

*ESTUDIOS ACTUALES EN PSICOLOGÍA: Perspectivas en clínica, salud y fenómenos sociales* es uno de los resultados del Seminario Internacional Salud Mental, Violencia y Postconflicto, cuyo objetivo ha sido brindar a la comunidad psicológica espacios de reflexión y socialización de experiencias en salud mental, violencia y postconflicto.

Este libro expone el aporte de diferentes investigadores nacionales e internacionales y se constituye en una herramienta útil tanto para acceder a nuevos conocimientos como para profundizar en ellos; se estructura en dos partes, las cuales contienen 11 capítulos con una diversidad de temas de la psicología clínica y de la salud asociados a las problemáticas sociales que actualmente viven muchos países latinoamericanos y a los que los profesionales de la psicología latinoamericana y colombiana, no podemos sustraernos.

En la primera parte, se abordan temas como memoria de trabajo y sus correlatos neuroanatómicos; el suicidio desde el funcionamiento familiar y la prevención de éste desde el abordaje de la psicología positiva; calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica y equinofamilia, como modelo de intervención que permite el crecimiento personal y familiar de los usuarios a través del trabajo en un ámbito terapéutico.

En la segunda parte, Salud mental y desplazamiento; Factores psicosociales asociados a la conducta sexual protegida; conductas empáticas y conductas prosociales; análisis de la comunicación familiar; esencialismo en adolescentes acerca de los desplazados y el maltrato infantil y la teoría de la mente hacen de este libro una muestra de la necesidad de conocer y entender los múltiples factores que intervienen en la clínica, la salud y los fenómenos sociales.

**Yadira Martínez De Biava**  
Directora Programa Psicología  
Universidad Simón Bolívar

EDICIONES  
**UNIVERSIDAD**  
**SIMÓN BOLÍVAR**



ISBN 978-958-8930-68-8



9 789588 930688

**UNIVERSIDAD**  
**SIMÓN BOLÍVAR**  
BARRANQUILLA Y CÚCUTA - COLOMBIA

Estudios actuales en **Psicología**

# Estudios actuales en Psicología

*Perspectivas en clínica y salud*

Patricia Ruiz Tafur - Johana Margarita Escudero Cabarcas - Wilmar Fernando Pineda Alhucema  
Marly Johana Bahamón - Ana María Trejos Herrera - Lizeth Reyes Ruiz - Yadira Martínez de Biava  
Orlando González-Gutiérrez - Gladys Gaviria García - Gustavo Aroca Martínez - Carlos Andrés Ramírez Idárraga  
Wilfer Fernando Hidalgo Marín - Yomaira García Acuña - Elizethere Gennes-Santiago - Juan Carlos Marín Escobar  
Diego Andrés Maury Romero - Marbel Luz Gravinni Donado - Lorena Cudris Torres - Yolima Borja Acuña  
Mónica Lourdes Morón Cotes - Edith Aristizábal Díaz - Carmen Sierra Llamas - Yolima Alarcón Vásquez  
J Isaac Uribe Albarado

Compiladores:

Marly Johana Bahamón | Yolima Alarcón Vásquez | Lourdes Albor Chadid | Yadira Martínez de Biava



EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL ACREDITA  
INSTITUCIONALMENTE A LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
Resolución 23095, del 15 de diciembre de 2016

# Estudios actuales en Psicología

*Perspectivas en clínica y salud*

**Patricia Ruiz Tafur - Johana Margarita Escudero Cabarcas - Wilmar Fernando Pineda Alhucema  
Marly Johana Bahamón - Ana María Trejos Herrera - Lizeth Reyes Ruiz - Yadira Martínez de Biava  
Orlando González-Gutiérrez - Gladys Gaviria García - Gustavo Aroca Martínez - Carlos Andrés Ramírez Idárraga  
Wilfer Fernando Hidalgo Marín - Yomaira García Acuña - Elizethere Gennes-Santiago - Juan Carlos Marín Escobar  
Diego Andrés Maury Romero - Marbel Luz Gravinni Donado - Lorena Cudrís Torres - Yolima Borja Acuña  
Mónica Lourdes Morón Cotes - Edith Aristizábal Díaz - Carmen Sierra Llamas - Yolima Alarcón Vásquez  
J Isaac Uribe Albarado**

Compiladores:

Marly Johana Bahamón | Yolima Alarcón Vásquez  
Lourdes Albor Chadid | Yadira Martínez de Biava

**PRESIDENTA SALA GENERAL**  
ANA BOLÍVAR DE CONSUEGRA

**RECTOR FUNDADOR**  
JOSÉ CONSUEGRA HIGGINS (q.e.p.d.)

**RECTOR**  
JOSÉ CONSUEGRA BOLÍVAR

**VICERRECTORA A CADÉMICA**  
SONIA FALLA BARRANTES

**VICERRECTORA DE INVESTIGACIÓN  
E INNOVACIÓN**  
PAOLA AMAR SEPÚLVEDA

**VICERRECTORA FINANCIERA**  
ANA CONSUEGRA DE BAYUELO

**VICERRECTOR DE INFRAESTRUCTURA**  
IGNACIO CONSUEGRA BOLÍVAR

**SECRETARIA GENERAL**  
ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ

**DIRECTORA DE INVESTIGACIONES**  
ALIZ YANETH HERAZO BELTRÁN

**JEFE DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES**  
CARLOS MIRANDA MEDINA

**MIEMBROS DE LA SALA GENERAL**  
ANA BOLÍVAR DE CONSUEGRA  
OSWALDO ANTONIO OLAVE AMAYA  
MARTHA VIVIANA VIANA MARINO  
JOSÉ EUSEBIO CONSUEGRA BOLÍVAR  
JORGE REYNOLDS POMBO  
ÁNGEL CARRACEDO ÁLVAREZ  
ANTONIO CACUA PRADA  
PATRICIA MARTÍNEZ BARRIOS  
JAIME NIÑO DÍEZ †  
ANA CONSUEGRA DE BAYUELO  
JUAN MANUEL RUISECO  
CARLOS CORREDOR PEREIRA  
JORGE EMILIO SIERRA MONTOYA  
EZEQUIEL ANDER-EGG  
JOSÉ IGNACIO CONSUEGRA MANZANO  
EUGENIO BOLÍVAR ROMERO  
ÁLVARO CASTRO SOCARRÁS  
IGNACIO CONSUEGRA BOLÍVAR

# Estudios actuales en Psicología

*Perspectivas en clínica y salud*

Patricia Ruiz Tafur - Johana Margarita Escudero Cabarcas - Wilmar Fernando Pineda Alhucema  
Marly Johana Bahamón - Ana María Trejos Herrera - Lizeth Reyes Ruiz - Yadira Martínez de Biava  
Orlando González-Gutiérrez - Gladys Gaviria García - Gustavo Aroca Martínez - Carlos Andrés Ramírez Idárraga  
Wilfer Fernando Hidalgo Marín - Yomaira García Acuña - Elizethere Gennes-Santiago - Juan Carlos Marín Escobar  
Diego Andrés Maury Romero - Marbel Luz Gravinni Donado - Lorena Cudris Torres - Yolima Borja Acuña  
Mónica Lourdes Morón Cotes - Edith Aristizábal Díaz - Carmen Sierra Llamas - Yolima Alarcón Vásquez  
J Isaac Uribe Albarado

Compiladores:  
Marly Johana Bahamón | Yolima Alarcón Vásquez  
Lourdes Albor Chadid | Yadira Martínez de Biava



EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL ACREDITA  
INSTITUCIONALMENTE A LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
Resolución 23095, del 15 de diciembre de 2016

Estudios actuales en psicología: perspectivas en clínica y salud / Marly Johana Bahamón Muñetón... [et al.]; Patricia Ruiz Tafur... [et al.] -- Barranquilla: Universidad Simón Bolívar, 2017.

240 p.; 17x24 cm.  
ISBN: 978-958-8930-68-8

1. Psicología clínica 2. Psicología aplicada 3. Orientación psicológica 4. Trastornos de la personalidad 5. Conducta anormal 6. Conducta humana I. Bahamón Muñetón, Marly Johana, comp. II. Alarcón Vásquez, Yolima, comp. III. Albor Chadid, Lourdes, comp. IV. Martínez de Biava, Yadirá, comp. V. Ruiz Tafur, Patricia VI. Escudero Cabarcas, Johana Margarita VII. Pineda Alhucema, Wilmar Fernando VIII. Trejos Herrera, Ana María IX. Reyes Ruiz, Lizeth X. González Gutiérrez, Orlando XI. Gaviria García, Gladys XII. Aroca Martínez, Gustavo XIII. Ramírez Idárraga, Carlos Andrés XIV. Hidalgo Marín, Wilfer Fernando XV. García Acuña, Yomaira XVI. Gennes-Santiago, Elizabeth XVII. Marín Escobar, Juan Carlos XVIII. Maury Romero, Diego Andrés XIX. Gravinni Donado, Marbel Luz XX. Cudris Torres, Lorena XXI. Borja Acuña, Yolima XXII. Morón Cotes, Mónica Lourdes XXIII. Aristizábal Díaz, Edith XXIV. Sierra Llamas, Carmen XXV. Uribe Albarado, J. Isaac XXVI. Universidad Simón Bolívar. Programa de Psicología. Grupo de Investigación en Desarrollo Humano, Educación y Procesos Sociales XXVII. Tit.

616.89 E826 2017 SCDD 21 ed.

Universidad Simón Bolívar-Sistema de Bibliotecas

# Contenido

## ESTUDIOS ACTUALES EN PSICOLOGÍA Perspectivas en clínica y salud

© Patricia Ruiz Tafur • Johana Margarita Escudero Cabarcas • Wilmar Fernando Pineda Alhucema • Marly Johana Bahamón Muñetón • Ana María Trejos Herrera • Lizeth Reyes Ruiz • Yadirá Martínez de Biava • Orlando González-Gutiérrez • Gladys Gaviria García • Gustavo Aroca Martínez • Carlos Andrés Ramírez Idárraga • Wilfer Fernando Hidalgo Marín • Yomaira García Acuña • Elizabeth Gennes-Santiago • Juan Carlos Marín Escobar • Diego Andrés Maury Romero • Marbel Luz Gravinni Donado • Lorena Cudris Torres • Yolima Borja Acuña • Mónica Lourdes Morón Cotes • Edith Aristizábal Díaz • Carmen Sierra Llamas • Yolima Alarcón Vásquez • J. Isaac Uribe Albarado.

**Compiladores:** Marly Johana Bahamón Muñetón, Yolima Alarcón Vásquez, Lourdes Albor Chadid, Yadirá Martínez de Biava

**Programa de Psicología  
Maestría en Psicología  
Grupo de Investigación en Desarrollo Humano, Educación  
y Procesos Sociales (A)  
Grupo Estudios de género, familia y sociedad (A)**

ISBN: 978-958-8930-68-8

©Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema recuperable o transmitida en ninguna forma por medios electrónicos, mecánicos, fotocopias, grabación u otros, sin la previa autorización por escrito de Ediciones Universidad Simón Bolívar y de los autores. Los conceptos expresados en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores. Se da cumplimiento al Depósito Legal según lo establecido en la Ley 44 de 1993, los Decretos 460 del 16 de marzo de 1995, el 2150 de 1995, el 358 de 2000 y la Ley 1379 de 2010.

© Ediciones Universidad Simón Bolívar  
Carrera 54 No. 59-102  
<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/edicionesUSB/>  
[dptopublicaciones@unisimonbolivar.edu.co](mailto:dptopublicaciones@unisimonbolivar.edu.co)  
Barranquilla - Cúcuta

**Producción Editorial**  
Editorial Mejoras  
Calle 58 No. 70-30  
[info@editorialmejoras.co](mailto:info@editorialmejoras.co)  
[www.editorialmejoras.co](http://www.editorialmejoras.co)  
Barranquilla

Marzo 2017  
Barranquilla

Made in Colombia

Prólogo.....	7
Introducción.....	9
PRIMERA PARTE	
Estudios sobre Psicología Clínica y de la Salud.....	11
Capítulo 1	
Memoria de Trabajo: El modelo multicomponente de Baddely, otros modelos y su rol en la práctica clínica.....	13
Capítulo 2	
Funcionamiento familiar en adolescentes con intento suicida de la ciudad de Barranquilla.....	43
Capítulo 3	
Prevención del riesgo suicida en adolescentes: Una propuesta de abordaje desde la Psicología Positiva.....	53
Capítulo 4	
Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de salud.....	73
Capítulo 5	
Equinofamilia: Experiencia de intervención familiar en la Fundación Hogares Claret.....	93

## SEGUNDA PARTE

Estudios sobre Psicología de la Salud con incidencias sociales .....	115
Capítulo 6	
Salud mental y desplazamiento: Masacres El Salado y Nueva Venecia.....	117
Capítulo 7	
Factores psicosociales asociados a la conducta sexual protegida en jóvenes colombianos .....	139
Capítulo 8	
Conductas empáticas y conductas prosociales entre estudiantes universitarios de la ciudad de Barranquilla.....	149
Capítulo 9	
Análisis de la comunicación familiar: Un estudio realizado con estudiantes universitarios de Valledupar .....	175
Capítulo 10	
Esencialismo en adolescentes acerca de los desplazados .....	197
Capítulo 11	
El maltrato infantil y la teoría de la mente: Una revisión.....	221

## Prólogo

Cuando Marly (Johana para los que somos su compañeros de Doctorado en Buenos Aires) me pidió como “favor” hacer el prólogo para este libro, ella no sabía que el favor era para mí: que otro colega sin conocerte mucho deposite la confianza en otra persona es un gran honor. Más aún, cuando por estos días la confianza es un bien preciado y estas acciones no son muy comunes.

Crear conocimiento es un trabajo complejo y con elevados costos de diversa índole. Que además sean diferentes los autores y las temáticas, hacen que el logro de un texto sea un gran mérito. Gran trabajo de los compiladores y de los investigadores que sin lugar a dudas, hará que el lector encuentre en los diferentes estudios, conocimientos rigurosos y de gran impacto en nuestra sociedad.

