención Social y Problemas Humanos, Mg. Neuropsicología, cursos de Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, (Cinde-Unimanizales); docente de la cátedra en psicología educativa de la Fundación Universitaria de Popayán e investigador en problemas aprendizaje, rendimiento académico y problemas cognitivos y la conducta en el aula.

Referencia recomendada: Erazo-Santander. O. A. (2016). Problemas de conducta en el aula, relaciones entre la integración sensorial, problemas de la atención y la conducta. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 224-242.

Resumen: Entre los problemas más frecuentes en el aula, están los comportamientos impulsivos, hiperactivos y los déficit de auto regulación, afectiva y conductual, dificultades que pueden ser explicadas desde los modelos neuropsicológicos de la integración sensorial, atención y conducta. De esta forma se plantea un escrito que describe cada uno de los modelos desde sus características y dificultades y se establecen relaciones con los problemas cognitivos, aprendizaje, conductual, afectivo y social que tienen los estudiantes y se justifica la necesidad de desarrollar investigaciones sobre la existencia y prevalencia

de estos fenómenos en las instituciones educativas de Colombia.

Palabras clave: Indisciplina, Integración sensorial, Atención, Conducta.

Abstract: Among the most common problems in the classroom, they are impulsive behaviors, and the deficit hyperactive self-regulation, emotional and behavioral difficulties can be explained from the neuropsychological models of sensory integration, attention and behavior. Thus a letter that describes each of the models from their characteristics and relationships difficulties and cognitive problems, learning, behavioral, emotional and social students have established and the need to develop research justifies the existence arises and prevalence of these phenomena in the educational institutions of Colombia.

Keywords: Misconduct, Sensory integration, Attention, Behavior

Recibido: 26 de Octubre de 2015

Aprobado: 30 de Junio de 2016

INTRODUCCIÓN

Una de las dificultades que tiene el sistema educativo es lograr la sincronía entre estudiantes (capacidades sensoriales, cognitivas, afectivas y conductuales), profesores (didáctica, contenido y pedagogía) y contexto (sobre estimulación, número de estudiantes, etc.); sincronía que no es frecuente y en la que emergen problemas de aprendizaje, retraso académico, déficit de atención, impulsividad, indisciplina, conducta negativista- desafiante- disocial y problemas afectivos (Erazo, 2013; Hutton, 2012; Moreno, 2006; Torrego y Moreno 1999, citados en Muñoz, Carreras, y Braza, 2004).

Problemas identificados en el 40% de los estudiantes (Ruchkin, Kuposov, Eisemann y Hägglöf, 2001, citados en Muñoz y cols. 2004) y que Moreno (2011), describe así,

Boicoteadores del trabajo del profesor (...), violan las normas establecidas en el aula (tiran cosas, desordenan la clase, falta de orden en la entrada y salida, generan ruidos), alteran el desarrollo de las tareas (se niegan a participar en las actividades, comentarios vejatorios ante la tarea, hacen otras actividades, no trae el material requerido), se opone a la autoridad (interrumpe cuando habla el profesor, no obedece las órdenes, amenaza al profesor), agrede a compañeros (se ríe de ellos, agrede físicamente, insulta al compañero en clase), impulsivo, hiperactivo, problemas de atención, hostil, deficit en el control de la ira y agresividad, (p. 84).

Comportamientos también referenciadas en Erazo (2013) y Torrego y Moreno (1999 citados en Muñoz y cols. 2004) y que según Moreno (2006), deben definirse como trastornos de la conducta

antisocial y clasificarse en 6 grupos, a) disrupción en las aulas, b) problemas de atención y disciplina (conflictos entre profesorado y alumnado), c) maltrato entre compañeros (intimidación), d) vandalismo y daños materiales, e) violencia física (agresiones, extorsiones) y f) Acoso sexual.

Hechos que han aumentado en la última década en las escuelas de países industrializados y son el origen del retraso escolar del estudiante que no se adapta a los ritmos de trabajo y la actividad docente, creando un distanciamiento con maestros, compañeros y dinámicas escolares (García, 2001, citado en Muñoz y cols. 2004; Moreno, 2011) y llamando la atención por el efecto en bola de nieve que inicia con comportamientos impulsivos y hostiles poco frecuentes en la infancia y con tendencia a terminar en comportamiento antisocial en la pubertad y adolescencia.

Patrones descritos en el DSM5 (Apa, 2014), en la sección II y definidos como "trastorno por déficit de atención con hiperactividad", (p.36) y "trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta" (p. 261), que incluye el trastorno negativista desafiante y el trastornos de la conducta, (Apa, 2014) y aunque con diferente denominación son compatibles con la denominación del CIE-10 (Moreno y Meneses, 2011; OMS, 1992, citado en Moreno, 2001) y también con el trastorno de regulación del procesamiento sensorial, clasificado en la guía paidopsiquiátrica del DC: 0-3R (Zero to three, 2005, citado en Pérez, 2012).

Clasificaciones que son explicadas por la neuropsicología en sus modelos teóricos de la integración sensorial, atención y regulación de la conducta e insistiendo

en denominar que son el producto de irregularidades en el sistema nervioso central, (Giusti, 2003) que impiden un comportamiento adaptable, planteando la hipótesis de la existencia de estas irregularidades en estudiantes Colombianos que son clasificados como indisciplinados o problemáticos.

INTEGRACIÓN SENSORIAL

La integración sensorial (IS) es un modelo teórico, propuesto en la década de los 60 por la Dra. Ayres (Ayres, 1963, citada en Pérez, 2012; Zimmer y Desch, 2012) la cual explico la existencia del fenómeno y de su intervención en tres funcionalidades neuropsicológicas, a) identifica - discrimina y asocia información sensorial, b) organiza, modula y regula la información y 3) regula y controla la planeación del comportamiento y su praxis, (Ayres, 1972, citado en Buitendag, 2009; Pollock, 2011).

Funcionalidad que se desarrolla por la activación de los órganos sensoriales al captar y realizar transducción a impulsos eléctricos y químicos de la estimulación exterior, generando un umbral sináptico que activa áreas cerebrales, como el cerebro primario (tallo, ganglios, hipotálamo, tálamo, amígdala, cerebelo, etc.), evolucionando a áreas de decodificación e integración (parietal, temporal, occipital) y definiéndose en áreas frontales, pre frontales y sensorio motrices, haciendo su retorno, hacia la medula espinal, con comportamientos adaptables al ambiente y permitiendo que el cerebro pueda de forma rápida, identificar y discriminar información que regula, modula y organiza y transforma en comportamientos cognitivos,

conductuales y motrices, adaptables a las necesidades del ambiente.

Su déficit podría tener origen en retrasos del desarrollo, ausencia de habilidades sensorio perceptuales o problemas neurológicos. Que se muestran en características como las nombradas por Lagos y Velasco (2014, p. 97), en su estudio de caso,

Thomas viene de una familia acomodada (...), pero no tiene una vida feliz (...), lo han catalogado como un niño problema, que no atiende, que es irresponsable, que no cumple con sus deberes, a diferencia de los demás niños (...). Además (...), piensa y actúa diferente (...), actúa, actúa o piensa, actúa, piensa, actúa, actúa, actúa, por lo tanto la coordinación de su cuerpo con lo que desea hacer su mente no es la más concreta, y lo juzgan de ser algo torpe (...) a causa de (...), la desatención (...), y por qué su mente y su cuerpo van a un ritmo diferente.

Casos como el de Thomas son comunes en la escuela y que además tienen comorbilidad con problemas de aprendizaje, atención, retraso en la lectura, escritura y calculo, siendo estudiantes de difícil manejo y con tendencia al fracaso y deserción escolar (Artigas, 2003; Ayres, 2008, citado en Lagos y Velasco, 2014; Erazo, 2013).

Los déficit de IS son un problema del SNC (Beaudry, 2006; Buitendag, 2009), resultado de la interrupción del procesamiento que realiza el cerebro a los estímulos sensoriales en un nivel fisiológico, alterando los mecanismos de habituación y sensibilización (Fisher y Murray, 1991; Kandel, 1991, citados en McIntosh, Miller, Shyu, y Hagerman, 1999) y afectando la funcionalidad de las células nerviosas en la transmisión sináptica.

McIntosh y cols. (1999), en su estudio, expusieron a estímulos de tipo visual, auditivo, kinestésico, vestibular y olfativo a 38 niños, de los cuales 19 tenían trastorno de modulación sensorial y se midieron con instrumentos electro dérmicos, los resultados concluyen que los niños con el trastorno, no responden a todas las sensaciones y si lo hacen responden con mayor magnitud, además habitúan más lentamente que el grupo control y generan patrones de mayor respuesta electro dérmica que se asocian a respuestas disfuncionales de sensación. Esta mala forma de discriminar y procesar la información es lo que se denomina como trastorno de integración sensorial (TIS) (Medel y Vásquez, 2007).

PROBLEMAS DE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL

Los estudios del TIS han llevado a definir tres patrones, a) trastorno de discriminación sensorial, b) trastorno de modularidad sensorial y c) trastorno motor con base sensorial (Miller, 2007 citado en Pérez, 2012; McIntosh y cols. 1999; Miller, Anzalone, Lane, Cermak y Osten, citados en Buitendag, 2009; Zimmer y Desch 2012).

A) El trastorno de discriminación sensorial se caracteriza por la incapacidad que tiene el cerebro para recepcionar, identificar y discriminar los estímulos provenientes de los sistemas sensoriales, como el exteroceptivo (vista, audición, tacto, gusto, olfato), propioceptivo (vestibular, kinestésicos) e interoceptivos. Desde luego este déficit genera problemas de integración y afectan la comprensión del ambiente. Los estudios de Polatajko, Law, Miller, Schaffer y Macnab (1991), realizado en 7

instituciones educativas de Ontario, describía que los niños con el déficit, presentan problemas de aprendizaje, problemas para construir y organizar esquemas, dislexia, retraso superior a 12 meses en lectura, problemas en matemática, disgrafía y bajo rendimiento académico, pero que lo interesante es que su inteligencia estaba dentro del rango normal.

El trastorno no solo afecta la percepción del estímulo, si no la capacidad de integrar las diferentes percepciones sensoriales, por ejemplo los niños con déficit visual alteran su percepción y no integran la información proveniente del sistema vestibular y propioceptivo causando problemas de organización del espacio, grafía, orden, vestimenta y orientación espacial (Imperatore, 2005) y de operaciones centradas en secuencias, pensamiento y resolución de problemas (Beaudry, 2006; Lázaro, 2008).

B) El patrón de trastorno de modularidad sensorial, se describe como la dificultad, para modular y regular los diferentes umbrales activos por los sistemas sensoriales, originando problemas para identificar la información relevante, aprovechar los recursos cognitivos y lograr generar una estructuración apropiada para la organización, planeación y resolución de problemas (Bar-Shalita, Vatine y Parush, 2008; Buitendag, 2009). El déficit lleva a la estructuración de tres subtipos de regulación, B.1.) hipo responsivo (Pérez, 2012), niño con baja reactividad sensorial que se caracteriza por ser pasivo, inatento y parecer absorto, con problemas de discriminación auditiva y visual, problemas de aprendizaje, torpeza

motriz y necesitando estímulos intensos para iniciar una actividad.

B.2) hiperresponsivo, activado continuamente por la información sensorial, lo que no le permite organizar y determinar su importancia, siendo hipersensible y reactivo a todos los estímulos. En los estudios de Dunn y Bennett (2002, citados en Pérez, Ballabriga, Doval y Caldeira, 2011) lo describen como temerosos, evitador de sonidos y de presión, afectando la concentración. Pérez y cols. (2011) y Pérez (2012), nombran que presentan dos estrategias de auto regulación, el receloso-cauteloso (evitación a los estímulos) y el negativista-desafiante (oposicionista, agresivo y humor negativo). Son defensivos táctilmente, sobre-reactivo al dormir e hipersensible a cualquier sistema sensorial.

Y B.3) el buscador sensorial, es hipo responsivo, pero se destaca por la necesidad de estimulación vestibular, que lo lleva a moverse constantemente, saltando, gritando, corriendo y dando vueltas, de forma impulsiva, con el objetivo de aumentar la intensidad del input sensorial, generando comportamientos impulsivos, desorganizados e hiperactivos (Parham y Mailloux 1996, citado en McIntosh y cols. 1999; Medel y Vasquez, 2007; Pérez, 2012).

Los niños con trastorno de modulación sensorial, se destacan por problemas de atención, concentración e inhibición cognitiva y conductual (Beaudry, 2006; Medel y Vásquez, 2007; Miller, Reisman, McIntosh y Simon, 2001; Pollock, 2011; Yochman, Parush y Ornoy, 2004, citado en Cohn, May-Benson y Teasdale, 2011)

con afectación en la memoria sensorial y de trabajo, funciones ejecutivas (Artigas, 2003) y aprendizaje. De ahí que el 80% de niños con trastornos del aprendizaje tienen un TIS (Lázaro, 2008).

C) El tercer patrón es el trastorno motor de base sensorial, que genera problemas en la postura motriz y desorganización en la praxis del movimiento. En el primero el individuo se caracteriza por una mala postura, problemas del equilibrio, hipotonía, etc. y en el segundo existe una desorganización de la conducta, no logrando desarrollar comportamiento intencional y motivado o con dispraxia.

Con dispraxia, son impulsivos, sin control motor y de lenguaje y con déficit en coordinación de motricidad gruesa y fina (Kahn y Richter, 2011; Rasmussen y Gillberg, 2000 citado en Imperatore, 2005). Sus dificultades de concentración generan déficit en la planeación y regulación de la conducta que se manifiesta en comportamiento impulsivo y dispraxico (Cohn y cols. 2011) con retrasos cognitivos generales (DeGanci, 2000 citado en Pérez, 2012; Polatajko y cols. 1991), además de dificultades en matemática, organización numérica, secuencialidad, coordinación y disgrafía (Lázaro, 2008; Polatajko y cols. 1991).