Nuestra disciplina psicológica en Latinoamérica se ha forjado en contextos ambientales (catástrofes) y socioculturales de gran complejidad. La psicología clínica, con grandes y connotados expositores, ha intentado dar respuestas diagnósticas a las diversas patologías, con modelos explicativos e instrumentos que generen estrategias efectivas de intervención.

Por otro lado el incipiente, pero afortunado desarrollo de la psicología de la salud, que reemplaza el foco de acción de lo “curativo” por intervenciones vinculadas con la prevención y promoción ha generado que la psicología se aprecie, ahora sí, a la par con las disciplinas médicas, demostrando científicamente la importancia de las variables y las intervenciones psicológicas en la aparición, desarrollo, mantención y recuperación del equilibrio.

Otro mérito de esta recopilación de *Estudios actuales en Psicología*, es que usted encontrará variedad de diseños y tipos de investigación que muestran la gran

versatilidad metodológica de nuestra disciplina. Junto a esto, se muestran trabajos en temas con tradición psicológica, que aún requieren ser estudiados por su gran prevalencia e impacto que causan en la sociedad.

Sin pretender agotar los temas, los compiladores hacen de este texto una herramienta útil, desde mi opinión, que permite a los investigadores con experiencia profundizar en cada temática. Para los neófitos, el texto entrega la posibilidad de acceder de forma concreta a temas y metodologías (cualitativas y cuantitativas) tradicionales, que sirvan de motivación a la creación de proyectos.

Para concluir, me queda la convicción de que nuestra disciplina está bien encaminada y orientada a la resolución de inquietudes que se generan ante las exigencias actuales. Con lo anterior, confirmo los deseos de seguir en esta labor de generar conocimientos, de incentivar a nuestros alumnos a la investigación científica, que sin lugar a dudas es una tarea difícil, pero enriquecedora.

Gracias Johana por dar a este psicólogo y docente universitario la posibilidad de agradecer en nombre de muchos, el trabajo que tu equipo nos regala.

Rodolfo Álvarez Jara  
Universidad Santo Tomás  
Concepción-Chile

## Introducción

En su devenir histórico la Psicología ha pasado por múltiples etapas y desarrollos que evidencian la búsqueda inexorable de conocimiento en torno a la *psique* humana. Recorrido que parece corto junto a otras ciencias y disciplinas que han definido prontamente su objeto de estudio, sus métodos y procedimientos para hacer asequible el conocimiento sobre sus desarrollos. No obstante, el análisis de múltiples aspectos de la vida humana, la convivencia de paradigmas, teorías y métodos, además de la diversidad de formas, han permitido que sus avances permeen aspectos diferentes de la vida humana que no le atañen de manera exclusiva a campos específicos de la Psicología.

Este libro se constituye en una muestra de esfuerzos comunes de los investigadores que hacen parte de una comunidad científica por analizar fenómenos diferentes relacionados con la psicología clínica y de la salud. Sin embargo, se denota la complejidad de los hechos aquí estudiados, pues mientras algunos muestran su dominio en la Psicología Clínica, otros exponen el encuentro entre fenómenos clínicos y de la salud con escenarios sociales, comunitarios, educativos.

Lo anterior, pone en discusión la necesidad de abordar las problemáticas en Psicología desde diferentes perspectivas que permitan explicar y comprender la multiplicidad de factores que generalmente intervienen –y por tanto deben incorporarse– para su estudio.

PRIMERA PARTE  
ESTUDIOS SOBRE  
PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Y DE LA SALUD

## Capítulo 1

# Memoria de Trabajo: El modelo multicomponente de Baddely, otros modelos y su rol en la práctica clínica<sup>1\*</sup>

**Johana Margarita Escudero Cabarcas<sup>2</sup>**  
**Wilmar Fernando Pineda Alhucema<sup>3</sup>**

---

\*Producto parte del proyecto "Procesos Cognitivos y Comprensión Lectora en Niños y Jóvenes de la ciudad de Barranquilla-Atlántico" financiado por la Universidad Simón Bolívar. Barranquilla-Colombia.

2. Psicóloga, Especialista en Trastornos cognoscitivos del aprendizaje y Doctora en Psicología con orientación en Neurociencia Cognitiva Aplicada. Investigadora del Grupo Sinapsis Educativa y Social y docente de tiempo completo de la Universidad Simón Bolívar.  
jescudero1@unisimonbolivar.edu.co

3. Psicólogo, Magíster en Neuropsicología. Doctorante de psicología. Investigador del Grupo Neurociencias del Caribe de la Universidad Simón Bolívar.  
wpinada1@unisimonbolivar.edu.co

## INTRODUCCIÓN

La Memoria de Trabajo es esa pizarra mental en la que el cerebro ubica aquellos símbolos que luego procesará para apropiarse de ellos a través del aprendizaje o simplemente desecharlos; esta “pizarra” es bastante compleja y para explicarlo han surgido modelos desde las Ciencias Cognitivas que a su vez han sido reforzados desde las Neurociencias Cognitivas. Uno de los modelos más reconocidos por su validez es el modelo de Baddeley que explica a la Memoria de Trabajo (en adelante MT) como un complejo de almacenes (fonológico, visoespacial y episódico) administrado por un ejecutivo central. En el presente capítulo, se hace una revisión de este modelo señalando además sus correlatos neuroanatómicos; también se presentan otros modelos explicativos y se finaliza con una reflexión sobre cómo el profundizar en el estudio de la MT, permitirá la generación de pautas y lineamientos que podrían facilitar la práctica clínica.

Diversidad de autores como Etchepareborda y Abad-Mas (2005) asumen desde su discurso que ha llegado el momento de abordar aquellos procesos que le posibilitan al ser humano el conocimiento (*cognoscere*) del mundo que lo rodea, por lo que para las diversas disciplinas cuyo objeto de estudio es el ser humano y sus formas de conocimiento y comportamiento, no es ajeno que en la actualidad una mirada desde la Neurociencia Cognitiva permite comprender más a fondo la diversidad de procesos, funciones y características que enmarcan el comportamiento de los individuos. La evidencia del funcionamiento cerebral ha facilitado a las disciplinas, que procuran la potencialización de las funciones humanas, profundizar bajo un enfoque que posibilita asumir la comprensión del hombre como un reto aún mayor, desde el entretendido mundo de aquel que media en todos estos procesos: el cerebro y sus funciones. Al retomar el desarrollo de las funciones cerebrales que se gestan desde los primeros años de vida nos encontramos con las funciones cognitivas las cuales según Gamo (2011), son generadas en el cerebro, siendo operaciones mentales que pueden ser representadas físicamente o transformadas en materia y a la vez permiten realizar cualquier otra operación mental. Entre ellas sobresalen la percepción, la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, el pensamiento y el lenguaje, lo que ayuda al óptimo desarrollo de los llamados procesos de aprendizaje.

Uno de los procesos cognitivos que ha sido objetivo de múltiples investigaciones en las últimas décadas por las Ciencias Cognitivas, apoyado a su vez por las neurociencias ha sido la MT, concebida como “el conjunto de símbolos activos en un momento determinado a los que estamos prestando atención y que podemos manipular bajo control voluntario” (Santiago, Tornay y Gómez, 2001, p.73); La MT implica el procesamiento y recuperación de la información de manera inmediata bajo una estructura que permite la adquisición y procesamiento de la información (proveniente del medio físico) y que lleva al reconocimiento de los elementos del medio, que al ingresar a través de los órganos de los sentidos (en forma de símbolos, imágenes, sonidos, palabras), permiten darle respuesta a otros procesos de orden superior (lectura, comprensión de lo leído, procesamiento matemático, entre otros) (Lavados, 2012). Como dirían Santiago, Tornay y Gómez (2001), la MT se entendería entonces como el espacio o el lugar en donde conservamos lo leído para poder entender lo que leemos en el ahora; es en donde las imágenes que observamos son manejadas, en donde se estructuran y entran en comparación los planes y las estrategias a emplear para darle respuesta a una determinada situación.

De esta manera nos adentramos en el reconocimiento de una de las funciones del ser humano, que sin duda alguna, dentro de la teoría del Procesamiento de Información, cobra relevancia si la intención es llegar a comprender cómo desde la estructuración cerebral se posibilita el desarrollo de funciones que como la MT, es tan importante en el tratamiento y rehabilitación de diversos trastornos mentales, así como en el aprendizaje escolar.

### Conceptualización y definición de la Memoria de Trabajo

Antes de definir puntualmente lo que es la MT, se hace necesario clarificar lo que comprendemos como *memoria*. Según Etchepareborda y Abad-Mas (2005) es “la capacidad de retener y de evocar eventos del pasado, mediante procesos neurobiológicos de almacenamiento y de recuperación de la información, básica en el aprendizaje y en el pensamiento” (p.579). Esta definición, lo mismo que la de Harris (2008), quien dice que la memoria es “un sistema de procesamiento de información que opera a través de procesos de almacenamiento, codificación y recuperación” (p.261), entienden a la memoria como un proceso cognitivo en el

que la información proveniente de diferentes fuentes es almacenada, luego procesada por sistemas neuronales específicos en nuestro cerebro, y por último, tras procesos de evocación, pueda ser utilizada en diferentes tareas de la vida cotidiana. Ahora bien, de acuerdo al modelo teórico desde el cual se entiende el concepto de memoria, existen diferentes maneras de entender cómo se da este proceso; en este sentido, se han generado variedad de teorías para su comprensión.

Alcaraz y Guzmán (2001), plantean que el Modelo Neuropsicológico global de la memoria de M. Moscovitch resulta un *constructo* muy útil para el entendimiento y a la vez la investigación de los procesos de memoria; este modelo asume la coexistencia de variedad de módulos de diversidad de carácter que resultan específicos en cuanto a la información que tratan. Estos llevan a cabo el procesamiento de la información sin la modulación que procedería de otros módulos y a su vez entregando el resultado de tipo computacional (sin interpretación o valor semántico) a sistemas centrales cuya función sería la integración e interpretación de la información. El Modelo a nivel neurofisiológico comprende un componente de tipo neocortical localizado en distintas zonas de la corteza frontal, constituido por módulos perceptuales e interpretativos semánticos (módulos conceptuales) que corresponden a las memorias no declarativas y a las conceptuales. Un segundo componente modular ubicado en el lóbulo cerebral temporal medial y en el hipocampo de ambos hemisferios corresponde a la codificación, almacenamiento y recuperación de la memoria declarativa episódica. Un tercer componente modular ubicado en los ganglios cerebrales basales y corresponde a diversas memorias no declarativas del tipo de habilidades y hábitos sensomotores. Y un cuarto componente que resulta ser un Sistema Central cuya ubicación se encuentra en los lóbulos frontales y corresponde tanto a los sistemas de memoria declarativa como no declarativa y que implica una alta demanda de estrategias de búsqueda de la información almacenada y de las categorías de codificación de la información.

A su vez, Colom y Flores-Mendoza (2001) mencionan que existen al menos tres grandes teorías de la memoria: primero, las teorías sobre las etapas de la memoria, en las que se distinguen diferentes fases, entre las que se pueden mencionar la fase de codificación, de almacenamiento, y de recuperación. La codificación se centra en la percepción de la información, el almacenamiento consiste

en el mantenimiento de esa información y la recuperación se basa en el recuerdo de la información previamente almacenada. Segundo, las teorías sobre los sistemas de memoria; en ellas se suele distinguir entre la memoria sensorial (MS), la memoria a corto plazo (MCP) y la memoria a largo plazo (MLP). El sujeto recibe la información del entorno a través de los órganos de los sentidos, dando lugar a impresiones sensoriales que se almacenan en la MS, pero cuya duración no suele exceder el medio segundo. Pues esta está incluida en esas impresiones sensoriales y se desvanece rápidamente. La información superviviente se traslada desde la MS a la MCP, donde el sujeto ya pueda manipularla consciente-mente. Al igual que la MS, la MCP también presenta limitaciones temporales, y, por tanto, la información tiende a perderse, bien por desvanecimiento, bien porque la llegada de nuevos datos que desplazan a los existentes. Parte de los datos procesados en la MCP se traslada a la MLP, también denominada memoria permanente. La información que se almacena en la MLP es de varios tipos: episódica, semántica, procedimental, etc., la cual una vez almacenada puede ser recuperada posteriormente. El tercer sistema de teorías son las basadas en los sistemas cognitivos; se centran en explicar los procesos cognitivos de memorización a partir de parámetros tales como la velocidad con la que se puede procesar mentalmente la información, la capacidad de la MCP o la habilidad para inhibir el procesamiento mental de la información irrelevante. Desde estas teorías, las limitaciones temporales de la MCP conllevan al sujeto a procesar una determinada cantidad de información por unidad de tiempo. Cuando un sujeto puede procesar la información de la MCP a mayor velocidad que otro, entonces posee una ventaja, en el sentido de que podrá procesar más información por unidad de tiempo.

Y así como están estos sistemas de teorías que proponen diferentes componentes de la memoria, existen otras más, pero independientemente de esto, lo interesante es notar que en cada uno de ellos existe un componente que se refiere a la MT, llámese memoria de trabajo propiamente o memoria operativa, refiriéndose al proceso mnémico en el que la información se registra por un lapso breve de tiempo para ser utilizada de manera inmediata.

Lo anterior facilita una definición de MT y diferentes autores ya lo han hecho. Por ejemplo Richardson *et al.*, (1996), afirman que la MT es un sistema

complejo responsable del almacenamiento y procesamiento temporal de la información; Alcaraz y Guzmán (2001), plantean que este tipo de memoria es una función de la memoria consciente o declarativa a corto plazo y con procesamiento simultáneo con la capacidad funcional para mantener y procesar información simultáneamente. Harris (2008) dice que la MT es el sistema mnémico que permite el mantenimiento y la manipulación temporal de la información durante la ejecución de un amplio rango de tareas y actividades de la vida diaria. Baddeley (1983), uno de los mayores exponentes de este tema, describe la MT como un mecanismo de almacenamiento temporal que permite retener a la vez algunos datos de información en la mente, compararlos, contrastarlos, o en su lugar, relacionarlos entre sí.

Sin embargo, el concepto de MT, no siempre se entendió de esta manera, pues antes se tendía más bien a asociarlo con la memoria a corto plazo; Bermeo-solo (2012), lo explica de la siguiente manera:

La concepción tradicional en los modelos multialmacén de memoria de corto plazo o inmediata como sistema de registro relativamente pasivo de información durante algunos segundos –en tareas de repetición de dígitos, sílabas sin sentido, palabras, pseudopalabras o memorización de números telefónicos que debían marcarse inmediatamente– se modificó posteriormente con la consideración de que ese mismo componente de memoria juega un papel muy importante en el procesamiento activo de la información, lo que llevó a preferir la denominación de memoria de trabajo u operativa. Esta modalidad de memoria pasó a ser vista, metafóricamente, como el escenario de nuestra actividad psicológica, y de manera especial la consciente (p.59).

En consonancia con lo anterior, Passing (1994) comenta que el concepto de MT apareció después de que los términos de memoria a largo plazo y memoria a corto plazo, resultaron ser insuficientes para explicar algunos procesos como el mecanismo por el cual la información guardada en la memoria a corto plazo pasaba a almacenarse en la memoria a largo plazo. López (2011) relata que a mediados del siglo XX, la manera como se concibió el fenómeno de la memoria era como un proceso lineal, es decir, como una sucesión de estadios o etapas de procesamiento a lo largo de un continuo temporal, por lo que se entendía que el proceso de memo-

rización empezaba en la memoria a corto plazo y de allí pasaba a alojarse en la memoria a largo plazo, luego de un proceso de codificación; esto suponía en efecto, que alteraciones en la memoria a corto plazo afectaba directamente el alojamiento de información en la memoria a largo plazo, sin embargo, existían casos clínicos en los que pacientes con alteraciones en la memoria a corto plazo, presentaban una memoria a largo plazo intacta y al revés. Esta evidencia llevó a considerar que no se trataba de componentes de una secuencia lineal obligatoria, sino de fenómenos más o menos independientes cuya organización podía ser en “en paralelo”, concibiéndose, así un nuevo concepto de memoria, más específicamente el de Memoria de Trabajo u operativa. Desde los aportes de Baddeley y Hitch, quienes en 1974 propusieron un modelo para este tipo de memoria, este modelo pretendía una re-conceptualización de la memoria a corto plazo y se basaba en la descripción de los análisis de sus procesos y funciones (Baddeley y Hitch, 1974).

En síntesis, se puede afirmar que fueron los estudios de Baddeley y Hitch, los que dieron origen al concepto de MT, la cual fue definida por el mismo Baddeley como “un mecanismo de almacenamiento temporal que permite retener a la vez algunos datos de información en la mente, compararlos, contrastarlos, o en su lugar, relacionarlos entre sí. Se responsabiliza del almacenamiento a corto plazo, a la vez que manipula la información necesaria para los procesos cognitivos de alta complejidad” (1983, p.73). Se entiende entonces –según Baddeley– que la MT es un sistema cerebral que proporciona almacenamiento temporal y manipulación de la información necesaria para tareas cognitivas complejas (Gathercole, Alloway, Willis y Adam, 2006; Baddeley, 1986; Just y Carpenter, 1992), trascendiendo de concepto a modelo explicativo, convirtiéndose luego en el principal modelo de Memoria de Trabajo de múltiples componentes (López, 2011).

Según Baddeley y Hitch (1994), el concepto de MT implica tres significados desde la psicología cognitiva: primero, puede usarse para hacer referencia a un espacio en el que información específica y limitada es mantenida disponible para ser usada durante un periodo particular de tiempo; segundo, el concepto puede ser usado para referirse a un sistema que combina el almacenamiento y el procesamiento de la información, y tercero, y según Gontier (2004), la conceptualización más aceptada, MT puede entenderse como un sistema que se divide en tres com-

ponentes: lazo fonológico, esquema visoespacial y ejecutivo central. A esta última definición es a la que se conoce oficialmente como el modelo de Baddeley y Hitch de la MT y resulta uno de los modelos más ampliamente usados para el estudio y comprensión de este proceso, mas no es el único.

### LOS MODELOS DE LA MEMORIA DE TRABAJO

Desde que Baddeley y Hitch en 1974 definieron MT, han surgido diversidad de estudios que han llevado a postular diferentes modelos para este tipo de memoria. Para un entendimiento desde la Neuropsicología de los modelos que intentan explicar a la MT como proceso cognitivo, partimos de la concepción de Baddeley el cual considera que a nivel de funcionamiento cerebral, la MT se basa en gran medida, mas no exclusivamente, en los lóbulos frontales (Stuss y Knight, 2002). Y casi exclusivamente pueden ser fraccionados en subprocesos ejecutivos (Baddeley 2003; Shallice 2002). Esto le otorga gran protagonismo al cortex prefrontal (CPF) en el estudio y entendimiento de los procesos de MT (Reyes y Slachevsky, 2009).

Es sabido que anatómica y funcionalmente el CPF cumple funciones de integración sensorial y motora y se constituye dentro de las áreas de asociación heteromodales consideradas de mayor jerarquía en la organización de la corteza cerebral (Mesulam, 2002; Fuster, 1997 citados por Reyes y Slachevsky 2009). Encontramos que a su vez se divide anatómico-funcionalmente en dos regiones principales: el córtex prefrontal dorso lateral (CPDL) y el córtex prefrontal orbitofrontal (OBF) que contiene al polo frontal y el córtex prefrontal ventral (CPFV). Resulta importante recalcar que las dos regiones principales, CPDL y OBF, la constituyen una extensa red de conexiones aferentes y eferentes con áreas tanto corticales de tipo premotor, asociativas multimodales, límbicas (que se relacionan principalmente a los afectos, la memoria y los mecanismos de defensa) y áreas subcorticales como los núcleos grises centrales (núcleo caudado, núcleo accumbens, globo pálido central y ventral) lo que a su vez permite comprender la función integradora multimodal propia del CPF y cómo cada una de las áreas que la conforman estaría especializada en un dominio específico encontrando una mayor relación de regiones dorso lateral incluyendo el surco frontal superior, con la información espacial, en tanto que las regiones prefrontales ventrales desempeñan un papel más activo

en el mantenimiento de la información no-espacial y verbal (Rämä, Sala, Gillen, Pekar, & Courtney 2001).

La especialización de las áreas en conjunción con sus posibilidades de intercomunicación es la base para una mayor comprensión de la participación en el procesamiento multidimensional de variables cognitivas, temporales, afectivas y motivacionales en la selección de conductas que resulten coherentes en la relación del ser humano con el medio externo e interno, esto lleva a la identificación de las funciones nucleares del CPF entre las que sobresalen la MT; la inhibición de la distractibilidad, de la perseveración y de la satisfacción inmediata; la búsqueda activa de la novedad y la codificación del contexto (Reyes & Slachevsky, 2009).

### El modelo multicomponente de Baddeley y Hitch

Baddeley y Hitch presentan a la MT como un sistema de capacidad limitada que provee una interfaz entre los procesos perceptivos, la acción y la memoria a largo plazo, demostrando su participación en la mantención temporal y la manipulación de la información, el razonamiento y el aprendizaje (Reyes & Slachevsky, 2009).

El modelo de Baddeley y Hitch, es considerado como uno multicomponente, pues consta de un ejecutivo central que regula dos sistemas esclavos, el bucle fonológico y la agenda visoespacial (López, 2011). El ejecutivo central es el encargado de controlar las entradas y las salidas de información sean de tipo auditivo en el bucle fonológico o visual en la agenda visoespacial.

### El ejecutivo central

Estableciendo la analogía al entender a la MT como un conjunto de símbolos que, en un momento determinado, están siendo manipulados en la mente bajo el control voluntario de una persona, el ejecutivo central puede entenderse como el controlador de los dos sistemas *esclavos* (el bucle fonológico y la agenda visoespacial) que ejecutan las funciones de mantenimiento de la información, en otras palabras, el ejecutivo central, desde el modelo de Baddeley, es el sistema de control voluntario y toma de decisiones, estando estrechamente relacionado con

la atención y la experiencia consiente (Santiago, *et al.*, 2001). A nivel neurofisiológico es asociado con el córtex prefrontal dorso lateral (CPDL) y medial y con regiones parietales de la corteza cerebral (Baddeley, 1996; Smith & Jonides, 1997; Nyberg, *et al.*, 2002, citado por López, 2011).

López (2011) lo explica como “el responsable de la selección y el funcionamiento de estrategias y del mantenimiento y alternancia de la atención en forma proporcional a la necesidad” (p.36). En este sentido, para Baddeley (1996), el ejecutivo central es el responsable de la atención de la MT, pues el mismo autor en 1986 propuso adoptar el concepto de *sistema atencional superior* como base del ejecutivo central; así pues, desde este modelo se entiende que la conducta habitual es controlada por esquemas mentales bien aprendidos, pero cuando se presentan situaciones novedosas, el sistema atencional superior se sobrepone a estos esquemas, por lo que también se entiende que el ejecutivo central es el responsable de la planificación y la coordinación de actividades (Baddeley, 1986).

López (2011) explica que Baddeley especifica cuatro funciones del ejecutivo central:

- 1) La coordinación en dos tareas independientes (almacenamiento y procesamiento de información);
- 2) Cambiar de tareas, estrategias de recuperación de las operaciones;
- 3) Asistir selectivamente a la información específica y la inhibición de información irrelevante y
- 4) La activación y recuperación de información de la memoria a largo plazo (p.36).

Así pues, el ejecutivo central es considerado como un elemento nuclear porque es el que gobierna los sistemas de memoria y se encarga de distribuir la atención que se asigna a cada una de las tareas a realizar y vigila la atención de la tarea y su ajuste a las demandas del contexto (Etchepareborda y Abad-Mas, 2005).

#### ***El bucle fonológico o lazo fonológico***

Es el encargado de mantener activa y manipular la información presentada por medio del lenguaje estando implícito en tareas como la comprensión, la lectoescritura o la conversación (Etchepareborda y Abad-Mas, 2005). Como lo

menciona López (2011), su misión, básicamente es la de almacenar la información de tipo lingüístico proveniente tanto de *inputs* externos, como del interior del propio sistema cognitivo. Este bucle está compuesto a su vez por dos componentes: primero, un almacén temporal de información acústica cuyos contenidos desaparecen por sí solos en un periodo de más o menos tres segundos, a menos que sea fortalecido por la repetición o actualización, y segundo, un sistema de mantenimiento de la información acústico-verbal, que mediante la reactualización articulatoria repetitiva, permite mantener indefinidamente la información (Baddeley, 2003, citado por López, 2011). El bucle articulatorio, resulta importante para la realización de cálculos aritméticos, la adquisición de vocabulario y la adquisición de la lectura (Santiago *et al.*, 2001).

Santiago *et al.* (2001) reportan tres fuentes de evidencias empíricas sobre el bucle fonológico, todas ellas basadas en los estudios de Baddeley. La primera evidencia se trata del efecto de similaridad fonológica, que es el hecho de que, en tareas de recuerdo inmediato, las palabras que suenan de forma parecida, se reproducen con más errores que las palabras que no suenan de forma parecida. Baddeley (1996), citado por Santiago *et al.* (2001), reportó esto en un estudio y concluyó que la información que se mantiene viva en este tipo de tareas mediante el uso del bucle fonológico es en efecto, de tipo fonológico, es decir, que los elementos de las listas se convierten a un tipo de símbolos que representan el sonido o la pronunciación de esos elementos y se mantienen en este formato en el bucle.

La segunda evidencia es el efecto de la longitud de la palabra, la cual consiste en listas de palabras cuya pronunciación es más larga, se recuerdan peor en tareas de recuerdo inmediato, según lo referencia Santiago, *et al.*, (2001): Baddeley, Thomson y Buchanan (1975) hicieron un estudio en el que presentaron a personas listas de palabras de diferente longitud, y encontraron que, primero, las listas de palabras con mayor número de sílabas se leen más despacio; segundo, a mayor número de sílabas, peor el grado de recuerdo inmediato y tercero, el número de sílabas parece afectar de igual manera la velocidad de la lectura y la cantidad de recuerdo inmediato. Con estos resultados, los autores concluyeron que el número de sílabas es un factor que determina la velocidad de la pronunciación y que

el proceso que media entre la presentación de una lista de palabras y su recuerdo inmediato, implica una pronunciación subvocal de las palabras de la lista. Estos resultados permiten reformular la limitación del bucle fonológico en términos de la duración de la pronunciación del material verbal.

Y la tercera y última evidencia se refiere a los efectos de la supresión articulatoria, que como proceso consiste en pedirle a las personas que realizan una tarea de memoria inmediata que pronuncien algo irrelevante durante todo el tiempo que dura la presentación y el recuerdo inmediato de la lista de palabras. La supresión articulatoria tiene el efecto de ocupar el sistema de articulación del lenguaje y por tanto, si el bucle fonológico es un sistema de articulación del lenguaje para mantener la información verbal activa mediante un repaso subvocal, la capacidad de almacenamiento debe reducirse mucho cuando estas tareas se realizan con supresión articulatoria (Santiago *et al.* 2001).

Recientes investigaciones también reportan nuevas evidencias, por ejemplo, Classon, Rudner y Rönneberg (2013), en un estudio con personas con discapacidad auditiva concluyeron que una buena MT puede compensar el impacto negativo de la privación auditiva en las habilidades de procesamiento fonológico permitiendo un uso eficiente de las habilidades de procesamiento fonológico; también sugirieron que los individuos con discapacidad auditiva y baja capacidad de memoria de trabajo pueden utilizar un enfoque no-fonológico de las palabras escritas, que pueden tener el efecto secundario beneficioso de mejorar la codificación de la memoria. Entre tanto, Demagistri, Richards y Canet (2014) en un estudio con adolescentes encontraron que aquellos que mostraron mejores puntajes de MT y habilidades verbales lograban con mayor facilidad el éxito académico.