LOS DÉFICIT DE IS Y LOS PROBLEMAS DE AFECTIVIDAD E INTERACCIÓN

Los desajustes del SNC en interacción con otras personas podrían generar problemas afectivos, conductuales y sociales (Fisher, Murray y Bundy, citados en Buitendag, 2009; Medel y Vasquez, 2007). En los problemas afectivos se destacan, la depresión, la ansiedad y el stress continuo (Ben-Sasson y cols. 2007;

Briggs-Gowan, 2006 citado en Pérez, 2012; Cohn y cols. 2011; Imperatore, 2005), al que se enfrentan por no responder de forma adecuada.

Los problemas afectivos generan problemas motivacionales, reduciendo la capacidad de disfrute en la escuela y el hogar. Bar-Shalita y cols. (2008), en Israel, estudiaron a 78 niños, de los cuales 44 presentaban trastorno de modulación sensorial y encontraron que los niños con el trastorno, puntúan bajo ante las capacidades de disfrute en actividades de la vida diaria, originando desmotivación y problemas internalizantes, que son la base de los problemas de conducta en casi un 33% y 66% de niños con TIS (Gouze; Hopkins, LeBailly y Lavigne, 2009 citados en Pérez, 2012).

Y es que los problemas de conducta y el TIS, están relacionados, en Gouze (2009, citado en Pérez y cols. 2011), la comorbilidad es del 63%, siendo más común en niños con subtipo de hiperresponsividad o buscador sensorial (Dunn, 1997; Miller 2007, citados en Pérez, 2012), y en niños con problemas del desarrollo motriz, la relación es del 95% (DeGangi, 2000, citado en Pérez, 2012). Los patrones más comunes son la conducta negativista –desafiante, activa y pasiva, intimidación, control de la ira y violencia y en estudios longitudinales muestran que el inicio de estos patrones en la infancia aumentan la probabilidad al consumo de drogas, delincuencia, deserción escolar y bajo rendimiento (Horner y Sheibe, 1997; Rasmussen y Gillberg, 2000; Zuckerman, 1994, citados en Imperatore, 2005; Briggs-Gowan, Carter, Bosoon- Hennan, Guyer y Horwitz,

2006, citados en Pérez, 2012; Zimmer y Desch, 2012).

Y es que la alta frecuencia de relación entre los problemas de la conducta y la IS, han llevado a plantear la necesidad de estructurar programas que no solo valoren el TIS en los niños si no también su comorbilidad con problemas de conducta, (Cohn y Cermak 1998; Cohn, May-Benson y Teasdale 2011; Cheng y Bogget-Carsjen, 2006 citado en Pérez, 2012).

Que tienen su origen en la mala forma de modular el comportamiento con respuestas pasivas o impulsivas, llevando a que no exista un empalme con las reglas de los adultos y compañeros y estructurando problemas sociales (Beaudry, 2006; Cohn y cols. 2011), en los que el niño termina siendo marginado y excluido, reduciendo su participación en las actividades escolares y generando conductas de juego solitario, (Cosbey, Johnston y Dunn, 2010; Koenig y Rudney 2010, citados en Cohn y cols. 2011) y exigiendo mayor asistencia familiar (Medel y Vasquez, 2007).

Esta mayor exigencia familiar produce estrés en el cuidador, el cual en un intento por regular el comportamiento del niño utiliza castigos y regaños, que lo hacen sentir culpable, frustrado y desgastado por el trabajo extra que ocasiona el cuidar y controlar la actividad académica, desatrasar las actividades escolares y comprar continuamente útiles escolares que pierden (Cohn y cols. 2011), estructurando una mala interacción entre adultos y niños, que produce en el infante resentimientos y pensamientos negativos e irracionales sobre su

percepción de autoestima y auto concepto, (Lázaro, 2008; Polatajko y cols. 1991).

En estudios con TDAH, se nombra que la crianza coercitiva y estresante, aumenta la probabilidad que el niño cree un patrón negativista desafiante y disocial (Johnston, 1996; Mash y Johnston, 1983 citados en Cohn y cols. 2011), en IS no existen estudios que expliquen esta tendencia, pero hipotéticamente se podría considerar.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno depende de su metodología de esta forma en Estados Unidos la prevalencia es del 10 al 12% (Ayres 1989, Ermer y Dunn 1998, citado en McIntosh y cols. 1999), pero Baranek (1997, citado en McIntosh y cols. 1999), lo nombra en 30%. Y Bar-Shalita y cols. (2008), considera la prevalencia del 3% al 15%, este último también es nombrado en los estudios de Kimball (1997); Dunn (1997); Parham y Mailloux (2001) (citados en Bar-Shalita y cols. 2008).

En etapa preescolar, Ahn (2004, citado en Kahn y Richter, 2011), lo describe entre el 5% y el 13% y Ben-Sasson (2009; citado en Kahn y Richter, 2011), encontró un 16.5% de niños con hiperresponsividad. Pérez (2012), describe que en Europa el diagnóstico de trastorno de regulación del procesamiento sensorial (TRPS), definido con parámetros del DC: 03R (Zero to three,) es del 7%, pero con criterios de trastorno de modulación sensorial común en estudios Norteamericanos, lo nombra entre un 3,4% y un 13,7% (Ahn, Miller, Milberger y McIntosh, 2004 citado en Pérez, 2012), similar situación describen, Pérez y cols.

(2011), que lo ubican entre un 3,4% y el 15,6% en la población preescolar Norteamericana.

En Sur América en Santiago de Chile, Medel y Vasquez (2007), describe la prevalencia del 35%, siendo frecuente en estratos socioeconómicos bajos y Kahn y Richter (2011), también en Chile, lo nombran en el 34%. En Colombia, Erazo (2015) y en una muestra de niños entre 7 y 10 años de estratos socioeconómicos 1 y 2 y población vulnerable, perteneciente a una institución oficial del municipio de Popayán – Cauca, encontró la existencia de un 64% de niños con el déficit.

EL DÉFICIT DE ATENCIÓN Y LOS PROBLEMAS DE LA CONDUCTA

En el tema de la IS, la literatura, describe elementos sensorio-perceptuales, cognitivos, afectivos y conductuales comunes entre los niños con TDAH y trastornos de la conducta (TC). No se afirma que el TIS es similar al TDAH o al TC. Pero si, que entre ellos parecieran compartir características, que se diferencian en frecuencia, intensidad y magnitud (Santana, 2009).

El TDAH, es un trastorno que el DSMIV-TR (Apa, 2002) clasifica en tres subtipos, TDAH, tipo predominantemente inatento; TDAH, Predominantemente hiperactivo-impulsivo y TDAH-combinado (combinación de falta de atención y los síntomas de hiperactividad-impulsividad) afectando la facultad para ejercer control inhibitorio, el desarrollo de las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, la planeación y organización de actividades mentales, cognitivas y conductuales (Romero, Maestu,

Gonzalez, Romo y Andrade, 2006), la descripción detallada del trastorno la especifica el DSM5 (Apa, 2014), en el apartado denominado, “trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (p, 36).

A. patrón persistente de inatención y/o hiperactividad –impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2). 1. inatención: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales (...): a) con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (...), b) con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (...), c) con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (...), d) con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, (...), e). con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (...), f). con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (...), g) con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas (...), h) con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (...), l) con frecuencia olvida las actividades cotidianas (...).

2. hiperactividad e impulsividad (...): a) con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento, b) con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (...), c) con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado, (...), d) con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas, e) con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo

impulsara un motor”(…), f) con frecuencia habla excesivamente, g) con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (...), h) con frecuencia le es difícil esperar su turno (...), i) con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (...).

B. Algunos síntomas inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años. C. varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (...). D. existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos. E. los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (...).

Especificar si: (...), presentación combinada: si se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad –impulsividad) durante los últimos 6 meses, (...), especificar la gravedad actual: leve, (...), moderado (...), grave (...), (p. 36-44).

Se debe anexar y según Artigas (2003), los problemas de la atención solo se pueden explicar desde planteamientos cerebrales y de forma compleja, de ahí que un problema de atención solo sea la punta de una serie de dificultades que incluye la comorbilidad con problemas del lenguaje, aprendizaje, auto regulación emocional y conductual. Por ejemplo Gillberg (citado en Artigas, 2003), encontró que el 87% de niños con TDAH tienen un diagnóstico comórbido y el 67% tienen hasta dos.

Además el 40% y 60% de niños con TDAH también tienen TIS, siendo común los problemas de discriminación sensorial de tipo visual, táctil y auditivo (Mangeot,

Miller, McIntosh, McGrath-Clarke, Simon, Hagerman y Goldson, 2001; Medel y Vasquez, 2007). Un 40% presenta trastornos de modularidad sensorial, en donde el 46% es hiperresponsivo y un 30% tienen problemas de equilibrio y control postural con base sensorial (Benson, Ahn, 2004; Lane, Reynolds y Thacker, 2010; Ghanizadeh, 2011, citados en Egli y Campbell, 2014).

En sus problemas cognitivos, son comunes los déficit de atención y concentración, inhibición cognitiva y de funciones ejecutivas (Barkley, 1997; Denckla, 1991; Douglas 1988, citados en Giusti, 2003; Miller, 2006, citado en Egli y Campbell, 2014), generando problemas de auto regulación cognitiva, esfuerzo atencional (atención sostenida), no logrando mantenerse en actividades, si no tienen una recompensa inmediata (se aburren con facilidad y pasan de una actividad a otra), presentan déficit para resolver problemas, anticipar y autorregular comportamientos (Giusti, 2003), lo que lleva al 80% de niños a tener problemas de aprendizaje (Buitendag, 2009; Parham 1998, citado en Imperatore, 2005), un 33% tienen dislexia y un 25% bajo rendimiento (Shaywitz y Shaywitz, citado en Artigas, 2003).

En TDAH el 47% de niños tienen un retraso en el desarrollo motriz (Artigas, 2003), común también en niños con TIS de subtipo buscador sensorial, en los dos hay déficit en la motricidad gruesa y fina y problemas en el control motor de lenguaje y de organización del comportamiento y comparten la existencia de problemas internalizantes como la ansiedad, depresión y stress (Zimmer y Desch, 2012).

En el TDAH, los problemas académicos y comportamentales se asocian con bajas tasas de intercambios positivos con maestros (Whalen, Henker, y Dotemoto, 1980, citado en Wells, 2004), incrementando el fracaso escolar y los servicios de educación especial nombran como frecuente la repetición de curso y deserción escolar (Barkley, DuPaul, y McMurray, 1990; Barkley, 1990; Hinshaw, 1992, citados en Wells 2004) y siendo la red de apoyo como familia y docentes, los que más sufren las alteraciones (Guevremont, Shelton, Terri y DuPaul, 1992; Harpin, 2005, citado en Moreno y Meneses, 2011).

Los problemas de control cognitivo y conductual, típicos del TDAH, afecta la organización del comportamiento que se asocia con trastornos de la conducta, al parecer la comorbilidad en estos casos es la norma y no la excepción (Kutcher, 2004, citado en Moreno y Meneses, 2011). Rasmussen y Gilleberg (2000, citados por Imperatore, 2005), en su estudio longitudinal con seguimiento durante 18 años a un grupo de niños con déficit de atención, coordinación motriz y sensorial, concluían que al final un 43% de los chicos tenían problemas de funcionamiento social, desordenes psiquiátricos y conducta criminal en la juventud, resultados que también son nombrados en Zimmer y Desch (2012).

Por su parte los estudios de tipo interaccional, nombran que a la naturaleza del problema se debe integrar la variable familiar, las pautas de crianza y el acompañamiento social, en tanto estos factores alterados potencializan el trastorno (Moreno y Meneses, 2011).

Al parecer el comportamiento negativo del infante tanto en colegio como en casa, aumenta las relaciones inapropiadas entre hijos y padres. Y en donde los primeros construyen conductas negativistas – desafiantes y disóciales y crean círculos de reactividad agresivo y continuo (Wells, 2004), y en donde la vida familiar se caracteriza por el estrés de los padres y la disminución del sentido de la paternidad y auto-competencia (Giusti, 2003). El debilitamiento de las relaciones familiares, aumenta en el chico la tendencia a la marginalidad y la delincuencia (AACAP 2003, citado en Giusti, 2003; Moreno y Meneres, 2011; Pelham y Lang 1999, citados en Wells, 2004) y en la escuela la situación es similar en donde se los describe como marginales y excluidos (Asarnow, 1988; Bagwell et al, 2001; Erhardt y Hinshaw, 1994, citados en Wells, 2004).

Los problemas de adaptabilidad en los niños con TDAH, parecen ser comunes con los niños con trastorno negativista desafiante (TND) y que como se ha venido nombrando también comparten los niños con TIS. El TND es un trastorno descrito por el DSM5 (Apa, 2014), en el capítulo de “trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta” (p. 261) y que describe al TND como,

A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones /actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano. Enfado/irritabilidad: 1) a menudo pierde la calma, 2) a menudo esta susceptible o se molesta con facilidad, 3) a menudo está enfadado o resentido. Discusiones/actitud desafiante: 4), discute

a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes. 5) a menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. 6) a menudo molesta a los demás deliberadamente. 7) a menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento. Vengativo: 8) ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses. (...). B. este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (...) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes. C. (...). Especificar la gravedad actual, Leve, (...), moderado (...), graves, (...), (p. 261-262).

Además el patrón se relaciona con problemas de baja autoestima, labilidad en el estado de ánimo y comorbilidad con el TDAH y el trastorno de la conducta (TC), incluso, algunos autores los consideran continuos y progresivos, pero se debe tener en cuenta que dos tercios de los niños con TND, no desarrollan posteriormente el TC (Greene, Ablon, Goring, Fazio y Morse, 2004).

El TND, tiene comorbilidad con problemas sensoriales, aprendizaje, afectivos, familiares y sociales. Por ejemplo, los niños con TND, tienen dificultades para la auto regulación cognitiva y conductual, siendo impulsivos desde edades tempranas (Stifter, Spinrad y Braungart-Rieker, 1999, citado en Greene y cols. 2004), incluso el 80% presentan déficit de atención, memoria de trabajo, funciones ejecutivas y flexibilidad cognitiva, en algunos casos hay presencia de TDAH (Greene 2002, citado en Greene y cols. 2004).