A nivel neurofisiológico, se sitúa al bucle fonológico entre la corteza temporo-parietal izquierda y la región frontal izquierda anterior (área de Wernicke y de Broca respectivamente (Reyes y Slachevsky, 2009). Estudios de neuroimagen como los realizados por Ravizza, Delgado, Chein, Becker y Fiez (2004) han puesto de manifiesto dos sitios en la circunvolución supra marginal izquierda que pueden apoyar el almacenamiento a corto plazo de la información fonológica. La activación en la cara dorsal izquierda de la corteza parietal inferior (DIPC) está

relacionada con el peso de la carga de MT, mientras que la activación en el aspecto ventral de la corteza parietal inferior (VIPIC) se ha encontrado principalmente en contraste de tipo de información (verbal vs no verbal). Así mismo se han asociado mecanismos neurales de regiones parietales (córtex parietal dorsal inferior) y temporales con el aspecto pasivo del lazo fonológico y al área de Brocca con el mecanismo de repetición articulatoria (Nyberg *et al.*, 2002, citado por López, 2011).

### **La agenda visoespacial**

Este sistema es el encargado de elaborar y manipular información espacial, siendo fundamental en tareas como por ejemplo la manipulación de piezas en operaciones de ensamblaje y la realización de cálculos aritméticos por el método de regletas, las estrategias nemotécnicas basadas en imágenes y la adquisición de vocabulario ortográfico (Etchepareborda y Abad-Mas, 2005; Santiago *et al.*, 2001; Manso y Ballesteros, 2003). En palabras de López (2011), este sistema preserva y procesa la información de naturaleza visual y espacial proveniente tanto del sistema de percepción visual como del interior de la propia mente. Según Baddeley (1996), este sistema demanda más del ejecutivo central pues el uso de imágenes es menos practicado o automático que la codificación fonológica, además de que la información visual y espacial se maneja por separado pero interactúan fuertemente.

A diferencia del bucle fonológico, la agenda visoespacial no requiere del repaso ordenado de estímulos, pues las imágenes individuales pueden ser combinadas en imágenes más complejas y recordadas como un todo; sin embargo, aún así, existe un límite para el número de elementos independientes del que puede constar la imagen. Otra diferencia que se puede mencionar entre el bucle fonológico y la agenda visoespacial es que mientras que para los dos sistemas la información que viene del exterior permanece temporalmente almacenada en ellos, en el caso de la información que proviene del interior de la persona, es decir, de su propio sistema cognitivo, va acompañada de una gran diferencia en la experiencia subjetiva, pues se trata de estímulos visuales que se imaginan y estas imágenes son experimentadas como desligadas de la realidad porque se pueden ver cosas que no existen en el mundo externo (Santiago *et al.*, 2001).

Por tratarse de un sistema que implica dos tipos de estímulos (visuales y espaciales), como se mencionó más arriba, esto implica un funcionamiento más complejo, Logie (1995) propuso que la agenda visoespacial podría fragmentarse del mismo modo como está fragmentado el bucle fonológico, es decir, en un componente de almacenamiento visual y uno espacial. Al respecto, López (2011) proporciona el siguiente ejemplo:

Mover el brazo siguiendo un patrón secuencial generalmente produce peor rendimiento en el recuerdo de una secuencia espacial (por ejemplo, la tarea de cubos de Corsi) pero no en el recuerdo de figuras, o tonalidades de color, en tanto que el recuerdo de colores o de imágenes mentales se ve interferido selectivamente por una tarea interpolada que requiera mirar figuras o patrones visuales (p.34).

A nivel neurofisiológico, los estudios con Tomografía por emisión de Positrones han asociado a la agenda visoespacial con áreas frontales, occipitales y parietales del hemisferio derecho (Smith y Jonides, 1997; Reyes y Slachevsky, 2009). Aunque cabe destacar que según (Rämä, *et al.*, 2001) “la evidencia para la lateralidad hemisférica de la MT no espacial visual ha sido inconsistente”. Algunos estudios han demostrado un predominio del hemisferio izquierdo, mientras que en otros estudios, la activación se ha detectado de manera bilateral o solo en la corteza prefrontal derecha o en las regiones prefrontales ventrales de la MT no espacial visual, lo cual ha sugerido que los efectos de lateralidad en la memoria visual de trabajo pueden estar influenciados por el grado en el que los sujetos se involucran ya sea analítica o verbalmente con la actividad, a diferencia de las estrategias de ensayo, basadas en imágenes durante la realización de tareas de memoria (Courtney, Petit, Haxby, y Ungerleider, 1998; Haxby *et al.*, 1995, citados por Rämä, 2001).

### El Bufer episódico

Hacia el año 2000 Baddeley hizo una revisión de su modelo tras la aparición de ciertas limitaciones para explicar fenómenos como la combinación de códigos visuales y verbales, por lo que planteó la existencia de un sistema que permitía que los códigos visuales y verbales se combinaran y vincularan en varias representaciones tridimensionales en la memoria a largo plazo; fue entonces

cuando incluyó a su modelo un cuarto componente denominado bufer episódico, el cual puede integrar la información de los otros dos componentes (bucle fonológico y agenda visoespacial) y la memoria a largo plazo y puede temporalmente almacenar esta información en forma de representación episódica. Este sistema es capaz de integrar información de diferentes fuentes y es controlado, al igual que los otros dos sistemas, por el ejecutivo central (Baddeley, 2000). Se denomina episódico, porque sostiene episodios en los que la información es integrada a través del espacio y posiblemente extendida en el tiempo, así entonces, el nuevo modelo multicomponente de Baddeley tiene ahora cuatro elementos, el ejecutivo central, el bucle fonológico, la agenda visoespacial y el bufer episódico (Mate-Castella, 2010; López, 2011) (Ver Figura 1).

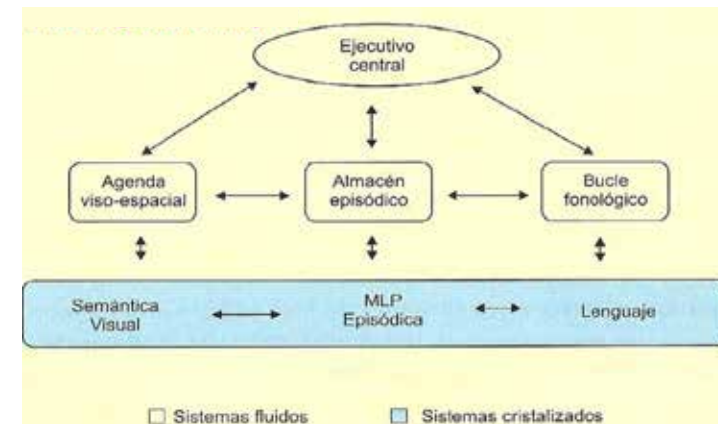


Figura 1  
Revisión del modelo multicomponente de Baddeley de Memoria de Trabajo (Tomado de Mate-Castella, 2010)

## OTROS MODELOS DE LA MEMORIA DE TRABAJO

### El Modelo Goldman-Rakic

Con su modelo, Patricia Goldman-Rakic, propone que la MT, resulta esencial para construir representaciones que lleguen a perdurar aun cuando la percepción tienda a cambiar, lo que le posibilitaría a la MT “integrar representaciones del presente y del pasado para guiar el comportamiento, permitiendo la incorporación de conceptos y planes” (Reyes y Slachevsky, 2009).

Es así como plantea que cada una de las representaciones se encontrarían distribuidas en redes neuronales en el córtex prefrontal, temporal y parietal y se organizaría como un mecanismo independiente de almacenamiento y manejo de la información que conjuntamente forman una red capaz de mantener y manipular información de distinto tipo en forma paralela.

### **El modelo Petrides**

Retomando a Reyes y Slachevsky (2009), el científico Michael Petrides propone en su modelo que la parte más ventral del córtex prefrontal lateral se relaciona con los procesos que forman parte de la MT; allí se verían implicados procesos como la selección, la comparación y el juicio activo de un estímulo; a su vez se implica el mantenimiento de la información para procesos como la codificación y el recuerdo explícito de información que proviene de la memoria a largo plazo. Por otro expresa que el Córtex prefrontal dorsal se relaciona con la selección y manipulación de las representaciones mentales y controlaría al mismo tiempo al Córtex prefrontal ventral y a sus procesos.

### **El modelo de Cowan**

Nelson Cowan, en 1988, propuso un nuevo modelo que buscaba complementar las críticas al modelo modal de Baddeley y Hitch. En este modelo se presentan tres almacenes de memoria, uno sensorial, uno a corto plazo y uno a largo plazo, similar al modelo modal, pero organizados en un sistema distinto, y un procesador o ejecutivo central. Así pues, en la memoria sensorial con dos fases: una breve, que produce una sensación continua durante unos cientos de milisegundos, y una segunda que retiene información sensorial más elaborada durante unos segundos. Esta última fase es considerada como la activación de un conjunto de características de la memoria a largo plazo y, por tanto, como un tipo de memoria activada o, lo que es lo mismo, como parte del almacenamiento a corto plazo. El almacenamiento a corto plazo o memoria activada, por su parte, se considera como un subconjunto activado de la memoria a largo plazo (Mate-Castella, 2010). Se tienen entonces dos almacenes (la segunda fase del almacén sensorial y el almacén a corto plazo) que son entendidos como subconjuntos de otros almacenes. El proceso subyacente a ambos es el mismo: la atención selectiva. En tal sentido, se postula que el foco de la atención es un subconjunto de la memoria activada que, a su vez, es un subconjunto de la memoria a largo plazo.

El almacenamiento a corto plazo se refiere a toda la información temporalmente activada, independientemente de que esté o no en la conciencia. Es decir, todos los contenidos de la conciencia pertenecen a la memoria a corto plazo, pero no todos sus contenidos son conscientes. Solo cuando los procesos atencionales se focalizan en unos contenidos de la memoria activada, estos entran en la conciencia. Así, en lo referente a los procesos de codificación, se mantiene la idea de que no es correcto suponer que la información está codificada fonéticamente en el almacén a corto plazo y semánticamente en el almacén a largo plazo. Tanto uno como otro almacén pueden contener información acústica y semántica. No obstante, se señala que, en función de los procesos de control utilizados en cada uno de estos almacenes, podría pensarse en procesos de control estrechamente asociados con características fonéticas propias del almacén a corto plazo (por ejemplo, la repetición) frente a procesos de control con características semánticas, propios del almacén a largo plazo (por ejemplo, la elaboración semántica). Ahora bien, también se deja muy claro que la asociación fonético-ACP versus semántico-ALP sería incorrecta (Mate-Castella, 2010).

### **Modelo de Engle, Kane y Tuholsky**

Desde la perspectiva de este modelo, planteado en 1999, la MT es el sistema que comprende: primero, las huellas mnémicas de la memoria a largo plazo, que se encuentran activadas por encima de un cierto umbral; segundo, la atención controlada de capacidad limitada, y tercero, los procesos que hacen posible esta activación basados en la activación exógena del foco de atención o en la distintividad emocional endógena. Se parece al modelo multicomponente de Baddeley, en que la existencia de códigos de dominio específico como el bucle fonológico y la agenda visoespacial, pero va más allá de estos dos: plantea que el número de códigos es tan variado como percepciones, emociones o pensamientos tenga el individuo. Según estos autores, cuando se habla de la capacidad de la MT, se hace referencia únicamente a la atención controlada y la habilidad para sostener la atención a pesar de las inferencias. Esta capacidad para mantener la atención no distingue entre dominios (visual o auditivo); además, desde este modelo se afirma que existen diferencias individuales en todos estos procesos constituyendo la base del mecanismo general de inteligencia fluida (Mate-Castella, 2010).

### Modelo de Oberauer

Según Mate-Castella (2010), este modelo fue planteado en 2002 por el investigador Oberauer, y desde esta perspectiva, la MT es un sistema que permite activar y hacer disponibles las representaciones para llevar a cabo una acción cognitiva o física de manera intencional. El autor plantea tres niveles en este proceso: en un primer momento las representaciones permanecen activadas ya sean por inputs perceptivos o por las asociaciones provenientes de la memoria a largo plazo, en segundo lugar un reducido número de elementos se encuentra en una situación de acceso directo donde sus representaciones se asocian con otros sistemas que pueden ser la localización temporal o espacial y finalmente, el tercer paso consistiría en la selección de un solo elemento por parte del foco de atención, el cual es objeto de varias manipulaciones.

### Modelo de Barrouillet, Bernardin y Camos

Este modelo recibe el nombre de *Time-based resource-sharing model*, y fue planteado en 2004. Hace especial énfasis en el papel del tiempo, el cual determina la carga cognitiva del componente de procesamiento de la MT. *Grosso modo*, el modelo afirma que, primero, tanto el procesamiento como el almacenamiento requieren atención, la cual es compartida entre ambas porque es limitada; segundo, cuando se desvía la atención de los ítems, su activación sufre un decaimiento que se da en función del tiempo y para actualizarlos hace falta que sean recuperados de la memoria mediante el foco atencional, y tercero, la atención se comparte mediante el cambio rápido y frecuente entre el procesamiento y el mantenimiento que se realiza mientras se lleva a cabo una tarea. Según este modelo, el hecho de que la realización de actividades concurrentes produzca un detrimento en el recuerdo, no se relaciona con la complejidad de estas, sino que el coste más importante es la proporción de tiempo de procesamiento en relación al tiempo total (Mate-Castella, 2010).

### LA MEMORIA DE TRABAJO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

En la actualidad, son ya muchos los estudios que muestran la relevancia de la MT en la práctica clínica (Ansari, 2015; Melby-Lervåg, y Hulme, 2013; Shipstead, Redick y Engle, 2012). Se ha encontrado en la práctica clínica que este tipo de memoria se encuentra especialmente afectada en los trastornos del

neurodesarrollo como el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (Roman-Urrestarazu, *et al.*, 2015; Archibald, Levee, y Olino, 2015; Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson y Tannock, 2005), los trastornos específicos del aprendizaje (De Carvalho, Kida, Capellini, y de Ávila, 2014; Sierra Fitzgerald, y Gaviria, 2013), los trastornos del lenguaje (Alloway, McCallum, Alloway y Hoicka, 2015; Ingvalson, Dhar, Wong y Liu, 2015). Del mismo modo se han encontrado evidencias de que este tipo de memoria también está deteriorada en los trastornos neurodegenerativos como las demencias y la enfermedad de Parkinson (Fallon, *et al.*, 2015; Li, Silva, *et al.*, 2015; Espinosa, *et al.*, 2013) e incluso, hay estudios que la asocian con trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia (Meyer-Lindenberg, *et al.*, 2001; Deserno, Sterzer, Wüstenberg, Heinz y Schlagenhaut, 2012), los trastornos de ansiedad (Wanmaker, Geraerts y Franken, 2015; Banks, Tartar, y Tamayo, 2015) y el trastorno afectivo bipolar (Farahmand, *et al.*, 2015; Dell'osso, *et al.*, 2015). Todo lo anterior indica que la MT, dada su función de relevo para el uso de la información resulta bastante frágil frente aquellas entidades clínicas que comprometen al lóbulo frontal, por lo que es fácil encontrarla relacionada con diferentes trastornos.