El 20% tiene retraso en el lenguaje, el 80% problemas del aprendizaje (Greene 2002,

citado en Greene y cols. 2004), impidiendo realizar un positivo procesamiento de la información con problemas en etiquetado, integración y organización, generando problemas de retroalimentación adaptable, de ahí su baja tolerancia a la frustración y su respuesta casi inmediata de negación. Déficit que son el inicio de retrasos en las habilidades sociales como empatía, control del comportamiento verbal y conductual, regulación de la conducta y organización de las funciones ejecutivas.

Al igual que en TIS y TDAH, los niños con TND, presentan problemas afectivos en el 70% y 85%, centrados en ansiedad, depresión y cuadros bipolares y en la adolescencia, se acompañan con ideas suicidas entre el 45% y el 60% (Greene y cols. 2004).

Los problemas de naturaleza cognitiva, ejecutiva e impulsiva, deterioran al niño el cual no genera formas acertadas de resolver problemas y no crea capacidades para la tolerancia y la prudencia, generando patrones de agresividad y de comportamiento antisocial (Vitiello y Stoff, 1997, citado en Greene y cols. 2004). Que al igual que en los anteriores casos, son comunes los problemas de tipo familiar, que se acompañan con incompetencia por parte de los padres en el desarrollo de pautas de crianza sanas.

Con el trastorno de la conducta (TC), el panorama no es diferente y que es descrito por el DSM5 (Apa, 2014) así,

A. Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la

edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses.

A. Agresión a personas y animales. 1) a menudo acosa, amenaza o intimida a otros. 2) a menudo inicia peleas. 3) ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (...), 4) ha ejercido la crueldad física contra personas. 5) ha ejercido la crueldad física contra animales, 6) ha robado enfrentándose a una víctima (...). 7) Ha violado sexualmente a alguien. Destrucción de la propiedad: 8) ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves. 9) ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (...). Engaño o robo. 10) ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien. 11) a menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (...). 12) ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (...). Incumplimiento grave de las normas. 13) a menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años. 14) ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez sí estuvo ausente durante un tiempo prolongado. 15. a menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años. B. el trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral. C. si la edad del individuos es de 18 años o más, no se cumplen los criterios del trastorno de la personalidad antisocial. Especificar si: (...), con emociones pro sociales limitadas (...), falta de remordimiento o culpabilidad, (...), insensible, carente de empatía, (...), afecto superficial o deficiente, (...). Especificar la gravedad actual, leve (...), moderado (...), grave, (...), (p. 264-266).

Además en el TC, los problemas psicoafectivos son comunes en casi el 85% presentándose ansiedad y depresión y acompañado de notables problemas familiares (McMahon y Kotler, 2004), que se caracterizan por la incompetencia en pautas de crianza y problemas de adaptabilidad entre el niño y los adultos, llamando la atención como los problemas de adaptabilidad y atipicidad se nombran también entre el 20% y 30% de niños hiperactivos, de los cuales un 10% más presentara TC al llegar la adolescencia (Zuluaga, 2007).

Prevalencia

Sobre la prevalencia se puede mencionar que dependen del modelo de estudio, la población y estrato socioeconómico (Artigas, 2003), en Lora y Moreno (2010, citado en Moreno y Meneses, 2011), la prevalencia entre 10 y 16 años es del 4,8% al 23%. Pero en Angold (2000) y Jensen (1999, citado en Wells, 2004), en su estudio realizado en Atlanta, Georgia, New Haven, Connecticut, West Chester, Nueva York y San Juan, Puerto Rico, es del 6% al 8%, lo que significa un niño en cada salón.

En Colombia, Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos (2001), explican que en una muestra de 341 niños escolarizados, entre 4 a 17 años y en donde la muestra se estratificó en dos niveles socioeconómicos, alto (4, 5 y 6) y bajo (1, 2 y 3), se encontró que la prevalencia es del 17,1% y su distribución según tipos fue, combinado 9.4%, inatento 6.7% e hiperactivo-impulsivo 1%. Así mismo Bara, Vicuña, Pineda y Henao (2003), en la ciudad de Cali, nombran encontrar cifras similares y en donde la persistencia del trastorno en el adulto

joven es entre un 50% al 70% (Artigas, 2003).

Para el TND, su prevalencia en Estados Unidos, es del 2% al 16%, en la adolescencia (Wilmshurst, 2005). Pero la relación más comprometedor, es la comorbilidad con el TC y que en estudios longitudinales se nombran como progresivos (Moreno y Meneses, 2011). Fergusson, Boden y Horwood (2010, citado en Moreno y Meneses, 2011) siguiendo los parámetros del comportamiento perturbador referenciados en el DSMIV-TR, encontró que el 13,1 %, de niños con problemas de atención, presentan comorbilidad con un TC, y el 6,1% con dos diagnósticos y un 2,6% con criterios para tres . El más prevalente es el TND con el 15.1%, seguido del TC con 10,6% y terminando con un 7,5% de los cuales con TC y TND, el 5,5%, TDAH y TND el 5% y TC y TDAH, el 2,8%.

En estudios de Connor (2002) y Loeber (2000, citados en Giusti, 2003), la prevalencia es del 30% al 50% con diagnósticos de TDAH y TND y un 35% con TND y TC. En Artigas (2003) con TDAH y TND, es del 15% al 60%, y entre el 69% y 80% de preadolescentes tienen TC y TDAH. Correspondencia que lleva a concluir la existencia de factores predictivos en el desarrollo del TC y que con integración de abuso de sustancias, factores de comportamiento perturbador y condiciones familiares negativas, el trastorno termina siendo crónico y de difícil manejo (Klein y Manuzza, 1991; Weiss y Hechtman, 1993, citado en Wells, 2004; Puerta, 2004).

Como lo describe Lozano (2011, p. 297) en su estudio a un niño con TDAH y TC.

Alumno con problemas de conducta, que genera multitud de situaciones de mal comportamiento, poniendo al profesorado al límite, convirtiéndose para sus compañeros en líder negativo, un mal ejemplo (...). Al aplicarse el 16 PF de catell, se identifica alto nivel de ansiedad (...), extraversión (...), socialmente desenvuelto, no inhibido (...), no destaca excitabilidad, aunque en la relación dependencia-independencia aparece como agresivo, independiente, atrevido, emprendedor y mordaz, buscando conductas que premien tal comportamiento (...), en clases presenta continuos problemas negativistas, desafiantes (...), juega futbol, pero no es muy perspicaz (...).

El origen de los trastornos es considerado como multicausal, nombrándose factores de riesgo de tipo genético (existencia en padres, hermanos y gemelos, con dificultades sensoriales, heredabilidad), parto prematuro, factores prenatales de riesgo (problemas de salud materna, infecciones, estrés, medicamentos), trauma del nacimiento, complicaciones durante el parto, ictericia, problemas de salud infantil, exposición a toxinas (nicotina, alcohol, drogas, metales pesados) y desarrollo en ambientes hostiles como orfanatos, privación sensorial, exposición a situaciones traumáticas, negligencia y abuso (Egli y Campbell, 2014).

LOS PROBLEMAS DE IS, ATENCION Y CONDUCTA Y SUS RELACIONES

La hipótesis sobre la existencia de problemas de IS, atención y conducta en los estudiantes que generan indisciplina y problemas del comportamiento en el aula en instituciones educativas de Colombia, podría ser acertada, en tanto estas relaciones ya han sido descritas en estudios realizados en Estados Unidos por

ejemplo, Franklin, Deitz, Jirikowic y Astley (2008), en la Universidad de Washington, lo describió en una muestra de niños con trastorno de espectro alcohólico fetal entre 5 a 10 años, en los que el 87% de los casos comparten TIS y TC, siendo significativo la hiperactividad, seguido del negativista desafiante y con menor frecuencia el TC y también lo describen los estudios de Hutton (2012), quien estudio a una muestra de 144 estudiantes entre 4 y 10 años de edad de Carolina del Sur, identificando que el 40% y el 55% de estudiantes tenían problemas de IS y presentaban una relación de $p < 0.05$ en la prueba de chi cuadrado para comportamiento impulsivo, hiperactivo, problemas de conducta y dificultades emocionales (ansiedad y depresión). Se agrega que en las dos investigaciones se nombran la posibilidad de profundización en problemas del comportamiento cuando las pautas de crianza o la relación con el ambiente es coercitiva como también lo nombran, Hanft, Miller, y Lane (2000).

CONCLUSIONES

Los TIS, TDAH, TND y TC, son el producto de un mal funcionamiento del SNC y en el que se muestra un comportamiento inadaptable en el estudiante y de déficit en la regulación del comportamiento entre el niño y las necesidades del ambiente. Esto no implica que los trastornos se han similares pero sí que presentan condiciones cognitivas, sensoriales, del aprendizaje, emocionales y conductuales relacionadas.

Es frecuente identificar que los niños y niñas con TIS, TDAH, TND y TC, presentan problemas afectivos centrados en

ansiedad, depresión y stress, relacionados fuertemente con problemas de la interacción, pautas de crianza y formas de apoyo social que realizan los padres, profesores y compañeros de clase. De forma desafortunada por la inadaptabilidad típica de estos trastornos la retroalimentación de las personas externas no es positiva y es común la pauta coercitiva que profundiza los problemas emocionales, personalidad y conducta.

Es frecuente el desconocimiento de los problemas de la IS, atención y conducta en los sistemas familiares y de apoyo y del bajo reconocimiento que tienen la influencia de los sistemas sociales frente al como manejan la dificultad, esto lleva a plantear la necesidad de desarrollar investigaciones que identifiquen la existencia de estos problemas en aula y además describir las formas en cómo, padres y docentes comprenden e intervienen la dificultad, tal vez su análisis podría llevar a plantear estrategias de promoción, prevención e intervención que lleven a la reducción de la dificultad.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington. Copyright.

Artigas, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*. 36 (supl 1). Pp. 68-78.

Recuperado de <http://www.psyncron.com/wp-content/uploads/2011/05/tdahcomorbilidad.pdf>

Acosta, M. y Ospina, J. (2007). *Eficacia de un programa de kinesiología educativa acuática en los síntomas del trastorno por déficit de atención / hiperactividad en escolares*. Trabajo de grado para optar al título de profesional en ciencias del deporte y la recreación. Facultad ciencias de la salud programa ciencias del deporte y la recreación. Universidad tecnológica de Pereira. Pereira. Recuperado en Recuperado de: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/967/1/6168589A185.pdf>

Bara, S., Vicuña, P., Pineda, D. y Henao, G. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de neurología*. 37. (7). Pp. 608-615. Recuperado en <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1657926720070003001500002ypid=S1657-92672007000300015yIng=pt>

Beaudry, I. (2006). Un trastorno en el procesamiento sensorial es frecuentemente la causa de problemas de aprendizaje, conducta y coordinación motriz en niños. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*. 46 (197). Pp. 200-203. Recuperado en http://www.sccalp.org/boletin/197/BolPediatr2006_46_200-203.pdf

Bar-Shalita, T., Vafine, J. y Parush, S. (2008). Sensory modulation disorder: a risk factor for participation in daily life activities. *Developmental medicine y*

child neurology. 50 (12). p. 932-937. Recuperado en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2008.03095.x/full>

Buitendag, K. (2009). *The relationship between developmental dyspraxia and sensory responsivity in children aged four years through eight years*. Documento no publicado. Trabajo para optar al grado de maestro en terapia ocupacional. University of Pretoria. Pretoria. Recuperado en <https://www.linkedin.com/pub/karin-buitendag/40/9ab/2a9>

Cohn, E. y Cermak, S. (1998). Including the family perspective in sensory integration outcomes research. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52 (7). p. 540-546. Recuperado en http://www.researchgate.net/profile/Sharon_Cermak/publication/13590956_Including_the_family_perspective_in_sensory_integration_outcomes_research/links/0fcfd504681ca5d58d000000.pdf

Cohn, E., May-Benson, T. y Teasdale, A. (2011). The relationship between behaviors associated with sensory processing and parental sense of competence. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31 (4). p. 172-181. Recuperado en http://www.researchgate.net/publication/269953806_The_Relationship_Between_Behaviors_Associated_With_Sensory_Processing_and_Parental_Sense_of_Competence

Egli, C. y Campbell, R. (2014). ADHD and sensory processing: Theory, research, and clinical implications. *Minnesota Psychological Association Annual*

Meeting Friday. Recuperado en <http://www.mnpsych.org/wp-content/uploads/2014/04/Friday-Campbell-and-Egli-0215.pdf>

Erazo, O. (2013). Caracterización psicológica del estudiante y su rendimiento académico. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 4. (1). Recuperado en <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/948>

Erazo, O. (2013). El rendimiento académico, una descripción desde las condiciones sociales del estudiante. *Revista de psicología GEPU*. 4. (1). p. 126-148. Recuperado en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/El-Rendimiento-Academico,-Una-Descripcion-desde-las-Condiciones-Sociales-del-Estudiante.htm>

Erazo, O. (2015). *Identificación, características y relación entre la integración sensorial, atención y conducta, problemas en el aula*. Trabajo de investigación para optar al título de magister en neuropsicología. Universidad Internacional de la Rioja. España.

Franklin, L., Deitz, J., Jirikowic, T. y Astley, S. (2008). Children with fetal alcohol spectrum disorders: problem behaviors and sensory processing. *The American journal of Occupational Therapy*, 62 (3). p. 265-273. Recuperado en <http://ajot.aota.org/Article.aspx?articleid=1867038>

Greene, R., Ablon, J., Goring, J., Fazio, V. y Morse, L. (2004). Capítulo 16. Treatment of Oppositional Defiant Disorder in Children and Adolescents. Pp. 369-387. En Barrett y Ollendick; John Wiley y Sons.

Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment. Estados Unidos.