Es por ello que en los planes de tratamiento, es fundamental que este tipo de memoria sea tratada, bien sea para recuperar su función o para evitar, detener o por lo menos enlentecer su deterioro. Actualmente estudios como los de Li, Xiao, *et al.* (2015), muestran cómo la MT tiene un efecto de neuroplasticidad, por lo que implica que es de buen pronóstico para su recuperación, incluso en pacientes con esquizofrenia. Penner, Kobel, y Opwis (2006) desarrollaron BRAINSTIM (Training ToolBrainStim), programa computarizado que pretende mejorar el desempeño de la MT. Lo componen tres módulos: el primero y segundo se centran en los aspectos visuales y espaciales de la MT y el tercero en los aspectos verbales y del ejecutivo central, basándose en el modelo de Baddeley. Los autores crearon esta herramienta con el objetivo de tratar diversos tipos de pacientes independientemente de la enfermedad primaria subyacente; es así como parte de su estudio incluye el abordaje de pacientes con parkinson, esclerosis múltiple (MS) y la enfermedad de Alzheimer. Haciendo uso de esta herramienta Hubacher *et al.*, (2013) estudiaron la efectividad del programa en pacientes con esquizofrenia crónica en donde se indicó una mejoría en las tareas que implican MT verbal y visual.

A su vez, otros autores (Cochet *et al.*, 2006; Vita *et al.*, 2011; D'Amato T., *et al.*, 2011) frente al manejo y rehabilitación de individuos con esquizofrenia han hallado variaciones y mejoras en los procesos de la MT como elemento neurocognitivo que amerita ser tratado en las intervenciones multimodales de estos pacientes. En déficit del neurodesarrollo como el TDAH, se han realizado intentos de identificación de las variaciones que la rehabilitación de la MT genera en las áreas del cerebro que se ven comprometidas con su funcionamiento y cómo esto se ve reflejado en la conducta de los individuos con este diagnóstico (Stevens, Gaynor, Bessette y Pearlson, 2015).

Cabe destacar que el efecto del entrenamiento de la MT sigue siendo materia de estudio. Aunque en la actualidad se han hecho grandes avances en la identificación de las bondades que tiene en la rehabilitación de diversas patologías, se hace necesario continuar con la indagación de los aspectos que nos ayuden a comprender con mayor seguridad cómo esta se configura, los mecanismos neurobiológicos y neurofisiológicos que subyacen en su desempeño y su funcionamiento frente a la aplicabilidad en el entrenamiento específico y su aporte directo e indirecto en la eficacia de otros procesos neurocognitivos (Klingberg, Forssberg y Westerberg, 2002). Estos aspectos nos abren un mundo de posibilidades frente al panorama investigativo que se genera a partir de la comprensión de la MT. Por lo pronto constituye un caminar constante de indagación, en donde empleando meta-modelos de imagería, que en conjunto con nuevas tecnologías nos permitirán seguir evaluando y utilizando a la MT como elemento para las mejoras en el desempeño neurocognitivo del ser humano.

## CONCLUSIONES

Uno de los principales modelos para comprender, explicar e incluso evaluar la Memoria de Trabajo es el modelo de Baddely. Este modelo, basado en los antecedentes de Atkinson y Shiffrin, con sus estudios de memoria a corto plazo, permitió que Baddeley planteara la Memoria de Trabajo como la capacidad para tener y retener la información la cual actuaba de forma independiente de la memoria a corto plazo y de forma simultánea y controlada en un sistema de acción continua y consciente, a través de un ejecutivo central que gobierna a tres almacenes (fonológico, visoespacial y episódico). Este modelo ha servido de referente para múltiples

investigaciones (Marmolejo-Ramos, 2007; Ercetin y Alptekin, 2013; Canet-Juric, Burin, Andrés y Urquijo, 2013) e incluso para la generación de escalas de memoria con usos clínicos como la Weschler Scale Memory (Weschler, 2004).

Sin embargo, paralelos al modelo de Baddeley han surgido diversos modelos explicativos de la Memoria de Trabajo que según Muñoz, González y Luceiro (2009) se podrían dividir en dos grandes grupos: por un lado estarían aquellos que consideran que la Memoria de Trabajo se encuentra vinculada a la capacidad de retención de la información y, por otro lado, se resalta en ella la capacidad de suprimir la información irrelevante de la relevante en la ejecución de una tarea, vinculada a estrategias atencionales. Esto a su vez ha llevado a la generación de numerosos estudios e investigaciones que han permitido una mirada más profunda a los elementos que constituyen la Memoria de Trabajo y a la forma como esta o a través de esta se posibilita el procesamiento de la información.

Muñoz, *et al.* (2009) destacan que al tener en cuenta estos estudios se han llegado a evidenciar algunas funciones principales de la Memoria de Trabajo, tales como: a) posibilitar el almacenamiento y procesamiento de la información, lo que supone la capacidad de mantener activos los contenidos mentales existentes y consecutivamente procesarlos, trabajar sobre ellos de manera coordinada, b) supervisar y controlar las operaciones y acciones mentales, y c) coordinar tanto la información de diferentes fuentes como las operaciones mentales sucesivas en una secuencia y los elementos en estructuras. Tal y como lo conciben Gutiérrez-Martínez y Ramos (2014) cuando afirman que:

No hay duda del valor del constructo de MO y sus medidas como buenos predictores de la ejecución cognitiva general y del rendimiento académico en particular, si bien desde el punto de vista teórico aún no existe gran consenso sobre la fuente de estas relaciones (p.2).

Del presente análisis se puede concluir que si bien el estudio de la Memoria de Trabajo ha llegado a un punto en donde se han podido establecer de forma científica cómo las medidas de MT resultan predictivas en el rendimiento académico (Sierra y Ocampo, 2013; Carvalho, *et al.*, 2014; Borella y Ribaupierre, 2014) y la presencia de algunos trastornos mentales (Ansari, 2015; Melby-Lervåg

y Hulme, 2013), se pone de manifiesto la necesidad de ahondar mucho más en la búsqueda de conocimiento sobre cómo potenciar a la Memoria de Trabajo dentro de los programas de tratamientos y rehabilitación de alteraciones mentales aprovechando que se trata de una función transversal en el funcionamiento cognitivo general y que al tratarla, se puede pensar en que se tendría un buen pronóstico de recuperación. Para esto es fundamental revisar, actualizar y poner a prueba sus diferentes modelos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaraz, R. y Guzmán, E. (2001). *Tratado de Neurociencias Cognitivas*. México: Manual Moderno
- Alloway, T. P., McCallum, F., Alloway, R. G. & Hoicka, E. (2015). Liar, liar, working memory on fire: Investigating the role of working memory in childhood verbal deception. *Journal of Experimental Child Psychology*, 137, 30-38. doi: 10.1016/j.jecp.2015.03.013
- Ansari, S. (2015). The therapeutic potential of working memory training for treating mental disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9 (september), 1-3. doi: 10.3389/fnhum.2015.00481
- Archibald, L. M. D., Levee, T. & Olino, T. (2015). Attention allocation: Relationships to general working memory or specific language processing. *Journal of Experimental Child Psychology*, 139, 83-98. doi: 10.1016/j.jecp.2015.06.002
- Baddeley, A. D. (1983). Working memory. En *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, (302), 311-24.
- Baddeley, A. D. (1986). *Working memory*. New York: Oxford University Press.
- Baddeley, A. D. (1996). The fractionation of working memory *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 93, 13468-13472.
- Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 417-23.
- Baddeley, A. (2002). Is working memory still working? *European Psychologist*, 7, 85-97.
- Baddeley, A. D. (2003). Working memory and lenguaje: an overview. *Journal of communication disorder*, 25, 893-03.
- Baddeley, A.D. & Hitch, G. (1974). Working memory. En G.H. Bower (Ed.). *The psychology of learning and motivations: Advances in research and theory* (pp.47-89). New York: Academic Press.
- Baddeley, A., Thomson, N. y Buchanan, M. (1975). Word length and the structure of short-term memory. *Journal of Verbal Learning and Behavior*, 14, 575-89.
- Baddeley, A. D. & Hitch, G. (1994). Developments in the concept of working. En *Neuropsychology*, 8, 485-93.
- Banks, J. B., Tartar, J. L. & Tamayo, B. A. (2015). Examining factors involved in

- stress-related working memory impairments: Independent or conditional effects? *Emotion*, 15(6), 827-36. doi: 10.1037/emo0000096
- Bermeosolo, J. (2012). Memoria de Trabajo y memoria procedimental en las dificultades específicas del aprendizaje y del lenguaje: algunos hallazgos. *Revista chilena de Fonoaudiología*, 11, 57-75.
- Borella, E. & Ribaupierre, A. (2014). The role of working memory, inhibition, and processing speed in text comprehension in children. *Learning and Individual Differences*, 34, 86-92. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2014.05.001
- Canet-Juric, L., Burin, D., Andrés, M. y Urquijo, S. (2013). Perfil cognitivo de niños con rendimientos bajos en comprensión lectora. *Anales de Psicología*, 29(3), 996-005. doi: http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.138221
- Carvalho, C., Kida, A., Capellini, S. & De Ávila, C. (2014). Phonological working memory and reading in students with dyslexia. *Frontiers in psychology*, 5, 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00746
- Classon, E., Rudner, M. & Rönneberg, J. (2013). Working memory compensates for hearing related phonological processing deficit. *Journal of Communication Disorders*, 46, 17-29. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2012.10.001
- Cochet A., Saoud M., Gabriele S., Broallier V., El Asmar C., Daléry J. & D'Amato, T. (2006). Impact of a new cognitive remediation strategy on interpersonal problem solving skills and social autonomy in schizophrenia. *Encephale*, 32, 189-95.
- Colom, R. y Flores-Mendoza, C. (2001). Inteligencia y Memoria de Trabajo: La relación entre factor G, complejidad cognitiva y capacidad de procesamiento. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 17(1), 037-047.
- D'Amato T., Bationa R., Cochetc, A., Jalenquesd, I., Gallandd, F., Giraud-Barog, E., Pacaud-Troncin, M., Augier-Astolfi, F., Llorca, PM., Saoud M. & Brunelin J. (2011). A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 125 (2-3), 284-90.
- De Carvalho, C. A. F., Kida, A. D. S., Capellini, S. A. & de Avila, C. R. (2014). Phonological working memory and reading in students with dyslexia. *Frontiers in Psychology*, 5, 746. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00746
- Dell'osso, B., Cinnante, C., Di Giorgio, A., Cremaschi, L., Palazzo, M. C., Cristoffanini, M., . . . Altamura, A. C. (2015). Altered prefrontal cortex activity during working memory task in bipolar disorder: A functional magnetic resonance imaging study in euthymic bipolar I and II patients. *Journal of Affective Disorders*, 184, 116-22. doi:10.1016/j.jad.2015.05.026
- Demagistri, M., Richards, M. & Canet L. (2014). Incidence of executive functions on Reading comprehension performance in adolescents. *Electronic Journal of research in educational Psychology*, 12(2), 343-370. doi: http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.33.13146
- Deserno, L., Sterzer, P., Wüstenberg, T., Heinz, A. & Schlagenhauf, F. (2012). Reduced prefrontal-parietal effective connectivity and working memory deficits in schizophrenia. *Journal of Neuroscience*, 32(1), 12-20. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3405-11.2012
- Ercetin, G. & Alptekin, C. (2013). The explicit/implicit knowledge distinction and working memory: Implications for second-language reading comprehension. *Applied Psycholinguistics* 34, 727-53. doi: 10.1017/S0142716411000932
- Espinosa, J., Rocha, A., Nunes, F., Costa, M. S., Schein, V., Kazlauckas, V Souza DO, Cunha RA, Porciúncula LO. (2013). Caffeine consumption prevents memory impairment, neuronal damage, and adenosine A2A receptors upregulation in the hippocampus of a rat model of sporadic dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 34(2), 509-18. doi: 10.3233/JAD-111982
- Etchepareborda, M. C. y Abad-Mas, L. (2005). Memoria de Trabajo en los procesos básicos del aprendizaje. *Revista de Neurología*, 40(Supl. 1), S79-S83.
- Fallon, S. J., Smulders, K., Esselink, R. A., van de Warrenburg, B. P., Bloem, B. R. & Cools, R. (2015). Differential optimal dopamine levels for set-shifting and working memory in parkinson's disease. *Neuropsychología*, 77, 42-51. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2015.07.031
- Farahmand, Z., Tehrani-Doost, M., Amini, H., Mohammadi, A., Mirzaei, M. & Mohamadzadeh, A. (2015). Working memory and response inhibition in patients with bipolar I disorder during euthymic period. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(1). doi: 10.5812/ijpbs.209
- Gamo, J. (2011). *La Neuropsicología aplicada a las ciencias de la educación*.

- Madrid: Centro de Atención a la Diversidad Educativa (CADE). Recuperado de <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/dea2012/docs/jrgamo.pdf>
- Gathercole, S., Alloway, T., Willis, C. & Adams, A.M. (2006). Working memory in children with reading disabilities. *Journal of Experimental Psychology*, 93, 265-81.
- Gontier, J. (2004). Memoria de Trabajo y envejecimiento, *Revista de Psicología*, XIII(002), 111-24.
- Gutiérrez-Martínez, F. y Ramos, M. (2014). La memoria operativa como capacidad predictora del rendimiento escolar. Estudio de adaptación de una medida de memoria operativa para niños y adolescentes. *Psicología Educativa*, 20(1), 1-10. doi: 10.1016/j.pse.2014.05.001
- Harris, P. (2008). Evaluación de la memoria. En D., Burin, M., Drake & P. Harris. (Comp). *Evaluación neuropsicológica en adultos* (pp.56-72). Buenos Aires: Paidós.
- Hubacher, M., Weiland, M., Calabrese, P., Stoppe, G., Stöcklin, M., Fischer-Barnicol, D., Opwis, K. & Penner, I. (2013). Working Memory Training in Patients with Chronic Schizophrenia: A Pilot Study. *Psychiatry Journal*, 154867, 8. doi: 10.1155/2013/154867
- Ingvalson, E. M., Dhar, S., Wong, P. C. M. & Liu, H. (2015). Working memory training to improve speech perception in noise across languages. *Journal of the Acoustical Society of America*, 137(6), 3477-486. doi:10.1121/1.4921601
- Just, M. & Carpenter, P. (1992). A capacity theory of comprehension. Individual differences in working memory. *Psychological Review*, 99, 122-49.
- Klingberg, T., Forssberg, H. & Westerberg, H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(6), 781-791. doi: 10.1076/jcen.24.6.781.8395
- Lavados, J. (2012). *El cerebro y la educación: Neurobiología del aprendizaje*. Chile: Prisa ediciones.
- Li, W., Silva, H. B., Real, J., Wang, Y., Rial, D., Li, P., . . . Chen, J. (2015). Inactivation of adenosine A2A receptors reverses working memory deficits at early stages of huntington's disease models. *Neurobiology of Disease*, 79, 70-80. doi: 10.1016/j.nbd.2015.03.030
- Li, X., Xiao, Y., Zhao, Q., Leung, A. W. W., Cheung, E. F. C. & Chan, R. C. K. (2015). The neuroplastic effect of working memory training in healthy volunteers and patients with schizophrenia: Implications for cognitive rehabilitation. *Neuropsychologia*, 75, 149-62. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2015.05.029
- Logie, R. H. (1995). *Visuo-spatial Working Memory*. UK: Erlbaum.
- López, M. (2011). Memoria de Trabajo y aprendizaje: aportes de la Neuropsicología. En *Cuadernos de Neuropsicología*, 5(1), 25-47.
- Manso, A. y Ballesteros, S. (2003). El papel de la agenda visoespacial en la adquisición del vocabulario ortográfico. *Psicothema*, 15(3), 388-94.
- Marmolejo-Ramos, F. (2007). Nuevos avances en el estudio científico de la comprensión de textos. *Universitas Psychologica*, 6(2), 331-43.
- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S. & Tannock, R. (2005). A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(4), 377-84. doi: 10.1097/01.chi.0000153228.72591.73
- Mate-Castella, J. (2010). Similitud de la memoria de trabajo visual mediante tareas de reconocimiento. Tesis doctoral presentada a la Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2010/tdx-1027110-013805/jmc1del1.pdf>
- Melby-Lervåg, M. & Hulme, C. (2013). Is working memory training effective? A meta-analytic review. *Developmental Psychology*, 49(2), 270-291. doi: 10.1037/a0028228
- Meyer-Lindenberg, A., Polin, J., Kohn, P. D., Holt, J. L., Egan, M. F., Weinberger, D. R. & Berman, K. F. (2001). Evidence for abnormal cortical functional connectivity during working memory in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1809-17. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1809
- Muñoz, M.T., González, C. y Lucero, B. (2009). Influencia del lenguaje no verbal (gestos) en la memoria y el aprendizaje de estudiantes con trastornos del desarrollo y discapacidad intelectual: Una revisión. *Revista Signos*, 42(69), 29-49. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09342009000100002>
- Passing, C. (1994). Los sistemas de memoria. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 5, 27-34.

- Penner I., Kobel M. & Opwis, K. (2006). BrainStem-a recently developed tool to train different aspects of working memory. En *International Neuropsychological Society, the Swiss Neuropsychological Society (SVNP) and the German Neuropsychological Society (GNP) Meeting Zurich*. Zurich: Switzerland
- Rämä, P., Sala, J., Gillen, J., Pekar, J., & Courtney S. (2001). Dissociation of the neural systems for working memory maintenance of verbal and nonspatial visual information. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience* 1(2), 161-71.
- Ravizza, S., Delgado, M., Chein, J., Becker, J. & Fiez, J. (2004). Functional Dissociations within the inferior parietal cortex in verbal working memory. *NeuroImage*, 22, 562-573.
- Reyes P. y Slachevsky, A. (2009). Anatomía Funcional de córtex prefrontal y modelos. En M. Pérez, *Manual de Neuropsicología Clínica*. España: Ediciones Pirámide.
- Richardson, JTE., Engle, RW., Hasher, L., Logie, RH., Stoltzfus, ER. & Zacks, RT. (1996). *Working memory and human cognition*. Oxford: Oxford University Press.
- Roman-Urrestarazu, A., Lindholm, P., Moilanen, I., Kiviniemi, V., Miettunen, J., Skel-Inen, E., Ki, P., Hurting, T., Ebeling, H., Barnett, J., Nikkinen, J., Suckling, J., Jones, P., Veijola, J. & Murray, G. K. (2015). Brain structural deficits and working memory fMRI dysfunction in young adults who were diagnosed with ADHD in adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(5): 529-38. doi: 10.1007/s00787-015-0755-8
- Santiago, J., Tornay, F. y Gómez, E. (2001). *Procesos psicológicos básicos*. España: McGraw-Hill.
- Shallice, T. (2002). Fractionation of the supervisory system. En Stuss D. T. & Knight R. T. (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp.261-277). New York: Oxford University Press.
- Shipstead, Z., Redick, T. S. & Engle, R. W. (2012). Is working memory training effective? *Psychological Bulletin*, 138(4), 628-654. doi: 10.1037/a0027473
- Sierra Fitzgerald, Ó. & Gaviria, T. O. (2013). The role of working memory in differences and school learning disorders. [El papel de la memoria operativa en las diferencias y trastornos del aprendizaje escolar] *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 63-79. Retrieved from www.scopus.com
- Sierra, O. y Ocampo, T. (2013). El papel de la memoria operativa en las diferencias y trastornos del aprendizaje escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 63-79.
- Smith, E. & Jonides, J. (1997). Working memory: a view from neuroimaging. *Cognitive Psychol*, 33(1), 5-42. doi: 10.1006/cogp.1997.0658
- Stevens, M. C., Gaynor, A., Bessette, K. L. y Pearlson, G. D. (2015). A preliminary study of the effects of working memory training on brain function. *Brain Imaging and Behavior*, 10(2), 387-407. doi: 10.1007/s11682-015-9416-2
- Stuss, D.T. & Knight, R.T. (2002). *Principles of Frontal Lobe Function*. New York: Oxford University Press.
- Vita, A., De Peri, L., Barlati, S., Cacciani, P., Cisima, M., Deste, G., Cesana, BM, & Sacchetti, E. (2011). Psychopathologic, neuropsychological and functional outcome measures during cognitive rehabilitation in schizophrenia: A prospective controlled study in a real-world setting. *European Psychiatry*, 26, 276-83.
- Wanmaker, S., Geraerts, E. & Franken, I. H. A. (2015). A working memory training to decrease rumination in depressed and anxious individuals: A double-blind randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 175, 310-19. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.027
- Weschler, D. (2004). *Escala de memoria de Weschler-III*. Madrid: TEA Ediciones.

## Capítulo 2

# Funcionamiento de familias de adolescentes con intento suicida de la ciudad de Barranquilla\*

**Marly Johana Bahamón<sup>1</sup>**  
**Yolima Alarcón-Vásquez<sup>2</sup>**  
**Ana María Trejos Herrera<sup>3</sup>**  
**Lizeth Reyes Ruiz<sup>4</sup>**  
**Yadira Martínez de Biava<sup>5</sup>**

---

\*Este documento hace parte del proyecto "Conductas y prácticas de riesgo en contextos académicos" del Grupo Desarrollo Humano, Educación y Procesos Sociales de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla.

1. Psicóloga, Magíster en Educación y Desarrollo Humano, Doctorante en Psicología, Docente Investigador de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, Colombia.

mabahamon@unisimonbolivar.edu.co

2. Psicóloga, Magíster en Desarrollo Familiar, PhD. en Psicología, Docente Investigador de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, Colombia.

yalarcon@unisimonbolivar.edu.co

3. Psicóloga, PhD. en Psicología, Docente Investigador de la Universidad del Norte de Barranquilla.

atrejos@uninorte.edu.co

4. Psicóloga, Esp. Psicología clínica, Esp. Gestión de Proyectos Educativos, Magíster en Psicología, Phd. en Psicología, Docente Investigador de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, Colombia.

lireyes@unisimonbolivar.edu.co

5. Psicóloga, Esp. Psicología clínica, Magíster en Psicología, Directora Programa de Psicología Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, Colombia.

yadebiava@unisimonbolivar.edu.co

## INTRODUCCIÓN

El suicidio se constituye en un problema de grandes proporciones en la medida en que afecta a un amplio espectro de personas, pues no solo involucra a quien ejecuta el acto, sino que además afecta al núcleo social y familiar del que hace parte el sujeto. El fenómeno es tan complejo y ha tenido tantas connotaciones a lo largo de la historia que es difícil para quienes se encuentran próximos a superar la pérdida de quien tomó la decisión de quitarse voluntariamente la vida, y además, los cuestionamientos personales, familiares y sociales que surgen como una expresión de la necesidad para hallar respuestas al hecho.

El suicidio puede definirse como un proceso que se inicia con la ideación (ideas recurrentes que cuestionan la existencia del sujeto, sobre cómo quitarse la vida, planificación del hecho y deseo de muerte), pasa por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez Ferrer, 2010).

Cada año mueren aproximadamente 804.000 personas en el mundo por causa del suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2014) y las tasas de mortalidad aumentan diez veces durante la transición a la adolescencia, pasando de 0,7 a 7,5 por cada 100.000 personas (Farrell, Bolland & Cockerham, 2015).

Al respecto es importante mencionar que si bien la literatura sobre este fenómeno en adultos es amplia, no sucede lo mismo con estudios que analicen la conducta suicida en niños y adolescentes (Cañón, 2011).

En cuanto al estudio de este fenómeno en población adolescente se han realizado diferentes abordajes (Aguilar, Valencia, Martínez, Romero y Lemus, 2004; Dwairy y Menshar, 2006; González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; Pérez, *et al.*, 2013; Wilburn & Smith, 2005; Wild, Flisher & Lombard, 2004; Pérez, Vianchá, Martínez y Salas, 2013), que han identificado cierta relación entre los estilos parentales, maltrato familiar, autoestima, depresión e ideación suicida.

La ideación suicida en adolescentes ha mostrado correlaciones significativas con el funcionamiento familiar, la comunicación y los conflictos con padres,

específicamente conflictos con la madre (Sarmiento y Aguilar, 2011; Van Renen & Wild, 2008; Bahamón, Alarcón, Trejos y García, 2015; Castrillón *et al.*, 2015); Así mismo, adolescentes con bajo apoyo familiar han mostrado un 69 % más de probabilidad de presentar ideación suicida (Pérez, *et al.*, 2010), y en el modelo explicativo psicosocial sobre la ideación suicida propuesto por Sánchez-Sosa, *et al.*, (2010) se expone que el buen funcionamiento familiar y una adecuada integración escolar pueden considerarse como factores protectores indirectos de la ideación suicida.

En relación con el intento suicida, se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (Nock, *et al.*, 2008; Pineda, 2013), siendo los problemas familiares y de pareja, los factores de riesgo más comunes en pacientes con suicidabilidad (Castro-Rueda, Rangel Martínez-Villalba, Camacho y Rueda-Jaimes, 2010). Algunos estudios reportan que un mayor apoyo de los padres y participación familiar se relaciona con menores tasas de intento suicida (Borowsky, Ireland & Resnick, 2001; Fotti, Katz, Afifi & Cox, 2006). En un estudio con adolescentes hospitalizados por ideación o intento suicida se encontró que la percepción del funcionamiento familiar fue más grave en adolescentes que en cuidadores, lo cual pone en evidencia la necesidad de abordar el tema de la familia en relación con la mayor o menor disposición hacia el suicidio (Lipschitz, Yen, Weinstock & Spirito, 2012).

## MÉTODO

### Diseño

Se llevó a cabo un estudio desde el paradigma empírico-analítico con diseño descriptivo para realizar una caracterización de la variable en la población objeto de estudio.

### Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de 95 adolescentes escolarizados entre 14 y 18 años con una media de 15 y una desviación estándar de 0,917. Los criterios de inclusión fueron: la edad, el consentimiento y reporte de haber realizado al menos un intento suicida a lo largo de su vida. El 71 % fueron mujeres y el 28 % hombres; la ubicación de la población según el estrato socioeconómico fue 45,3 % estrato uno; 30,5 % estrato dos; 18,9 % estrato tres y 3,2 % estrato

cuatro. Al preguntar por el estado civil de los padres el 30,5 % informó que eran casados; el 24,2 % unión libre, el 29,5 % separados o divorciados y el restante 158 % tenían padre o madre soltero(a).

### Instrumentos

Cuestionario de variables sociodemográficas: se trató de un cuestionario que evaluó la edad, el sexo, el estrato socioeconómico y el estado civil de los padres de los adolescentes.

Pregunta sobre intento suicida: Se trató de una pregunta con opción positiva o negativa. ¿Alguna vez en la vida has intentado quitarte la vida de manera intencional?

Se empleó la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3ª Versión (FACES III) de Olson, Portner y Lavee (1985) y Olson, Portner & Bell, (1982), en la adaptación de Schmidt (2010). Se trata de una escala que consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La primera parte, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y adaptabilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento. Y la segunda parte, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia. La cohesión es el vínculo emocional entre los miembros de la familia y el grado de autonomía individual, en tanto que la adaptabilidad se refiere a la capacidad del sistema marital/familiar para cambiar sus estructuras de poder (roles y reglas) en respuesta al estrés situacional o evolutivo (Schmidt, Barreyro & Maglio, 2010).