Galeana, E. (2011). Método de integración sensorial. Diplomado de estimulación e intervención temprana. *Instituto Mexicano de Estimulación Temprana y Desarrollo Humano*. Recuperado en http://www.emagister.com.mx/instituto_mexicano_estimulacion_temprana_imety_d-centrodetalles-18581.htm

Giusti, E. (2003). Las neurociencias y las conductas disruptivas. Universidad de Palermo. Recuperado en <http://www.adolescenza-fl.net/giusti.pdf>

Hanft, B., Miller, L. y Lane, S. (2000). Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part 3: observable behaviors: sensory integration dysfunction. *Sensory Integration*. Special interest section quarterly. 23. (3). Recuperado en http://www.spdfoundation.net/files/4114/2430/1280/Miller_Anzalone.pdf

Hutton, P. (2012). *Investigation into the prevalence of sensory processing difficulties in children identified as having behavioural, emotional or social difficulties at school*. Tesis para optar al título de Doctor en Psicología Educativa. University Cardiff. Recuperado en <http://orca.cf.ac.uk/42131/1/2013HuttonPDEdPsy.pdf>

Imperatore, B. (2005). Déficit de integración sensorial: efectos a largo plazo sobre la ocupación y el juego. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 5. Recuperado en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RO/article/viewFile/100/83>

Kahn, V. y Richter, V. (2011). *Edad de desarrollo psicomotor y probabilidad de disfunción del procesamiento sensorial en niños de 4 años de edad de jardines infantiles de la Junji en la comuna de la Pintana*. Documento no publicado. Trabajo para optar al título de kinesiólogo. Universidad de Chile. Recuperado en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117053/TESIS%20EMPASTAR.pdf?sequence=1>

Lazaro, A. (2008). Estimulación vestibular en educación infantil. *Revista Interuniversitaria de formación al profesorado*. 62 (22-2). Pp. 165-174. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/274/27414780010.pdf>

Lagos, D. y Velasco, D. (2014). Restos sensoriales o dificultades de aprendizaje. *Boletín Informativo -CEI-* 1. (2). Universidad Mariana. p. 97-98. Recuperado en <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/495>

Lozano, F. (2011). Comportamiento disruptivo de un alumno con TDAH. Estudio de caso. *Apuntes de psicología*. 29. (2). p. 279-294. Recuperado en <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/199>

McMahon, R. y Kotler, J. (2004). Treatment of conduct problems in children and adolescents. Chapter 17. En *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*. Edited Barrett y Ollendick. John Wiley y Sons. Estados Unidos.

Moreno, F. (2001). *Análisis psicopedagógico de los alumnos de educación secundaria obligatoria con problemas de comportamiento en el contexto escolar*. Documento no publicado. Tesis de grado para optar al título de doctor en psicología de la Universidad de Barcelona. España. Recuperado en <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5411/fxm01de1.pdf?sequence=1>

McIntosh, D., Miller, L., Shyu, V. y Hagerman, R. (1999). Sensory-modulation disruption, electrodermal responder, and functional behaviors. *Developmental Medicine y Child Neurology*. 41. 608-615. Recuperado en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.1999.tb00664.x/epdf>

Mangeot, S., Miller, L., McIntosh, D., McGrath-Clarke, J., Simon J., Hagerman, R., y Goldson, E. (2001). Sensory modulation dysfunction in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine y Child Neurology*. 6. Cambridge Journals Online. Recuperado en <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=onlineaid=77195yfileId=S0012162201000743>

Medel, M. y Vasquez, D. (2007). *Riesgo de presentar trastorno de déficit atencional con hiperactividad y alteraciones en la modulación de integración sensorial en niños preescolares del Área Norte de la Region Metropolitana*. Documento no publicado. Trabajo de grado para optar al título de licenciado en kinesiología. Universidad de Chile. Santiago de Chile. Recuperado en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2007/medel_m/sources/medel_m.pdf

Muñoz, J., Carreras, M., y Braza, P. (2004). Aproximación al estudio de las actitudes y estrategias de pensamiento social y su relación con los comportamientos disruptivos en el aula en la educación secundaria. *Revista anales de psicología*. 20. (1). Pp. 81-91. Recuperado en http://www.um.es/analesps/v20/v20_1/08-20_1.pdf

Moreno, J. (2006). Comportamiento antisocial en los centros escolares: una visión desde Europa. *Revista Cyberpediatría*. Recuperado en <http://roble.cnice.mecd.es/~fromero/violencia/intro.htmwww.um.es/analesps:1695-2294>

Moreno, I. y Meneres, S. (2011). Tratamiento de los trastornos del comportamiento. Revisión de las propuestas actúales. *Apuntes de psicología*. 29 (2). p. 183-203. Recuperado en <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/138>

Moreno, I. (2011). Número monográfico trastornos del comportamiento. *Apuntes de psicología*. 29. (2). p. 179-182. Recuperado en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/issue/view/29>

Orjales, I. (1999). *Déficit de atención con hiperactividad. "manual para padres y educadores"*. Madrid – España. Recuperado en: <http://www.tdahcantabria.es/documentos/Manual para padres y educadores Isabel Orjales-08.pdf>

Organización Mundial De La Salud. (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y*

pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.

Pineda, D., Lopera, F., Henao, G., Palacio, J. y Castellanos, F. (2001). Confirmación de alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista neurología*. 32. (3). Pp. 217-222. Recuperado en: <http://www.revneurol.com/3203/k030217.pdf>

Polatajko, H., Law, M., Miller, J., Schaffer, R., y Macnab, J. (1991). The Effect of a Sensory Integration Program on Academic Achievement, Motor Performance, and Self Esteem in Children Identified as Learning Disabled: Results of a Clinical Trial. *The Occupational Therapy Journal of Research*. 11. (3). P. 155-176. Universidad del Sur de California.

Pollock, N. (2011). Sensory integration: A review of the current state of the evidence. *Occupational therapy now*. 11 (5). p 5-9. Recuperado en <http://autismodiario.org/wp-content/uploads/2011/05/Sensory-Integration.pdf>

Pérez, R. (2012). *Trastornos de regulacion del procesamiento sensorial: una contribucion a la validación de los criterios para su diagnóstico en la primera infancia*. Documento no publicado. Tesis doctoral del programa de Doctorat en psicopatología d'Infants, Adolescents i Adults. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra. Recuperado en <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/117791/rpr1de1.pdf?sequence=1>

Pérez, R., Ballabriga, M., Doval, E., y Caldeira, P. (2011). Validating regulatory sensory processing disorders in early

childhood using the sensory profile and child behavior checklist (CBCL 1 ½-5). *Journal of child and family studies*. 18. (1). Recuperado en [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/\(2011_Jane\)%20Validating%20Regulatory%20Sensory%20Processing%20disorders%20using%20the%20sensoty%20profile%20and%20child%20behavio%20checklist%20CBCL%201%205_R%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/(2011_Jane)%20Validating%20Regulatory%20Sensory%20Processing%20disorders%20using%20the%20sensoty%20profile%20and%20child%20behavio%20checklist%20CBCL%201%205_R%20(3).pdf)

Puerta, I. (2004). Instrumentos para evaluación las alteraciones de la conducta. *Revista de neurología*. 38. (3). p. 271-277. Recuperado en <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3803/q030271.pdf>

Romero, D., Maestu, F., Gonzalez, J., Romo, C., y Andrade, J. (2006). Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. *Revista de neurología*. 42. (5). Pp. 265-271. Recuperado en <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2004566>

Santana, Z. (2009). La integración sensorial en los niños – reseña. *Espacio T.O. Venezuela revista electrónica de terapia ocupacional*. 2. Recuperado en http://www.espaciotovenezuela.com/pdf/to/integracion_sensorial_resena.pdf

Wilmshurst, L. (2005). Cap. 4. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder(ADHD). In *Essentials of child psychopathology*. p. 61-81. New Jersey. Estados Unidos.

Wilmshurst, L. (2005). Cap. 8. Problems of Conduct. En *Essentials of child psychopathology*. p. 138-152. New Jersey. Estados Unidos. Edit By Barret P. y Ollendick T.

Wells, K. (2004). Treatment of ADHD in Children and Adolescents. Chapter 15. *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents Prevention and Treatment*. p. 343-369. Estados Unidos. Edit By Barret P. y Ollendick T.

Zimmer, M. y Desch, L. (2012). Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. *Pediatrics*. 129 (6). p. 1186-1189. Recuperado en <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/6/1186.long>

Zuluaga, J. (2007). *Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención*. Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Cinde – Universidad de Manizales – Colombia. Recuperado en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde/umz/20091118031108/TESIS%20JUAN%20BERNARDO%20ZULUAGA.pdf>



Artículos de Revisión

LA PARTICIPACIÓN DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS. UN APOORTE AL ESTADO DEL ARTE

CHILDREN'S PARTICIPATION. A CONTRIBUTION TO THE STATE OF THE ART

Sergio Santana Clavijo, Paula Gasca Collazos & Miryam Fernández Cediél

Información de los autores: Sergio Santana Clavijo. Psicólogo de la Universidad Surcolombiana. Correo electrónico: seralejandro88@hotmail.com / Colombia.

Paula Gasca Collazos. Psicóloga de la Universidad Surcolombiana. Correo electrónico: pau.a25@hotmail.com / Colombia.

Miryam Fernández Cediél. Psicóloga, Magister en Psicología, magistrante en Conflicto, Territorio y Cultura. Docente Asistente de la Universidad Surcolombiana. Miembro activo del Grupo de Investigación CRECER, tutora del semillero COMPARTIR. Coordinadora Principal del estudio "Concejo de Niños". Correo electrónico: cristina.fernandez@usco.edu.co / Colombia.

Referencia Recomendada: Santana-Clavijo, S., Gasca-Collazos, P., & Fernández-Cediél, M. (2016). La participación de los niños y las niñas. Un aporte al estado del arte. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 244-267.

Resumen: El presente documento realiza una revisión de la literatura sobre la participación infantil con el fin de proveer una aproximación al estado del arte. Se inicia con un recorrido por la historia de cómo era el reconocimiento hacia los niños y cuál era su papel en el ámbito familiar y social. Se aborda la importancia que tiene la Convención en el reconocimiento de los derechos de los niños, donde los menores son tenidos en cuenta como sujetos sociales. Otro elemento importante es la participación infantil, ya que por medio de ésta se logra reconocer a los niños como sujetos dinámicos, con criterios para la toma de decisiones en sus espacios de interacción. Dentro de éste tema se destaca la importancia de la escalera de la participación propuesta por Hart. También se habla del protagonismo infantil, el cual da a conocer a los niños la posibilidad de opinar y participar en asuntos que afectan su vida. Para concluir se debe asumir la concepción de la niñez de una determinada sociedad como pieza fundamental en el camino hacia la generación de políticas públicas en la que los niños participen como sujetos de derechos. En la ciudad de Neiva (Huila-Colombia) se está ejecutando un proyecto llamado "Concejo de niños para la construcción de una mejor ciudad", el cual busca generar espacios de participación ciudadana en los

niños por medio de la creación de los Concejos como una instancia formal que intenta propiciar su protagonismo en el escenario público.

Palabras Clave: Participación Infantil, Derechos de los Niños, Protagonismo Infantil, Participación, Concejos de Niños.

Abstract: This paper makes a review of the literature on children's participation in order to provide an approximation to the state of the art. It begins with a journey through the history of how it was the recognition of children and what was their role in the family and society. The importance of the Convention on the recognition of the rights of children, where children are taken into account as social subjects addressed. Another important element is the children's participation, and that this is achieved through recognizing children as dynamic subjects, criteria for decision-making in their areas of interaction. Within this theme the importance of the participation ladder proposed by Hart stands. There is also talk of children's prominence, which discloses children the opportunity to comment and participate in matters that affect their lives. In conclusion it should be assumed the conception of children of a given society as a cornerstone on the way to the creation of public policy in which children participate as subjects of rights. In the city of Neiva (Huila-Colombia) it is running a project called "Children's council to build a better city", which seeks to create opportunities for citizen participation in children through the creation of the councils as a formal body that tries to foster their role in the public scene.

Keywords: Childrens Participation, Children's Rights, Childrens Prominence, Participation, Children's Councils.

Recibido: 7 de Abril de 2016

Aprobado: 11 de Junio de 2016

* Artículo de revisión. El presente documento contribuye en el ejercicio investigativo que se adelanta en el proyecto "Concejo de niños para la construcción de una mejor ciudad" de la Universidad Surcolombiana.

INTRODUCCIÓN

La participación de los niños es fundamental, no sólo para garantizar su desarrollo, sino también para incorporar una visión distinta sobre la realidad, donde ellos mismos puedan intervenir y aportar soluciones a los problemas que los afectan. No cabe duda que la participación de los niños favorece la construcción de una mejor democracia desde sus bases.

A pesar de existir aceptación en el mundo adulto acerca de la importancia de la participación de los niños, los objetivos están marcados por imprecisiones y manipulaciones que resultan engañosas a la hora de apreciar y evaluar la participación infantil.

Esta situación evidencia el modo en que los adultos han construido esta realidad para los niños, y manifiesta el temor ante la participación efectiva y decisoria de los niños, donde una visión proteccionista los relega a la inactividad.

El presente documento es un aporte al estado del arte sobre la participación infantil que busca contribuir al ejercicio investigativo que se adelanta en el proyecto "Concejo de niños para la construcción de una mejor ciudad" que tiene como objetivo "Generar espacios de participación ciudadana a los niños y niñas de la ciudad de Neiva a partir de la creación de los Concejos de Niños" (Fernández-Cediel, 2014, p.11).

Este estudio reúne una serie de aportes obtenidos por medio de una revisión documental, donde se recuperan algunos elementos históricos acerca de cómo era el reconocimiento hacia los

niños y cuál fue su papel en el ámbito familiar y social.

También se aborda la importancia de la Convención de los Derechos de los Niños, donde gracias a esta, los niños fueron reconocidos como sujetos activos en la sociedad. Este cambio generó modificaciones conceptuales para el mejoramiento de sus condiciones de vida, como su capacidad crítica y reflexiva para construir su participación desde temprana edad.

Otro elemento importante a tratar es la participación infantil, ya que por medio de esta se logra reconocer a los niños como sujetos dinámicos, protagonistas de sus acciones, con criterios para la toma de decisiones dentro de sus espacios de interacción. Dentro de este tema se destaca la importancia de la escalera de la participación propuesta por Roger Hart (1993) que es utilizada para determinar las características de los diversos niveles de participación de los niños.

Por otra parte, el protagonismo infantil necesita de un reconocimiento social, en donde se garanticen los derechos de forma individual y grupal, dándoles a conocer a los niños la posibilidad de opinar y participar en asuntos que afectan su vida, logrando así una sociedad democrática y participativa.

Para concluir se debe asumir la concepción de la niñez de una determinada sociedad como pieza fundamental en el camino hacia la generación de políticas públicas en la que los niños participen como sujetos de derechos, que a su vez permitan transformar la mirada adulta sobre los

menores, de considerarlos como beneficiarios a verlos como protagonistas de su propio desarrollo, aumentar los procesos de consulta a los menores para que sus ideas enriquezcan los planes de desarrollo y las políticas sociales, promover en el barrio, en la comuna, en el municipio y en el departamento o estado, la articulación de las diferentes entidades de educación, salud, cultura, recreación y deporte para que trabajen de manera conjunta con los niños en función del mejoramiento de su calidad de vida.

LA HISTORIA DE LA INFANCIA

La población infantil ha sido invisibilizada debido a las diferentes definiciones que ha adoptado, en la que se la considera como seres que desde su nacimiento son símbolo de ingenuidad e inocencia (Bustelo, 2005).

La infancia es el resultado de una transformación conceptual de creencias debido a la conformación de familias modernas, surgiendo así el reconocimiento de la población infantil ante la sociedad como sujetos activos con capacidades y potencialidades suficientes para actuar (De Parolo Silvina, 2009; INAU, 2012).

Dentro de la época de la Edad Media, en Europa Occidental, la conformación de la familia era considerada como un ciclo vital, en la que cada miembro debía cumplir sus funciones con responsabilidad, priorizando la procreación (De Parolo Silvina, 2009).

Los niños eran considerados propiedad de los padres, y debido a ello, no se les brindaban espacios para su privacidad y

al llegar a la edad de ocho años, eran llevados con sus padres para que aprendieran a trabajar y en el caso de las niñas, para enseñarles todo lo relacionado al hogar, fomentando en ellos la pertenencia a una gran familia (Cortés y Contreras, 2001; De Parolo Silvina, 2009).

Con los cambios tanto económicos, políticos como sociales iniciados en Europa Occidental a finales del siglo XVI, la concepción de la infancia se transformó a partir de tres acontecimientos importantes:

1. Nace la voluntad de preservar la vida del niño; promoviendo su buena salud, con cuidados especiales por su madre y familia, ganando autonomía y reconocimiento por la sociedad como un ciudadano más (De Parolo Silvina, 2009; Alfageme, Cantos, y Martínez, 2003).
2. Surge el reconocimiento de los derechos civiles de la mujer y con ello la pluralidad de deberes y responsabilidades alternas al hogar que le permite elegir su tiempo para el cuidado de sus hijos o la búsqueda de personas ajenas para esta tarea. Bajo esta nueva postura, fue criticada por los moralistas pues consideraban a la mujer desde su función reproductora y no productora (De Parolo Silvina, 2009).
3. Aparecen "nuevas estructuras educativas" las cuales apuntaban a que los niños adoptaran mayores conocimientos, donde se les enseñaba y preparaba para el

mundo adulto pero con métodos muy severos (De Parolo Silvana, 2009; Alfageme et al., 2003).

Acontecimientos que marcan dicha época son observados en la actualidad con la admiración desbordante de muchos padres al considerar al niño "más despierto y maduro y por los moralistas que denuncian que la complacencia con la que los padres y las madres educan a sus hijos, pueden degenerar fácilmente en indulgencia excesiva (Locke, p. 49) siendo el mimo, entonces la causa de sus debilidades" (De Parolo Silvana, 2009, p. 2).

Poco después, durante el transcurso de los siglos XVII y XVIII se comienza a reconocer a los niños y niñas como seres humanos con diferencias en su desarrollo, distintos a los de los adultos. Los padres comienzan a interesarse por el futuro de los hijos, lo que ocasiona la disminución del infanticidio, pero sin dejar de lado la idea del niño apacible y subordinado (Alfageme et al., 2003).

No obstante, en el siglo XIX, la insalubridad de las viviendas, los malos hábitos alimenticios y la falta de cuidados maternos siguen siendo factores problemáticos y empiezan a tener la atención de la sociedad. Lo anterior favorece a la infancia, pues cobra importancia el cuidado de los niños, la necesidad de brindarles ayuda y protección, y es en ese momento donde se concibe la idea de que es necesario dar seguridad, educación y familia a la población infantil (Álvaro, 2014; Santos, 2008).

Un antecedente decisivo de la Convención de los Derechos de los Niños

fue la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual abrió paso a una nueva concepción de derechos, significando una revolución de cambio, que sin duda influyó posteriormente en lograr un acuerdo específicamente pensado en los niños, como fue la Convención (García Méndez, 2003; Nomura y Solari, 2005; Corvera, 2011; Gonzalo Contreras y Pérez, 2011).

El 20 de noviembre de 1989 surgió uno de los hitos más significativos en la historia de la infancia: la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Corvera, 2011).

La CDN representa un cambio de paradigma, ya no sólo se habla de la protección de la infancia, sino también de una normatividad internacional que protege y promueve los derechos de los niños, donde los Estados parte (20 países, todos ellos miembros de las Naciones Unidas), mediante la lealtad o ratificación de la Convención, se comprometen a asegurar y proteger los intereses de los niños (Corvera, 2011).

La reflexión actual sobre los niños, percibidos como sujetos de derechos, consagrada en la CDN, obedece a un proceso histórico, cultural y político, en la que el perfil y representación de la niñez ha sufrido diversos cambios, que a su vez han generado distintos imaginarios colectivos (Corvera, 2011).

Dichas concepciones e imaginarios pueden evidenciarse desde diferentes representaciones:

- Positiva, cuando se habla de una infancia feliz, simbolizada por la

inocencia y vulnerabilidad, pero que a su vez es manipulada y utilizada por los distintos medios publicitarios. A partir de esto, se fue sustentando la necesidad de una sobre-protección hacia la infancia, apartándola del mundo adulto (Casas, 2006).

- Negativa, dirigida por la necesidad de corregir la rebeldía que por naturaleza tiene la infancia, la cual se encuentra estrechamente relacionada con la desvalorización infantil y la justificación del control (Casas, 2006).

La población infantil actualmente sigue encontrándose ligada a la obediencia y cumplimiento de los deseos de los adultos, debido a la poca importancia que se le ha otorgado, tanto a la normatividad y cumplimiento de estas frente a sus derechos y privilegios (De Parolo Silvina, 2009).

Con el consumo del mercado, se pueden evidenciar dos grupos de infancia: una infancia enchufada y otra desenchufada. Distinguiéndose los primeros como aquellos niños que crecen al paso de la modernidad, en la que no requieren de ayuda por parte de los adultos para adquirir conocimientos debido al gran avance de la tecnología y la amplia gama de ideas, productos y estilos de vida, dejando en el olvido las viejas costumbres familiares y educacionales que si otorgaban importancia a la unión, el amor y la compañía de todos. Por otra parte, la infancia desenchufada, aquella que lucha por su diario vivir, pues no posee facilidades económicas para acceder a

las tecnologías, imprime en sus vivas otras lógicas alternas cercanas a la vida callejera y la distancia de los sistemas de educación (De Parolo Silvana, 2009; Alfageme et al., 2003).

La infancia es un mundo simbólico y heterogéneo en permanente cambio cuyas diferencias están marcadas por razones de género, de clase, de pertenencia étnica, o de procedencia regional. No es lo mismo nacer y crecer en una gran ciudad donde las formas de ser niño pueden ser múltiples, ni crecer en un momento histórico u otro (Alfageme et al., 2003).

Actualmente, los niños y las niñas son reconocidos como sujetos de derechos, con una participación activa y protagónica en la sociedad, gracias al respaldo brindado por la CDN.

Las practicas participativas de los niños y las niñas se logran gracias al surgimiento de instancias formales como son los Consejos de Niños, en los cuales pueden expresar sus opiniones, pueden ser escuchados de forma respetuosa y pueden ver materializadas sus ideas y opiniones, pasando a tener un carácter real y representando una función como asesores reales de la ciudad (Corvera, 2011).

La niñez termina siendo una pieza fundamental en el cambio hacia la generación de políticas públicas, siempre y cuando los niños participen como sujetos de derechos; ya que no se pueden construir políticas para los niños sin contar con ellos. Los niños deben ser agentes activos en la construcción de la sociedad y de sus vidas; y es fundamental escucharlos y estimular su

participación, haciéndolos parte del proceso de toma de decisiones (Corvera, 2011).

MARCO NORMATIVO DE LA INFANCIA

Con la llegada de la Convención en 1989, la situación de los niños fue diferente gracias a importantes cambios en el modo de considerar la infancia, puesto que disciplinas como la psicología, sociología, medicina y pedagogía se interesaron por estudiar, reconocer y dar cuidados pertinentes a los niños (Apud, 2001; Osorio Correa, 2003; Gallego Henao, 2012).

Las implicaciones que tiene cualquier país al ratificar la Convención, es comprometerse a ajustar sus legislaciones al espíritu de la misma y velar por la protección integral en todas las acciones relacionadas con la infancia (Alfageme et al., 2003).

La Convención es el reconocimiento de los derechos de los niños, donde los menores son tenidos en cuenta como sujetos sociales, en la cual se busca siempre su rol activo en la realidad, en la capacidad para contribuir al desarrollo propio, al de su familia y comunidad, y se incorpora a los menores en la construcción de la aplicabilidad de la Convención, como auténticos promotores de cambio y desarrollo (Pérez, 1998; Alfageme et al., 2003).

Por lo tanto los niños y adultos están en igualdad de condiciones, se distingue claro esta, de las propias particularidades y grados de desarrollo. Donde la infancia representa una etapa de maduración que depende de factores biopsicosociales que a simple vista son

difíciles de evaluar y categorizar (Pérez, 1998; Alfageme et al., 2003; Cussiánovich, 2010).

En cuanto al tema de la participación de los niños, éste se encuentra expresado en la Convención, en los siguientes artículos:

Artículo 12 – El derecho a la libertad de opinión

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional [...]

Artículo 13 – El derecho a la libertad de expresión

1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.

2. El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias:

- a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o
- b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas [...]

Artículo 17 – El derecho al acceso de la información

Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. [...]

Artículo 31 – El derecho a la participación

- 6. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.
- 7. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de

esparcimiento (Naciones Unidas, 1989, p.13-23).

En Colombia, gracias a entidades que han luchado por el reconocimiento de la infancia se han emprendido y aprobado escenarios normativos como la Constitución Política de 1991, el Código de Infancia y Adolescencia (La ley 1098 de 2006) y más recientemente la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre”, que han hecho posible que el niño sea parte activa en su mundo e historia (Corona Caraveo y Morfín Stoopon, 2001; Gallego Henao, 2012).

La transformación y la construcción democrática por la que está transitando Colombia, y la nueva visión sobre la infancia que considera a niños, niñas y adolescentes como actores sociales, señalan la importancia de promover una participación amplia y diversa de todos los ciudadanos, incluyendo a la población infantil y juvenil (Corona Caraveo y Morfín Stoopon, 2001).

El Código de Infancia y Adolescencia (la ley 1098 de 2006) en su Artículo 2º tiene como objetivo:

Establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado (Congreso de la República de Colombia [CRC], 2006).

El derecho a la participación de los niños, niñas y adolescentes se encuentra señalado en el Código de Infancia y Adolescencia en los siguientes artículos:

Artículo 30 – Derecho a la recreación, participación en la vida cultural y en las artes. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho al descanso, esparcimiento, al juego y demás actividades recreativas propias de su ciclo vital y a participar en la vida cultural y las artes.

Igualmente, tienen derecho a que se les reconozca, respete, y fomente el conocimiento y la vivencia de la cultura a la que pertenezcan.

Artículo 31. – Derecho a la participación de los niños, las niñas y los adolescentes. Para el ejercicio de los derechos y las libertades consagradas en este código los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a participar en las actividades que se realicen en la familia, las instituciones educativas, las asociaciones, los programas estatales, departamentales, distritales y municipales que sean de su interés.

El Estado y la sociedad propiciarán la participación activa en organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, cuidado y educación de la infancia y la adolescencia (CRC, 2006, p.5-6).

A partir de esto, se crea la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia llamada “De Cero a Siempre” liderada por el gobierno del presidente Juan Manuel Santos, la cual busca unir esfuerzos del sector público, privado y de la colaboración

internacional en favor de la primera infancia en Colombia (Presidencia de la República de Colombia [PRC], 2011).

La Estrategia Nacional De Cero a Siempre, integra las políticas, programas, proyectos y acciones encaminadas a la primera infancia, con la intención de brindar una completa atención, haciendo efectivo los derechos de los niños entre cero y cinco años (PRC, 2011).

A partir de lo anterior tanto la Convención como el Código de Infancia y Adolescencia (La ley 1098 de 2006) y la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre” generan una nueva visión en torno a la niñez, donde los niños ya no son propiedad de sus padres y mucho menos son los beneficiarios de programas de caridad.

Los niños son forjadores de sus propios derechos, donde se observa en la actualidad un panorama distinto en el que el niño pasa a ser un individuo, miembro de una familia y una comunidad, con derechos y responsabilidades acordes a su edad.