### Procedimiento

Se solicitó autorización a los directivos de cuatro instituciones educativas para el ingreso de las investigadoras mediante una carta, y seguidamente se procedió a explicar a los padres de familia sobre el proceso de investigación para

que ellos autorizaran la participación de sus hijos de manera escrita mediante la firma del consentimiento informado. Se aplicaron los instrumentos a la totalidad de estudiantes con edades entre los 14 y 18 años que estuvieron de acuerdo con la participación en el proyecto firmando asentimiento. El total de estudiantes encuestados fueron 771 de los cuales 95 respondieron afirmativamente a la pregunta sobre intento suicida previo. El análisis presentado en este estudio corresponde a estos adolescentes.

### Análisis estadísticos

El procesamiento de datos se realizó mediante análisis estadístico descriptivo. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 19.0 para windows.

### RESULTADOS

De todos los 771 sujetos encuestados se identificaron 95 casos de adolescentes que reportaron haber intentado quitarse la vida al menos una vez en la vida, a la pregunta sobre el número de intentos suicidas los datos muestran una media de dos intentos.

El 70,5 % de los adolescentes que reportaron intento suicida eran mujeres y el restante hombres, lo cual coincide con la literatura que expone este fenómeno como más común en mujeres que hombres. De uno a seis, la mayoría de los participantes se ubicaron en estrato socioeconómico 1 y 2, lo cual corresponde con la zona de la ciudad y el tipo de institución educativa. Con relación al estado civil de los padres la mayoría son casados (30,5 %) seguido de separados o divorciados (29,5 %); en este sentido la proporción de este tipo de familia es similar.

En cuanto a la cohesión familiar, el 54,7 % de los participantes se ubicaron en familias no relacionadas, lo cual sugiere ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca cercanía entre padres e hijos y baja interacción entre los miembros.

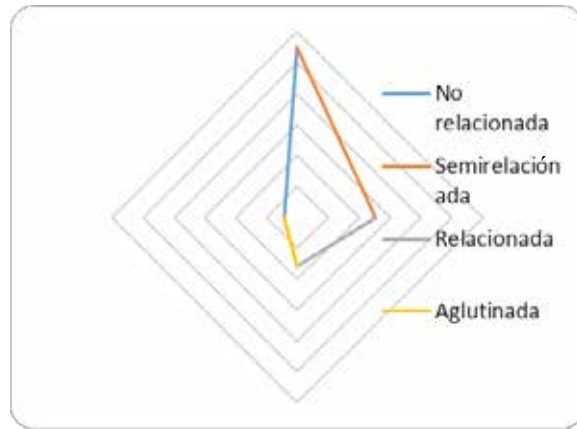


Figura 1  
Cohesión familiar

La evaluación sobre la adaptabilidad familiar en los participantes con intento suicida mostró que el 36,8 % obtuvieron puntajes que ubican a sus familias dentro de la clasificación de caóticas lo cual implica marcadas dificultades para asignar roles organizados; la disciplina tiende a ser irregular, las decisiones y funciones, impulsivas y difusas.

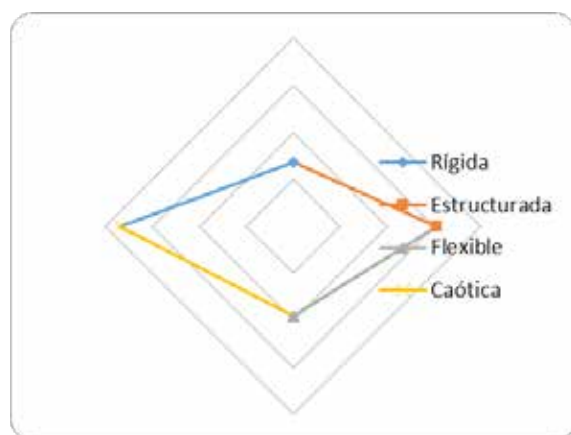


Figura 2  
Adaptabilidad familiar

## DISCUSIÓN Y RESULTADOS

El propósito del estudio se concentró de manera específica en indagar por las características del funcionamiento familiar desde el punto de vista de adolescentes que reportaron intento suicida al menos una vez en la vida; los resultados mostraron consistencia con otros estudios que han indagado por dinámicas familiares en jóvenes con suicidabilidad (Borowsky, *et al.*, 2001; Fotti, *et al.*, 2006).

En relación con el tipo de familia los datos se agruparon en familias no relacionadas (54 %) y semirrelacionadas (25 %) frente a un 15 % que reportaron ser parte de familias relacionadas. En este sentido, se evidencian relaciones familiares caracterizadas por ausencia de unión entre los miembros, reducida interacción, poca cercanía entre padres e hijos exponiendo a los jóvenes a un ambiente que no consideran como protector o agradable. Así, es posible que sea más positivo otro tipo de relaciones; por ejemplo, con amigos focalizando el interés y motivación en espacios externos. Este ambiente familiar deja desprovisto al sujeto de un soporte emocional y afectivo que le permita hacer frente a las dificultades propias de la adolescencia. Estos datos coinciden con lo expuesto por Guibert y Torres (2001).

Sobre la adaptabilidad familiar de los participantes se encontró que el 36 % proviene de familias caóticas con gran fragilidad en los roles y la disciplina. Este tipo de familias muestran ausencia de liderazgo y representan grandes dificultades para el joven que en una etapa de constantes cambios y confusión requiere un ambiente más estructurado que le permita definirse e identificar claramente su rol y el de sus familiares (González, *et al.*, 2011).

Estos datos sugieren que el rol de la familia y su dinámica como factor de riesgo o protector puede ser significativo en la adolescencia, más, teniendo en cuenta que la percepción del funcionamiento familiar en estos jóvenes quienes ya han presentado conducta suicida explícita es bastante negativa (Criado y Rubiano, 2009). La manera como se percibe el funcionamiento familiar sugiere que las dinámicas familiares requieren ajustes para ofrecer al adolescente un ambiente seguro y protector. No obstante, el análisis realizado en este estudio es descriptivo y sugiere que se requieren otras metodologías para identificar claramente las dinámicas y características familiares que pueden impactar en mayor o menor grado la suicidabilidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, J., Valencia, A., Martínez, M., Romero, P. y Lemus, L. (2004). Estilos parentales y medidas de desarrollo psicosocial en estudiantes universitarios. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 12(1), 69-81.
- Bahamón, M., Alarcón, Y., Trejos, A. y García, C. (2015). Riesgo suicida, funcionalidad familiar y esquemas maladaptativos en jóvenes universitarios. En Vásquez, Y., Vásquez, F., Pineda, W. y Martínez, Y. (Eds.), *Estudios actuales en Psicología* (197-222). Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Borowsky, I.W., Ireland, M. & Resnick, M. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*, 107, 485-93.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), 62-67.
- Castrillón, J., Cañón, S., Betancur, M., Castellanos, P., Guerrero, J., Gallego, A., Llanos, C. (2015). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales. *Divers.: Perspect. Psicol.*, 11(2), 193-05.
- Castro-Rueda, V., Rangel Martínez-Villalba, A., Camacho, P. y Rueda-Jaimes, G. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 705-15.
- Criado, M.L. y Rubiano, Y. (2009). Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes en primer semestre de la Fundación Universitaria de San Gil. *Enfermería*, 27(2), 71-81.
- Dwairy, M. & Menshar, K.E. (2006). Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. *Journal of Adolescence*, 29(1), 103-17.
- Farrell, T., Bolland, J. & Cockerham, W. (2015). The Role of Social Support and Social Context on the Incidence of Attempted Suicide Among Adolescents Living in Extremely Impoverished Communities. *Journal of Adolescent Health*, 56, 59-65.
- Fotti, S., Katz, L., Afifi, O. & Cox, B. (2006). The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviors in early adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 698-03
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M.Á. y Wagner, F.A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-32.
- González, C., Criado, M., Araque, J., Cala, O., Smith, B., Jiménez, M., Salazar, T. y Sierra, S. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. *Revista Salud UIS*, 43(1), 33-37.
- Guibert, W. y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-60.
- Lipschitz, J., Yen, Sh., Weinstock, L. & Spirito, A. (2012). Adolescent and caregiver perception of family functioning: Relation to suicide ideation and attempts. *Psychiatry Research*, 200, 400-03.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C.B., Kessler, R. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews* 30, 133-154.
- Olson, D.H., Portner, J. & Bell, R.Q. (1982). *FACES II*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Olson, D.H., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)
- Perez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E.E., De Castro, F., Leyva-Lopez, A. & Chavez-Ayala, R. (2010). Prevalence and factors associated with suicidal behavior among Mexican students. *Salud Pública Mexicana*, 52, 324-33.
- Pérez, A., Uribe, J., Vianchá, M., Bahamón, M., Verdugo, J. y Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 551-68.
- Pérez, M., Vianchá, M., Martínez, L. y Salas, I. (2013). El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. *Revista Psicogente*, 17(31), 80-92.
- Pineda, C. (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. *Revista Psicogente*, 16(29), 218-34.
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M., Musitu, G. y Martínez Ferrer, B.

- (2010). Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. *Intervención psicosocial*, 19(3): 279-87. doi: 10.5093/in2010v19n3a8
- Sarmiento, C. y Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.
- Schmidt, V., Barreyro, P. y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(2).
- Van Renen, L. & Wild, L. (2008). Family functioning and suicidal ideation/behaviour in adolescents: a pilot study. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 20, 111-21.
- Wilburn, V.R. & Smith, D.R. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40(157), 33-45.
- Wild, L.G., Flisher, A.J. & Lombard, C. (2004). Suicidal ideation and attempts in adolescents: Associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*, 27(6), 611-24.

## Capítulo 3

# Prevención del riesgo suicida en adolescentes: una propuesta de abordaje desde la Psicología Positiva\*

**Marly Johana Bahamón<sup>1</sup>**

---

\*Este trabajo hace parte del proyecto de investigación "Salud mental y bienestar psicológico" del Grupo de Investigación Desarrollo Humano, Educación y Procesos Sociales.

1. Psicóloga, Magister en Educación y Desarrollo Humano. Doctorante en Psicología. Docente investigadora de la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.

mbahamon@unisimonbolivar.edu.co

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es considerado como un grave problema de salud pues de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), este se ubica entre las primeras diez causas de muerte a nivel mundial, lo que representa un 1,8 % del total de muertes anuales. En cuanto a los jóvenes entre los 15 y 24 años se establece que el suicidio está entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos, cuestión que puede ser aún más problemática considerando que la magnitud del problema es mayor si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos y que se ha identificado un incremento en la frecuencia del suicidio en edades cada vez menores (Pérez, Vianchá, Martínez y Salas, 2014; De La Torre, 2013).

Al investigar sobre tendencias suicidas es necesario considerar que existen diferentes presentaciones del fenómeno que van desde la ideación, el intento y la muerte propiamente dicha por suicidio. La ideación es considerada como el comportamiento suicida más común entre los adolescentes de 12 a 17 años, con una prevalencia entre el 20 % y el 24 %, en contraste con el intento suicida al menos una vez en la vida que es mucho menor y representa entre el 3,1 % y el 8,8 % (Nock, *et al.*, 2008). En cuanto a las muertes por suicidio en esta población se ha encontrado que aproximadamente el 20 % de muertes de jóvenes entre 15 y 24 años de edad, se ha dado por suicidio convirtiéndose en la tercera causa principal de muerte para este grupo etéreo (CDC, 2010 citado por Wolfe, Foxwell & Kennard, 2014).

En Colombia los datos reportados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (desde el 2009 hasta el 2014), organismo encargado de recopilar la información nacional sobre diferentes fenómenos, entre estos, el suicidio, ha tenido un comportamiento más o menos estable de esta problemática a nivel nacional pues la tasa oscila entre el 3,8 y el 4,3 suicidios por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, vale la pena considerar que en el último año hubo un ascenso de cinco puntos que indican un aumento significativo de casos en el país.

Particularmente en el departamento del Atlántico el reporte de casos aumentó levemente de 3,2 a 3,3 en los últimos dos años; sin embargo el problema va

en aumento considerando que en el 2009 la tasa era de 2,9 (Tabla 1). En la ciudad de Barranquilla los datos indican un comportamiento similar al departamental, aunque si bien en el último año se evidencia una reducción en la tasa, es necesario considerar que los indicadores anteriores eran mucho menores (Valenzuela, 2010; Chica, 2011; Macana, 2012; Cifuentes, 2013; Cifuentes, 2014).

**Tabla 1**

**Reportes de casos y tasas nacionales y regionales de suicidio (periodo 2009-2014)**

Tasas*100.000 habit/casos	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa nacional	4,1	4,1	4,1	4,0	3,8	4,3
Reporte casos en Barranquilla	34	33	29	40	41	42
Tasa Barranquilla	2,9	3,1	2,7	4,0	4,6	4,1
Reporte de casos en Atlántico	64	56	54	71	64	68
Tasa Atlántico	2,5	2,7	2,6	3,5	3,2	3,3

Fuente: Autora con base en información reportada por El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

El panorama presentado expone un problema que debe ser atendido desde diferentes perspectivas para evitar que siga en aumento y que los reportes sean cada vez mayores, pues un solo suicidio es ya una situación problemática que genera un grave impacto en el núcleo familiar y social que rodea a quien lo ejecuta. Lo anterior justifica el estudio del tema y las posibles alternativas de intervención para mitigar las nefastas consecuencias que puede generar.

Estudiar el suicidio demanda realizar análisis sobre los principales factores de riesgo que permitan la identificación oportuna de signos de alerta que aporten a la detección temprana del problema; sin embargo, la literatura reporta multitud de factores asociados poniendo de relieve que se trata de un problema multicausal y por tanto de difícil abordaje. Además se ha identificado con mayor frecuencia que la tendencia suicida se relaciona con la presencia de diagnósticos psiquiátricos, antecedentes de tratamiento, características clínicas, intentos previos, factores socioeconómicos, funcionamiento de la familia, la exposición al suicidio, y el acceso a los medios (Wolfe, *et al.*, 2014).