PARTICIPACIÓN INFANTIL

Una de las definiciones más completa y aceptada en la comunidad internacional sobre participación infantil es la que elabora por Roger Hart (1993) quien afirma que “la participación es la capacidad para expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y/o a la vida de la comunidad en la que uno vive” (Apud, 2000, p.4).

La participación, es considerada como una construcción social, que ha surgido de la convivencia, la cual, ha sufrido transformaciones en su significado a lo largo de la historia para actualmente estar constituida social y jurídicamente como un derecho fundamental de cada persona (Estrada, Malo, y Gil, 2000; Annan, 2003; Rosano, 2013).

Un aspecto importante para tener en cuenta en la participación de los niños es que está influenciada por la cultura, la sociedad y el ambiente familiar. Afectando de algún modo el desarrollo y crecimiento, y trayendo consigo consecuencias positivas o negativas en la vida de los menores (Annan, 2003).

El derecho a la participación es uno de los más sobresalientes considerándose de gran importancia promoverlo para que los niños y niñas opinen y actúen de forma libre, asumiendo un papel como sujetos activos en la sociedad en donde los adultos respeten sus puntos de vista (Estrada et al., 2000; Apud, 2000; Annan, 2003; Cussiánovich, 2009; Gallego Henao, 2012).

A partir de lo anterior, la participación infantil es un proceso formativo e informativo que posibilita a los niños la capacidad de ser protagonista de sus vidas, donde fortalecen sus potencialidades y ayuda a que estos adquieran conocimientos y habilidades para enfrentar y sobrepasar las adversidades que se presenten en sus vidas. Donde también los niños experimentan la oportunidad de tener un papel fundamental en la sociedad (Suarez, 2000; Aranda Bricio, Ruiz, y Revilla, 2008; Tejada, 2009).

A continuación se mostrarán algunos conceptos que van de la mano de la participación, como también los espacios donde se puede llegar a promover. Un punto interesante para subrayar, es cómo a partir de la recreación se puede estimular la participación infantil, ya que esta se encuentra en la vida diaria de los menores.

También se enunciarán las posibles consecuencias positivas de la participación y las negativas de la no participación, adicionalmente a esto se resaltarán los riesgos que conlleva la participación de niños cuando son utilizados para promover sus opiniones en ambientes políticos que puedan poner en riesgo su integridad.

La democracia, es el reconocimiento de la autonomía que los individuos poseen para pensar, dar opiniones y tomar decisiones frente a sus vidas. Está construida por medio de la organización de los ciudadanos para que participen del poder, basados en la ética, los valores y la igualdad de derechos, reconociendo el papel protagónico que los niños y adultos tienen en su sociedad (Estrada et al., 2000; Gallego Henao, 2012).

Para esto es importante fomentar en los niños el verdadero valor de la participación, ya que por medio de esta se podrá desarrollar una adecuada democracia, con sentido de cooperación y solidaridad. Esto se logra si se brindan verdaderos espacios de participación y democracia, reconociendo las capacidades y los derechos de los niños, donde puedan desempeñar un papel fundamental en la

sociedad (Estrada et al., 2000; Gallego Henao, 2012).

Por su parte, la ciudadanía es la representación que tiene cada persona dentro de su sociedad, "atendiendo a la proclamación de sus derechos haciéndolos valer y cumpliendo con sus deberes" (Gallego Henao, 2012, p.11).

Por lo tanto, la participación y el ejercicio de la ciudadanía trabajan de la mano para hacer efectivo el reconocimiento de los niños como verdaderos interlocutores, con verdaderas capacidades creativas y transformadoras de los ambientes donde se desenvuelven para mejorar su calidad de vida (Gallego Henao, 2012).

La participación infantil está muy relacionada con estos conceptos, ya que mediante estos se logra reconocer a los niños como sujetos activos, protagonistas de sus acciones, con capacidades y criterios para la toma de decisiones dentro de sus espacios de interacción (Estrada et al., 2000; Apud, 2000; Annan, 2003; Cussiánovich, 2009; Gallego Henao, 2012).

Existen 4 espacios encargados de promover la participación en los niños, los cuales son:

La familia: Es el primer espacio de desarrollo para la participación, cumpliendo un papel muy importante en la potenciación de capacidades de acción participativa y responsabilidad social (García Moreno, 1998; Apud, 2000; Annan, 2003; Gutiérrez Suarez, 2012).

La escuela: Segundo espacio para la participación, aquí se centran

fundamentalmente en valores de estabilidad y defensa de la democracia; sin embargo, influye mucho en el desarrollo de experiencias prácticas de participación infantil y en el aprendizaje de los derechos y responsabilidades individuales y colectivas (Apud, 2000; Suarez, 2000; Annan, 2003).

Con respecto a la educación, la Convención sobre los Derechos del Niño asigna a los gobiernos tres compromisos fundamentales: reconocer que la educación es un derecho fundamental de todos los niños; respetar los derechos del niño dentro del marco del sistema educativo; y brindar educación para el respeto de los derechos humanos (Lansdown, 1998).

La ciudad: Es un espacio de participación ciudadana para la consolidación de una democracia. Es un lugar donde los niños pueden participar activamente en la sociedad, donde es vital ofrecer información oportuna y acorde para su edad (Apud, 2000; Suarez, 2000; Annan, 2003).

Los medios de comunicación: Son muy importantes para la conformación de la visión y percepción de la realidad, ya que de ellos, los niños reciben información donde aprenden y refuerzan sus conceptos, actitudes y valores (Apud, 2000).

En los 4 espacios anteriormente nombrados se pueden encontrar excelentes aliados que estimulen la capacidad de cada niño para jugar, crear e imaginar, ya que estas cualidades ayudan en la difícil tarea de promover y preservar la participación

infantil (Corona Caraveo y Morfín Stoopen, 2001).

Las características creativas e imaginativas de los niños son amplias, pero al paso del tiempo y por la influencia de los sistemas educativos se van estancando. A pesar de que la escuela desarrolla otras capacidades en ellos, el énfasis en la norma, la disciplina y la razón deterioran la pasión por la pregunta y el asombro que caracteriza los aspectos lúdicos y creativos (Corona Caraveo y Morfín Stoopen, 2001).

La mejor forma de estimular la participación infantil es desde la recreación; ya que esta se encuentra en la vida diaria de los niños, los divierte y los educa, por lo tanto se puede intervenir desde este otro lugar en la construcción de ambientes y relaciones democráticas por y para los niños (Cordero, 1998; Osorio Correa, 2003; UNICEF, 2012).

La recreación, tiene como potencial ofrecer espacios de socialización donde se puedan replantear las estructuras de poder, cambiar roles, analizar las propias realidades, y armonizar los intereses individuales. No se pretende asegurar que por medio del juego por sí solo se garantice el derecho a la participación, sino que representa un alto potencial para la formación de las capacidades humanas del niño (Osorio Correa, 2003; UNICEF, 2012).

Para estimular estas capacidades se parte de un proceso educativo que involucra el ocio, el tiempo libre y la recreación como formas de perfeccionamiento de sus capacidades para tomar decisiones acerca de cómo van a usar su tiempo y cómo van a

implementarlo en un proyecto de vida orientado a satisfacer un buen desarrollo humano (Osorio Correa, 2003; UNICEF, 2008).

A continuación se enunciarán las consecuencias positivas de la participación y las negativas de la no participación (véase figura 1).

Figura 1. Cuadro comparativo de las consecuencias positivas de la participación y las negativas de la no participación. Apud, A. (2000). Recuperado de <http://www.sename.cl/wsename/otros/unicef.pdf>

Consecuencias positivas de la participación	Consecuencias negativas de la no participación
Mejora de capacidades y potencialidades personales.	Dependencia: el niño depende del adulto para cualquier decisión.
Autonomía.	Escasa iniciativa.
Creatividad.	Pasividad, comodidad, conformismo.
Experimentación.	Falta de respuesta en situaciones críticas.
Capacidad de razonamiento y elección.	Falta de sentido crítico.
Aprendizaje de los errores.	Inseguridad, baja estima personal
Se configura una mayor personalidad, se fomenta el sentido crítico.	Reducción de la creatividad e imaginación si las actividades son dirigidas.
Se incrementan las relaciones personales y el intercambio de ideas.	Estancamiento en el desarrollo personal y formativo.
Aprendizaje más sólido.	Miedo a la libertad, a tomar decisiones.
Se desarrolla la capacidad de escucha, negociación y elección de alternativas.	Baja capacidad de comunicación.
Aprendizaje de valores democráticos: participación, libertad.	Bajo aprendizaje de valores democráticos.
Valor de la democracia intergeneracional.	Baja creencia en la democracia.
Infancia como sujeto activo social.	Infancia como objeto no participativo.
Ejercicio y reivindicación de derechos de expresión.	Desconocimiento de derechos de expresión.
Mayor riqueza y diversidad social.	Invisibilidad social de la infancia.

Los riesgos que conlleva la participación en los menores pueden ser los siguientes:

En algunas ocasiones, los niños son utilizados para guardar apariencias, los jóvenes son tratados como representantes de los niños menores, donde es evidente que ellos están próximos a la edad adulta (Annan, 2003).

Existen otros riesgos aún mayores, como lo es promover en los niños, niñas y adolescentes la expresión de sus

opiniones dentro de ambientes sociales y políticos que los pueden poner en peligro. De los niños se espera que no realicen enfrentamientos con las autoridades públicas represivas. El peligro se hace mayor en sociedades donde no se le permite la opinión a los adultos y mucho menos la de los niños (Annan, 2003).

Es importante no percibir a los niños como seres incapaces ni victimizarlos por todo lo que pase a su alrededor, siendo

ejemplo de esto el conflicto armado. Lo esencial es reconocer al niño como actor primordial que contribuye a su propia protección y a la soluciones de dichos problemas (Annan, 2003).

La Escalera de la Participación Infantil

La participación ciudadana según Arnstein (1969) es la representación de poder que tienen la población olvidada y sin derechos, con la cual, hacen valer sus intereses y participan de forma real en el contexto social y político, al ser incluidos en su sociedad como sujetos con derechos (Arnstein, 1969).

divididos en dos trayectos, en la que sus escalones inferiores (1, 2 y 3) corresponden a modelos no participativos y los superiores (4, 5, 6, 7 y 8) pertenecen a modelos participativos (Corona Caraveo y Morfín Stoopen, 2001).

Autores como Amar Amar (2000), (Estrada et al., (2000), Apud (2000), Corona Caraveo & Morfín Stoopen (2001), Cusiánovich y Márquez (2002), Aranda Bricio et al., (2008), Diaz (2010), Gallego Henao (2012) refieren a Rogert Hart en tematicas relacionados a los niveles e intervenciones de la participacion infantil en proyectos y espacios de interaccion social.

A continuacion se presentará y explicará el modelo de la escalera de la participacion infantil adaptado por Roger Hart en 1993 donde los niveles no participativos plantean la practica de los niños como influenciada y elegida por los adultos; y los otros verdaderamente participativos, donde los niños toman la iniciativa al comprender e informarse sobre lo que van hacer, generando cambios positivos para la comunidad, ya que los adultos y los niños logran un acuerdo para su actuación y se comprometen con el proyecto o la actividad propuesta (Amar Amar, 2000; Estrada et al., 2000).

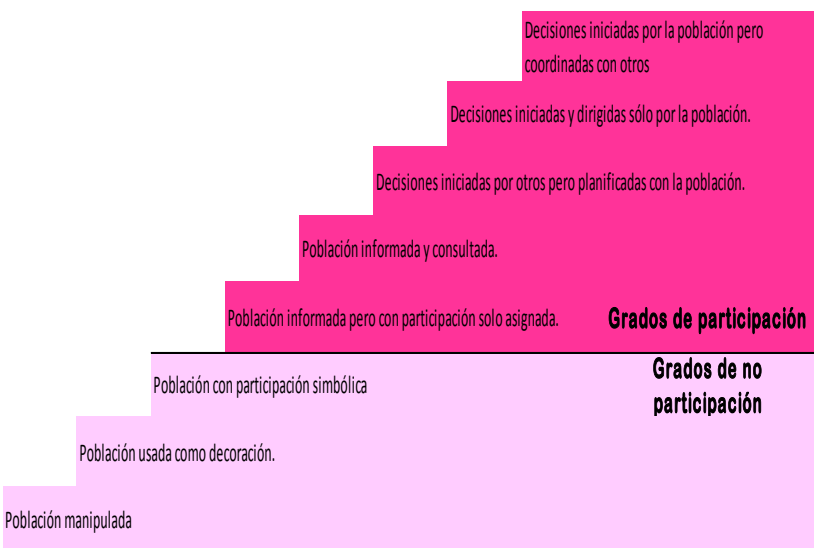


Figura 2. La escalera de la participación ciudadana. Arnstein (1969) Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16699/2/ESCALERA_ARNSTEIN_1969.pdf

Estos peldaños se encuentran denominados por Arnstein (1969) de la siguiente forma:

Años más tarde, Roger Hart, asumió este modelo y lo adoptó a los niños y siendo el pionero en abordar la participación infantil, publicó en 1993 una figura metafórica de la escalera, al igual que Arnstein, utilizada para representar el nivel o grado de participación de niños y niñas, conformada por ocho peldaños y

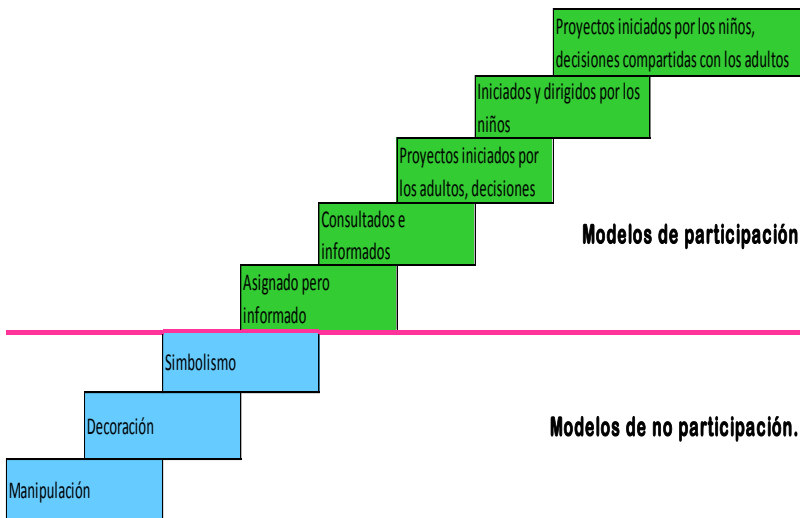


Figura 3. La escalera de la participación infantil. Hart (1993) Recuperado de http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/ie_participation_spa.pdf

MODELOS DE NO PARTICIPACIÓN

Manipulación: Es el escalón más bajo y se origina cuando son utilizados los niños en situaciones favorables para un adulto u organización. Se genera por la falta de comprensión por parte de los adultos sobre las habilidades de los niños, generando una apariencia de participación (Hart, 1993).

Estrada et al. (2000) refieren que en este nivel las acciones que realizan los niños en actividades de los adultos son de desconocimiento por parte de ellos puesto que no comprenden de qué se trata su integración en la actividad. Un ejemplo de ello es llevar pancartas en manifestaciones públicas o exponer sus ideas en carteleras de acuerdo a la selección deseada del adulto.

Decoración: Es el segundo nivel no participativo de la escalera. Aquí se usan a los niños como objetos decorativos para promover y fortalecer alguna causa que beneficie al adulto, pero donde los niños no han inspirado dicha causa y en

la que no se le brinda la oportunidad de participar en la construcción u organización de la actividad (Hart, 1993; Estrada et al., 2000).

Ejemplos de ser objetos de decoración es la exhibición de sus aptitudes artísticas o su presentación con algún implemento de la organización como una camiseta, presentándose solamente por algún interés externo como lo es un refrigerio (Hart, 1993; Estrada et al., 2000).

Simbolismo: Es el último nivel no participativo de la escalera. Este representa una aparente oportunidad para que los niños puedan expresarse pero en realidad tienen muy poca incidencia sobre el tema y poca oportunidad o ninguna de dar su opinión (Hart, 1993; Estrada et al., 2000).

En este nivel, algunos niños tienen capacidades para expresarse bien y estos son atractivos para representar a los niños en una rueda de prensa por los medios de comunicación (Estrada et al., 2000).

MODELOS DE PARTICIPACIÓN

Asignado pero informado: Representa el cuarto nivel de la escalera de la participación infantil. Los niños conocen las intenciones del proyecto, saben quién permitió su participación, representan un papel significativo en el proceso; y finalmente, cuando ya les han explicado con claridad, se ofrecen como voluntarios (Hart, 1993; Apud, 2000).

Consultados e informados: Es el quinto nivel de verdadera participación, en donde los niños trabajan como consultores de los adultos. Los proyectos

son diseñados y dirigidos por los adultos pero los niños los comprenden y opinan sobre ellos y su criterio es tomado en cuenta (Hart, 1993; Apud, 2000).

Proyectos iniciados por los adultos, decisiones compartidas con los niños: Es el sexto nivel de la escalera. Representa una forma de participación real, ya que la toma de decisiones es compartida con los niños, brindándose la oportunidad para que estos aporten su creatividad e imaginación (Hart, 1993; Apud, 2000).

Iniciados y dirigidos por los niños: En el séptimo nivel, los adultos no interfieren ni dirigen, ellos deben aceptar las capacidades e iniciativas de los niños, al igual que sus derechos, brindando acompañamiento continuo durante el proceso (Hart, 1993; Apud, 2000).

Proyectos iniciados por los niños, decisiones compartidas con los adultos: Es el último nivel de la escalera de participación infantil. Los niños se interesan por algún asunto y son ayudados por los adultos. Esta forma de participación es muy escasa y no es porque los niños y jóvenes no quieran utilizar su tiempo en asuntos gratificantes, sino por la falta de adultos interesados en comprender los intereses de ellos (Hart, 1993; Apud, 2000).

PROTAGONISMO INFANTIL

La participación activa y el protagonismo infantil forman parte esencial en la formación, desarrollo de identidad y personalidad de los menores, ya que brindan la posibilidad de que estos sean reconocidos como seres humanos y sujetos sociales. Este reconocimiento es muy importante, ya que genera

autoconfianza y ayuda en la construcción de su propia identidad. Es por ello que cuando se niega el derecho a su participación en diferentes situaciones que le conciernen, sienten coartadas sus energías y expectativas psicológicas (Cussiánovich y Márquez, 2002; Fernández, 2008).

La discusión sobre el protagonismo infantil da inicio en América Latina en la década de los 60 vinculado a la corriente de la educación popular y se ensancha al contexto de la infancia en los 70 con el inicio de los movimientos sociales de niños, niñas y adolescentes trabajadores (NAT's) que surge debido a situaciones donde los niños eran marginados y explotados, con el fin de organizarse y buscar ocupar un espacio público a través de sus acciones y su voz por más de treinta años (Alfageme et al., 2003; Cussiánovich, 2010; Álvaro, 2014).

Este proceso de lucha, largo y lento alcanzó finalmente su reconocimiento gracias a movimientos populares como los trabajadores, las mujeres, estudiantes, indígenas y campesinos, que han logrado la posibilidad de ser parte activa en la sociedad (Cussiánovich, 2010).

Los niños comienzan a exigir su reconocimiento al manifestar "no ser considerados como víctimas de la pobreza y la exclusión social, sino como luchadores cotidianos contra la pobreza y la insignificancia social; es decir como actores sociales, como protagonistas de su devenir colectivo y personal" (Cussiánovich, 2010, p.107). Como sujetos de derechos, forjadores de su propio desarrollo y el de su comunidad.

El concepto de protagonismo es el resultado de una construcción social que se enriquece por las experiencias de los actores sociales y sus comunidades. Radda Barnen (1999) citado por Alfageme et al. (2003) define protagonismo como "aquella participación que juega el papel principal, que le da el toque especial y dinamismo a la situación" (p. 48).

Un teórico muy reconocido y que ha trabajado en el tema es Cussiánovich (1997), quien argumenta que el protagonismo se refiere al personaje central del escenario social y político en la década de los años 60 en América Latina (Alfageme et al., 2003).

Para Gaitán (1998) citado por Álvaro (2014), ser protagonista es desempeñar un papel principal en la vida y en la comunidad, un rol significativo a nivel histórico tanto político como social, en la que los niños sean vistos como sujetos sociales de derechos.

Este desempeño se puede ver en la vida cotidiana de la población infantil y sus grupos de pares, cuando se reconozcan como sujetos de derechos, y logren una participación activa y quieran transformar su realidad (Álvaro, 2014).

Con la propuesta del protagonismo se abre la posibilidad de ingresar a un nuevo ordenamiento cultural, con el reto de un ajuste de las estructuras políticas, sociales y económicas de las relaciones sociales y humanas (Alfageme et al., 2003).

Hoy en día, los niños viven nuevos riesgos, pero la perspectiva de lograr una vida auto determinada, digna y un nuevo rol

influyente en la sociedad es una realidad que está creciendo y que ya es visible (Liebel, 2000).

De esta forma no se pretende cambiar la situación de dominación y entregar el poder a los niños, sino de abrir un espacio de convivencia donde este grupo sea tenido en cuenta como actor social (Alfageme et al., 2003).

Liebel (2000) plantea siete niveles que pueden ser alcanzados por el protagonismo infantil, debido a que este se encuentra en proceso de desarrollo:

La participación: los niños tienen voz y voto, tienen oportunidades de influir en la toma de decisiones asumiendo responsabilidades, eligen y critican a sus líderes y reclaman por sus derechos (Liebel, 2000; Liebel, 2007; Álvaro, 2014).

La representatividad: la población infantil se organiza y representa a sus pares en asuntos de interés y necesidad tanto del presente como del futuro, existiendo la equidad de género (Liebel, 2000; Liebel, 2007; Álvaro, 2014).

La proyección: definen su posición en la sociedad, tienen capacidad de intervenir y clara su idea de cómo lograr sus objetivos propuestos (Liebel, 2000; Liebel, 2007; Álvaro, 2014).

Solidaridad: existen relaciones de respeto mutuo y una cultura de convivencia, con costumbres, juegos, dinámicas, generando ambientes cálidos de integración y participación (Liebel, 2007).

Identidad: se identifican como personas con intereses y derechos propios, como sujetos económicos y sociales que

contribuyen a la sociedad en su desarrollo, autoevalúan críticamente sus actividades y el papel de cada uno; y tienen claridad en sus ideas frente a sus intereses comunes (Liebel, 2000; Liebel, 2007; Álvaro, 2014).

Autonomía: la organización infantil no depende de partidos ni instituciones organizadas, los niños se organizan con estructuras propias y dirigidas por ellos mismos (Liebel, 2007).

Continuidad: los niños logran superar el límite de las características de la infancia; así los movimientos infantiles crean prácticas, estructuras y reglamentos que garantizan la renovación del liderazgo (Liebel, 2000).

Gaitán (1998) propone tres mecanismos que sustentan e impulsan el protagonismo infantil:

- ✓ *La organización infantil*, para defender y hacer valer sus derechos e intereses dentro de su comunidad
- ✓ *La participación infantil*, para decidir y actuar bajo su propia acción
- ✓ *La expresión infantil*, para ser reconocidos como sujetos con derechos en su comunidad (Citado por Álvaro, 2014, p.55).

Así mismo, Gaitán manifiesta que si se llegaran a desunir estos tres mecanismos, se desintegraría el protagonismo infantil, puesto que estos lo promueven, logran cambios sociales y sensibilizan a la demás población infantil, a sus familiares y en general a toda la sociedad a que se

unan para lograr verdaderos cambios (Álvaro, 2014).

Liebel (2000), por su parte, considera que los niños y las niñas son actores protagonistas, ya que desde sus propias iniciativas, buscan asociarse con sus grupos de pares para defender sus derechos, teniendo ya “una interpretación de la vida y su futuro” (Álvaro, 2014, p 55).

Así mismo, Álvaro (2014) menciona que se pueden dar dos formas de protagonismo infantil:

- *Protagonismo espontaneo*, este puede darse de forma individual y colectiva; y se manifiesta al sobrevivir a situaciones adversas como el vivir en la calle y mantenerse para subsistir, o contra los malos tratos ejercidos por los adultos.
- *Protagonismo infantil organizado*, se da cuando la población infantil se organiza por iniciativa propia para hacer valer sus derechos y sus necesidades. El logro más importante que puede tener el protagonismo infantil, es lograr espacio y reconocimiento en la sociedad y que sus opiniones e intereses sean tomados en cuenta para mejorar su calidad de vida.

Por último, el protagonismo infantil necesita de un reconocimiento y protección en el que se promuevan y garanticen sus derechos desde su nacimiento de forma individual y colectiva, dando a conocer que tienen la posibilidad de opinar y participar en asuntos que afectan su vida, para lograr

así, una verdadera democracia y participación en la sociedad (Hart, 2001; Cussiánovich y Márquez, 2002; Álvaro, 2014).

CONCLUSIONES

La población infantil estuvo invisibilizada y desvalorizada por mucho tiempo. El trato y el reconocimiento de sus derechos eran muy pocos e insignificantes, no solo por parte de su familia, sino también por la sociedad, ya que se consideraba como una etapa de moratoria, llena de ingenuidad e inocencia y pocas capacidades para expresar opiniones y tomar decisiones.

Así mismo, con el paso del tiempo, surgieron cambios favorables para la infancia, con la promoción de la buena salud mediante el cuidado de la madre y la familia; la aparición de nuevas estructuras educativas que buscaban enseñar y preparar al niño para el mundo adulto; la necesidad de brindar ayuda y protección a los niños y el reconocimiento de las capacidades de la infancia para intervenir en sus espacios de interacción.

Con la llegada de la Convención de los Derechos del Niño en 1989, los niños y las niñas fueron reconocidos como sujetos activos en la sociedad, con capacidades para opinar, decidir y tomar decisiones en situaciones en las que se encuentran inmersos y que pudieran afectar su vida y la de su comunidad. Este acuerdo generó desde aquel momento, cambios en la forma de ver y considerar a la infancia ya que este es parte de una normatividad internacional por la cual los Estados partes se comprometen a proteger y

promover los derechos de los niños y sus intereses.

En Colombia, la promoción de los derechos y la participación de los niños se encuentra respaldada por la Constitución Política de 1991, el Código de Infancia y Adolescencia (la ley 1098 de 2006) y la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia "De Cero a Siempre", que han luchado y trabajado por el reconocimiento de la infancia como actores sociales.

La participación infantil fortalece las capacidades y potencialidades de los niños desde sus primeros años de vida para la contribución de su propio desarrollo y el de su sociedad. Esta brinda conocimientos, habilidades y experiencias para enfrentar y sobrepasar las adversidades que se presentan a lo largo de su vida.

La participación de los niños puede promoverse en espacios como la familia, ya que esta, es el primer espacio de desarrollo, cumpliendo un papel muy importante en la potenciación de capacidades de acción participativa y responsabilidad social; la escuela, como un espacio de interacción con sus iguales; y la sociedad, como contexto de las relaciones con otras personas.

El pionero en abordar la temática de la participación infantil fue Roger Hart (1993), al considerar la participación como la capacidad de opinar y tomar decisiones en situaciones que afectan la vida propia y la de su comunidad. De igual forma, Hart adapta la figura metafórica de la escalera para asignar los niveles de la participación que realizan los niños y las niñas en proyectos,

programas y espacios de interacción social.

El surgimiento de los movimientos de niños y adolescentes trabajadores juega un papel importante en el protagonismo infantil, ya que gracias a estos, se logra el reconocimiento de sus derechos, intereses y capacidades para ser sujetos activos y protagónicos de su propia vida. El protagonismo infantil significa desempeñar un rol, un papel principal en la vida y en la comunidad en la que se encuentre inmerso. Este cuenta con niveles como la participación, la representatividad, la proyección, la solidaridad, la autonomía, la identidad, y la continuidad que ayudan a su adecuado desarrollo.

De igual forma, existen tres mecanismos como lo son la organización, participación y expresión infantil que sustentan y promueven el protagonismo infantil. Su desunión lo afectaría desfavorablemente.

En Colombia, la normatividad no es suficiente para promover la participación infantil, ya que se necesita de una instancia formal que ayude a generar espacios participativos en donde los niños puedan expresar sus opiniones y ser escuchados.

Los Concejos de Niños como instancia formal, proponen materializar las ideas de los infantes dándoles un carácter real, como también dan importancia a la construcción que los niños hacen sobre su ciudad como sujetos capaces de interpretar su mundo social.

Dichos Concejos transforman el modo de ver y considerar a los niños, y generan

verdaderos espacios de participación, en donde las opiniones y deseos de los pequeños son tomadas en cuenta y escuchados de manera respetuosa al momento de tomar decisiones que afecten su diario vivir. También se brindan espacios de consulta en la toma de decisiones que a la ciudad y a los niños compete. Así mismo, se pueden poner en marcha iniciativas que aporten al cuidado de la ciudad y al desarrollo de las competencias ciudadanas de los niños y los adultos.

Actualmente en la ciudad de Neiva (Huila-Colombia) se está ejecutando el proyecto "Concejo de niños para la construcción de una mejor ciudad", el cual se planteó en la Universidad Surcolombiana con el objetivo de reconocer, mediante actividades lúdicas, recreativas, literarias y de expresión artística, las prácticas narrativas, discursivas y relatos de los niños que contribuyen a construir una mejor ciudad, y a su vez hacer un ejercicio de empoderamiento de su derecho a la participación ante las instituciones locales (Fernández-Cediel, 2014).

Dicho proyecto reúne un grupo de estudiantes gestores y profesores de diferentes disciplinas de la Universidad donde semanalmente se realizan reuniones para plantear el acercamiento a la población y explicar el contenido de las sesiones que se implementan con los niños y niñas de los "Concejos de Niños".

La etapa en la que se encuentra el proyecto es la de sensibilización, en esta los niños y niñas que hacen parte del Concejo están ubicados en la unión de dos peldaños de la escalera de la

participación infantil propuesta por Roger Hart, conocidos como "Asignado pero informado" y "Consultados e informados" como parte del modelo participativo.

Su nivel de participación se ubica en la fusión de dichos peldaños, debido a que los niños conocen las intenciones del proyecto, saben quién permitió su participación y reconocen que tienen un papel importante en el proceso; y finalmente deciden si quieren o no participar en este. Al mismo tiempo, los niños que deciden participar y trabajan como consultores de los adultos, ya que sus opiniones y deseos son tomados en cuenta al momento de construir una mejor ciudad.

REFERENCIAS

Alfageme, E., Cantos, R y Martínez, M. (2003). *De la participación al protagonismo infantil*. Recuperado de <http://plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2010/07/de-la-participacion-al-protagonismo-nov-2003.pdf>

Alfageme, E., Cantos, R y Martínez, M. (2003). *De la participación al protagonismo infantil*. Recuperado de <http://plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2010/07/de-la-participacion-al-protagonismo-nov-2003.pdf>

Apud, A. (2000). *Participacion Infantil*. Unicef. Recuperado de <http://www.sename.cl/wsename/otros/unicef.pdf>

Álvaro, P. C. (2014). *Estudio sobre la percepción de los/as niños y niñas de la Comuna de el bosque sobre*

participación social: una mirada desde el trabajo social (tesis pregrado). Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.

Amar Amar, J. J. (2000). *La participación de los niños*. Espacio para la infancia - Bernard Van Leer Foundation. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aLQkgAbszJEJ:www.bernardvanleer.org/Spanish/Participacion_infantil?pubnr%3D553%26download%3D1+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=co

Annan, K. (2003). "Nos trajeron sus ideas, sus esperanzas y sus sueños". Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/sowc03/contents/pdf/chapters.pdf>

Aranda Bricio, G., Ruiz, M., & Revilla, F. (2008). *Bases para un debate sobre la participacion infantil en el ambito local*. UNICEF. Recuperado de <http://w110.bcn.cat/fitxers/consellmunbenestarsocial/partic.infantilunicef.028.pdf>

Arnstein, S. (1969). Escalera de la participación ciudadana. *Journal of the American Institute of Planners*, vol. 35 (4) 216-224. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16699/2/ESCALERA_ARNSTEIN_1969.pdf

Bustelo, E. (2005). *Infancia en Indefensión*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n3/v1n3a02.pdf>.

Casas, F. (2006). *Infancia y representaciones sociales*. *Complutenses*. Vol 43 (1) 1-16. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0606130027A/22636>

Contreras, C. G. & Pérez, A. J. (2011). Participación invisible: niñez y prácticas participativas emergentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), pp. 811 - 825. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v9n2/v9n2a22.pdf>

Cordero, L. L. (1998). *Los antecedentes y la propuesta*. Participación infantil, ciudadanía y lúdica: Ediciones Abya-Yala. Recuperado de <https://repository.unm.edu/bitstream/handle/1928/12193/Participaci%C3%B3n%20infantil%20ciudadana%20y%20l%C3%ADca.pdf?sequence=1>

Cortés, J. & Contreras, C. (2001). *Infancia y Derechos Humanos: Discurso, realidad perspectivas*. Santiago de Chile: LOM.

Corvera, N. (2011). Participación ciudadana de los niños como sujetos de derechos. *Persona y Sociedad*. Recuperado de http://www.sename.gov.cl/wsenam/otros/participacion_2013/Documentos_bibliograficos/nuevos/Participaci%C3%B3n%20ciudadana%20de%20los%20ni%C3%B1os%20como%20sujetos%20de%20derechos.pdf

Cussiánovich, A. (2009). *Un principio que se concreta como un derecho*. Ensayos sobre Infancia II. Lima: Ifejant. Recuperado de http://www.ifejant.org.pe/revistas/ensayo_sobreinfancia2.pdf

Cussiánovich, A. (2010). *Ensayos sobre infancia*. Recuperado de http://www.eltrabajodecrecer.org/documentos/investigaciones_libros/ensayos_so

[bre_infancia_cussianovich.pdf?phpMyAdmin=kah4fOTPrQMf1z1WljJxyl20uid](http://www.ifejant.org.pe/revistas/ensayo_sobre_infancia_cussianovich.pdf?phpMyAdmin=kah4fOTPrQMf1z1WljJxyl20uid)

Cussiánovich, A., & Márquez, A. M. (2002). *Hacia una participación protagónica de los niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de <http://www.sename.cl/wsenam/otros/Hacia%20una%20participacion%20protagonica-savethechildren.pdf>

De Parolo Silvina, C. I. (2009). *Infancia y niñez en los escenarios de la posmodernidad*. In Ponencia presentada en el IV Congreso Argentino de Salud Mental. PSICOCENT: Equipo Interdisciplinario en Psicología Comunitaria. Tucumán, Argentina. <http://www.psicocent.com.ar/articulo.php>.

Corona Caraveo, y Morfín Stoopan, M. (2001). *Diálogo de saberes sobre participación infantil*. Recuperado de <http://lajugarreta.org.mx/libro-pdf/1.pdf>

Díaz, S. P. (2010). Participar como niña o niño en el mundo social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8 (2), 1149-1157. Recuperado el marzo de 2014, de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/96/54>

El Congreso de la Republica de Colombia. (2006). *Código de infancia y Adolescencia*. Recuperado de http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo_infancia.pdf

El congreso de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia 1991*. Recuperado de <http://www.procuraduria.gov.co/guiamp>

/media/file/Macroproceso%20Disciplinari
o/Constitucion_Politica_de_Colombia.ht
m

Estrada, M. V., Malo, E. M., & Gil, L. M. (2000). *La participacion esta en juego*. Recuperado de <http://www.unicef.org/colombia/pdf/participacion.pdf>

Fernández-Cediel, (2014). *Concejos de Niños*, Documento de presentación., (págs. 1-17). Neiva-Huila.

Fernández, F. (2008). *Protagonismo infantil: (Re) pensando y (Re) creando otras posibilidades de Infancia*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Social). Universidad Arcis, Valparaíso, Chile.

Gaitán, L. (2006). El bienestar social de la infancia y los derechos de los niños. *Política y Sociedad*, Vol. 43 Núm. 1, 63-80. Recuperado de <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10700974-4313.pdf>

Gallego Henao, A. M. (2012). *Niños visibilizados: una reflexión necesaria para pensar la participación infantil* (Trabajo de grado maestría). Centro Cooperador de UNESCO, Sabaneta, Antioquia, Colombia.

García Méndez, E. (2003, Enero). Derechos humanos: origen, sentido y futuro: reflexiones para una nueva agenda. *Revista de Derechos del Niño* (2), 139-141. Recuperado de http://www.unicef.cl/archivos_documento/92/Derechos2.pdf

García Moreno, M. (1998). Familia, escuela y democracia: Los pilares de la participación infantil. *La participación de*

niños y adolescentes en el contexto de la Convención, UNICEF. Recuperado de <http://www.iin.oea.org/Participacion%20de%20los%20ninos%20y%20adolescentes.pdf>

Gutiérrez Suarez, D. (2012). *La transmision intergeneracional: marco de referencia de los procesos participativos de los niños*. Universidad de Manizales, Sabaneta, Antioquia, Colombia. Recuperado de http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/567/1/Guti%C3%A9rrez_Suarez_Damariz_Articulo_2012.pdf

Hart, R. (1993). *La participación de los niños: de la participación simbólica a la participación autentica*. UNICEF. Recuperado de http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/ie_participation_spa.pdf

Hart, R. (2001). *La Participación de los niños en el desarrollo sostenible*. Barcelona: Unicef-PAU Education.

INAU. (2012). *A participar también se aprende*. Recuperado de <https://app.box.com/s/ovvzc6yk6v5qfwloekoq>

Lansdown, G. (1998). La creación de escuelas centradas en el niño. *La participación de niños y adolescentes en el contexto de la Convención*, UNICEF. Recuperado de <http://www.iin.oea.org/Participacion%20de%20los%20ninos%20y%20adolescentes.pdf>

Liebel, Manfred. (2000). *La otra infancia, niñez trabajadora y accion social. La Otra infancia*. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/inf>

o/polinfan/2006/area-lectura/mod-2/liebel_la-otra-infancia.pdf

Liebel, M. (2007). *Paternalismo, participación y protagonismo infantil*. Participación infantil y juvenil en América Latina. Recuperado de http://www.sename.cl/wsename../otros/Paternalismo_manfred_liebel.pdf

Naciones Unidas (1989) *Convención de los Derechos del niño*. Recuperado de <http://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobreloderechos.pdf> pag 8 UNICEF 2006

Naciones Unidas. (2009). *Convención sobre los derechos del niño. El derecho del niño a ser escuchado*. Recuperado de www.iin.oea.org/IIN/cad/Participacion/pdf/UNIDAS.pdf

Nomura, B., & Solari, G. (2005). *Participación de niños, niñas y adolescentes a los quince años de la convención, sobre los derechos del niño*. Suecia: Save the Children. Recuperado de <http://www.iin.oea.org/iin/cad/taller/pdf/SAVE%20-%20Participaci%C3%B3n%20de....pdf>

Osorio Correa, E. (2003). *La participación infantil desde la recreación*. Bogotá: Funlibre. Recuperado de http://www.ifejant.org.pe/Aulavirtual/aulavirtual2/uploaddata/protagonismo/PROTA/UNI_1/tema3/La_participacion_infantil.pdf

Pérez, J. J. (1998). *El niño como sujeto social de derechos: una visión del niño para leer la convención*. La participación de niños y adolescentes en el contexto

de la Convención sobre los derechos del niño. Unicef. Recuperado de <http://www.iin.oea.org/Participacion%20de%20los%20ninos%20y%20adolescentes.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2012). "De Cero a Siempre" Atención Integral a la Primera Infancia. Recuperado de <http://www.deceroasiempre.gov.co/Paginas/deCeroaSiempre.aspx>

Rosano, S. (2008). *El camino de la inclusión educativa en Punta Hacienda. Trabajo final de la "Maestría en Educación Inclusiva"*. Universidad Internacional de Andalucía. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=20722> (Consulta: 24 de diciembre de 2012).

Rosano, S. (2013). "Son cosas de niños". *Latinoamericana de Educación Inclusiva*, Vol. 7, N° 1, 151-167. Recuperado de <http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol7-num1/art8.pdf>

Santos Sacristán, M. *Los inicios de la protección a la infancia en España*. Universidad Rey Juan Carlos. Recuperado de <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los%20inicios%20de%20la%20proteccion%20infancia.pdf>

Suarez, G. (2000). *Participación infantil: herramienta educativa y de desarrollo*. Espacio para la Infancia - Bernard Van Leer Foundation. Recuperado el 18 de julio de 2014, de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aLQkgAbszJEJ:www.bernardvanleer.org/Spanish/Participacio>

n_infantil?pubnr%3D553%26download%3D1+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=co

Tejada, L. (2009). *La participación en el imaginario y en la experiencia de los niños, niñas y adolescentes*. Participación de los niños y niñas: Balance a los veinte años de la convención, pp. 107-138. Lima. Recuperado de <http://www.natsper.org/upload/participaciondelosninosyninas.pdf>

UNICEF. (2001). *Un enfoque de construcción de ciudadanía: Manual sobre el Derecho a la participación*. UNICEF. Recuperado de <http://debateeducativo.mec.es/documentos/unicef.pdf>

UNICEF. (2008). *Participación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes: Seis claves*. MESA DE PARTICIPACIÓN INFANTIL Y JUVENIL. Recuperado de http://unicef.org.co/Gobernadores/pdf/Seis_Claves.pdf

UNICEF. (2012). *El bienestar infantil desde el punto de vista de los niños*. Recuperado de http://www.unicef.ad/observatori-infancia/wp-content/uploads/2013/02/Bienestar Infantil_Subjetivo.pdf