Así, las orientaciones futuras determinan que los esfuerzos de prevención para reducir el riesgo de tendencias suicidas incluyen la identificación de la juventud en alto riesgo y el desarrollo de programas dirigidos hacia los factores

mencionados e involucrar a la familia, así como llegar a las escuelas para ofrecer niveles intermedios o secundarios de prevención a los jóvenes con riesgo suicida (Wolfe, *et al.*, 2014; Sánchez-Teruel, García-León & Muela-Martínez, 2014).

### INVESTIGACIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La OMS (2001) ha diseñado una serie de instrumentos para la prevención del suicidio en diferentes contextos, de tal forma que ha publicado una colección de documentos dirigidos a personal médico y de salud, a medios de comunicación, personal de atención primaria en salud, consejeros, personal de instituciones penitenciarias, medios organizacionales, grupos de sobrevivientes y docentes y personal institucional. Allí se definen algunos aspectos a considerar de manera específica para cada contexto, pero pone en relieve como estrategias eficaces para prevenir el suicidio:

1. La restricción del acceso a los medios de suicidio, como sustancias tóxicas y armas de fuego.
2. La identificación y tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales y por consumo de sustancias.
3. La mejora del acceso a los servicios de salud y la asistencia social.
4. La cobertura responsable de las noticias sobre suicidios en los medios.

En el contexto escolar específicamente se sugiere que antes de que suceda algún acto suicida es fundamental el reconocimiento temprano de los niños y jóvenes en situación de aflicción y/o con un alto riesgo de suicidio. Así mismo, considera poco conveniente enseñar explícitamente a los jóvenes sobre el suicidio, por lo cual se recomienda un enfoque desde los aspectos positivos de la salud mental. De esta forma, las acciones de prevención pueden encaminarse hacia los docentes y el equipo institucional, y por otro lado a los estudiantes. Así se promueve la salud mental, el fortalecimiento de los jóvenes en aspectos afectivo-emocionales, el ofrecimiento de un ambiente adecuado además de proveer de información sobre los servicios de atención que pueden prestar apoyo en caso de ser necesario (OMS, 2001).

Así mismo se consideran acciones diferentes cuando se identifica riesgo suicida en un establecimiento educativo que cuando se evidencia la existencia de

un suicidio o de un intento. En el primer caso, las sugerencias se concentran en establecer contacto con el joven en riesgo a la vez que se mejoran las habilidades del equipo institucional, se ofrece apoyo psicológico y se retiran los medios para el suicidio. En el segundo caso, es necesario informar adecuadamente del evento a toda la comunidad educativa, identificar otros jóvenes en riesgo y ofrecer espacios para discutir el hecho (OMS, 2001).

En consonancia con lo expuesto, otros autores como Carmona, Jaramillo, Tobón y Areiza (2010), realizaron una propuesta de prevención e intervención que expone la necesidad de crear un sistema de alertas, la citación a uno de los padres y ubicar redes externas para el caso de jóvenes con ideación suicida. En tanto, se propone otro tipo de acciones para jóvenes escolarizados con intentos, como la intervención grupal de carácter preventivo, la atención individual por un profesional de la salud mental a quien hizo el intento de suicidio, la ejecución de visitas domiciliarias por parte del docente o el psicoorientador de la institución educativa a la familia del estudiante y la asignación de un líder afectivo de la institución, que por su carisma ofrezca a los jóvenes un canal de comunicación que promueva la expresión de emociones.

Los mismos autores proponen acciones concretas para el caso en que ocurra un suicidio consumado por parte de uno de los estudiantes, dando relevancia a promover la expresión de las emociones, la ejecución de rituales que permitan otorgar un lugar simbólico al hecho ocurrido y utilizar con tranquilidad la palabra suicidio. Además, la apertura de espacios que favorezcan la elaboración colectiva del impacto emocional mediante estrategias como el dibujo, el relato y la conversación. También se recomienda la intervención en pequeños grupos de los estudiantes más afectados por el impacto emocional del suicidio y la conversación individual con estudiantes en riesgo (Carmona, *et al.* 2010).

En esta línea Bustamante y Florenzano (2013) realizaron un análisis de los programas de prevención en establecimientos educativos y encontraron que se pueden clasificar en tres tipos:

- a. Programas que incorporan psicoeducación sobre depresión y/o suicidio en los currícula escolares: tiene por objetivo que los adolescentes comprendan la relación entre las enfermedades

mentales y otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida, de modo que puedan pedir ayuda en forma efectiva cuando la necesiten.

- b. Entrenamiento a profesores o escolares en detectar adolescentes en riesgo, los llamados “*gatekeepers* o guardianes”: estos son representantes del establecimiento que reciben una capacitación específica para poder ayudar a adolescentes en riesgo suicida, de tal forma que los jóvenes conocen quiénes son y saben que pueden recurrir a ellos.
- c. Programas de pesquisa o *screening* para la detección de riesgo suicida: su objetivo es detectar a los adolescentes con patología mental o en riesgo suicida a través de instrumentos de tamizaje y una vez identificados, son remitidos a un especialista en salud mental.

Otras investigaciones como la realizada por Reijas, Ferrer, González e Iglesias (2013), se han concentrado en analizar la efectividad de intervenciones específicas en pacientes con alto riesgo suicida. Así, realizaron un estudio con el fin de comprobar la efectividad de un programa de intervención intensivo comparando los efectos en personas sometidas a este tratamiento y personas expuestas a intervenciones convencionales. Sus resultados mostraron mayor efectividad en la prevención de recaídas frente a las intervenciones convencionales.

En esta línea, Hernández (2007) desarrolló una estrategia bifásica de intervención para adolescentes en riesgo suicida en escuelas secundarias públicas. Sus resultados indican que hasta un 17 % de la población escolar de la secundaria pública donde se implementó la estrategia en su versión final presentó algún nivel de riesgo suicida; sobre la efectividad del tratamiento encontró reducción de la ideación e intencionalidad suicidas.

Por otro lado, Palencia (2014), diseñó un modelo de intervención del suicidio en niños y adolescentes que se basó en la administración social del riesgo y los factores protectores y de riesgo, susceptible de modificación; de esta forma se concentró en aspectos como: la depresión, la ansiedad y la desesperanza.

En cuanto a la prevención del suicidio y la intervención frente al riesgo suicida no es posible contar con un número significativo de estudios que permitan evidenciar el camino recorrido para realizar procesos en diferentes contextos. Así mismo después de realizar la revisión de las investigaciones en el tema emergen interrogantes frente a las perspectivas, abordajes y enfoques que pueden aportar a la comprensión del tema. No obstante, sí es posible identificar preocupaciones aisladas de algunas organizaciones como la OMS que ha dirigido lineamientos generales sobre qué hacer y cómo afrontar el problema del suicidio.

A pesar de lo anterior, es posible identificar que las investigaciones de intervención del riesgo suicida se han concentrado en una mirada negativa del sujeto puesto que enfatiza en aquellas debilidades y aspectos constituyentes del riesgo, pero poco se abordan los aspectos protectores susceptibles de ser intervenidos para favorecer aspectos de soporte con el fin de evitar el riesgo, la ideación y el intento en jóvenes y adolescentes.

En este orden de ideas, es necesario traer a colación un novedoso enfoque en Psicología que permite hacer lecturas basadas en las fortalezas del ser humano, lo cual permitirá realizar verdaderos procesos de prevención: la Psicología Positiva entendida como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, ofreciendo una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades de lo que escogemos por nosotros mismos (Seligman, 2014; Seligman, 2011; Vásquez & Hervás, 2008), permite entender el fenómeno del suicidio desde una mirada preventiva en la que se destaquen los elementos positivos del sujeto que pueden fortalecer sus rasgos y aumentar su bienestar psicológico, social y personal reduciendo la posibilidad de llegar a considerar el suicidio como una opción.

En las últimas décadas, por ejemplo, se ha mostrado un interés creciente por los aspectos positivos del adolescente y cómo estos impactan en el desarrollo del sujeto apoyando el mejoramiento de la calidad de vida, la felicidad y el funcionamiento social (Caffo, Belaise, & Foresi, 2008; Kelley, 2003; Oliva, 2007; Alpízar, 2010; Giménez, Vázquez & Hervás, 2010). Así mismo, las escuelas pueden ser concebidas como espacios y contextos que no solo aportan al desarrollo de procesos de aprendizaje sino también al desarrollo humano y social, es decir como

Instituciones positivas que facilitan el florecimiento de los adolescentes (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Desde la Psicología Positiva se proponen diferentes tipos de intervención, algunas de ellas referidas a la valoración de sucesos pasados, las cuales cumplen un papel importante en el bienestar hedónico de las personas. Además se constituyen en un componente importante en la medida en que los jóvenes con riesgo suicida a menudo refieren interpretaciones negativas acerca de diferentes aspectos de su vida incluyendo eventos adversos sufridos en el pasado (Tabla 2).

**Tabla 2**

**Intervenciones positivas sobre el pasado**

Tipo de intervención	Actividades
Técnicas narrativas sobre sucesos positivos pasados: escritura sobre eventos vitales traumáticos.	Escritura de sucesos positivos: "Escribe sobre los momentos más felices de tu vida, intenta situarte allí y escribe sobre las emociones que viviste, de forma detallada".
Intervenciones basadas en la gratitud: definida como un estado afectivo positivo consecuencia del reconocimiento por parte del sujeto de haber obtenido un resultado positivo y el reconocimiento de que hay una fuente externa para ese resultado positivo.	Ejercicios de agradecimiento: "Hay muchas cosas en nuestras vidas por las que podemos estar agradecidos. Piensa en la última semana y escribe unas líneas sobre cinco cosas en tu vida por las que estás agradecido".
Entrenamiento en memoria autobiográfica: Interviene directamente sobre el etiquetado emocional que hacemos de los recuerdos. Así se busca un cambio en el modo procesamiento para buscar que las personas accedan a recuerdos más concretos y menos abstractos (comúnmente relacionados con la depresión).	Preguntas específicas sobre sucesos positivos autobiográficos: Preguntas sobre acontecimientos cuya duración fuese de minutos, horas o máximo un día. En las siguientes dimensiones o etapas: 1. Niñez, hogar y familia 2. Adolescencia 3. Adulterez 4. Resumen de vida

Fuente: Basado en Vásquez y Hervás, 2008

Por su parte, las intervenciones basadas en el futuro pueden tener un impacto significativo en la persona, teniendo un efecto protector frente a la depresión y otros problemas emocionales incluyendo el riesgo suicida (Tabla 3).

**Tabla 3**

**Intervenciones positivas sobre el futuro y el desarrollo de potencialidades**

Tipo de intervención	Actividades
Intervenciones basadas en la esperanza: trata de modificar elementos cognitivos centrados en el futuro, plantea como elemento central el logro de metas, teniendo en cuenta no solo las expectativas sobre el futuro sino también la motivación y planificación necesarias para la consecución de dichas metas. Se basa en la teoría de la esperanza y define la existencia de dos componentes: a. Itinerarios (o percepción de rutas) b. Control (o percepción de capacidad)	Basadas en Itinerarios: Imagen del momento actual Imagen de aquello que desearía lograr El punto de meta Una imagen de la ruta a seguir partiendo del momento actual a la meta.  Basadas en el control: Aprendizaje de recursos de automotivación Autoafirmaciones positivas.
Intervenciones basadas en las metas: basada en la teoría de la autodeterminación que otorga gran importancia a los mecanismos motivacionales de la personalidad. Intervenciones que buscan aumentar el sentido de causalidad interna y sensación de control en la formulación de las metas así como incrementar la habilidad de este en la vinculación de metas actuales y futuras.	Realizar un listado de metas Imaginarse consiguiendo la meta, escribir las razones para la consecución del objetivo.
Intervenciones basadas en las fortalezas: Se enfoca en el uso de las potencialidades del sujeto o rasgos potenciadores del sujeto.	Tres cosas positivas: Registrar una vez al día durante una semana tres cosas positivas dignas de agradecer y sus causas. Tu mejor recuerdo: el participante debe escribir recuerdos sobre una época en la que muestre sus mejores características, y leerla cada noche durante una semana con el objetivo de reflexionar sobre las fortalezas presentes.

(Continúa)

Tabla 3 (Viene)

Tipo de intervención	Actividades
	Identificación de fortalezas: realizar un cuestionario para así poder identificar las más sobresalientes en uno mismo. Usar las fortalezas de una forma novedosa: realizar ese mismo cuestionario de fortalezas y reflexionar sobre las nuevas formas de usar en la vida cotidiana las principales fortalezas de la persona, usando una de ellas en una nueva forma no usada hasta ahora.

Fuente: Basado en Vásquez y Hervás, 2008

### PROPUESTA DE PREVENCIÓN EN LA ESCUELA

A partir del recorrido señalado, la propuesta se basa en los postulados de la Psicología Positiva procurando atender a las observaciones expuestas en las investigaciones revisadas y que exponen la necesidad de realizar intervenciones preventivas de la conducta suicida en la escuela. Se aborda un programa de entrenamiento en habilidades para la reinterpretación de la realidad con intervenciones basadas en el pasado y en el futuro para el desarrollo de potencialidades apoyados en lo expuesto por Vásquez y Hervás (2008). A continuación se expone el contenido general de una programa de prevención del suicidio en la escuela haciendo uso de estrategias de la Psicología Positiva mediante un protocolo de intervención sobre el riesgo suicida.

Esta propuesta puede complementarse con la evaluación inicial del bienestar psicológico en los adolescentes, así como otras medidas de satisfacción vital, optimismo, entre otros aspectos positivos, antes y después de su implementación; se trata apenas de una aproximación inicial que puede ajustarse de acuerdo con las necesidades de los adolescentes.

es voluntaria, ya que nadie está obligado a participar. Al iniciar el programa se establecen las siguientes normas:

- a) Mantener el orden durante la sesión.
- b) Respeto por lo que sus compañeros y las orientadoras de los talleres expresen.
- c) Comunicar las opiniones, dudas y sugerencias de manera clara y respetuosa.
- d) Permanecer en el salón de clases durante la sesión.
- e) Sean ustedes mismos, no tengan miedo ni pena de expresar lo que deseen.

Se trata de una propuesta de seis encuentros grupales que consta de cinco momentos (exposición del objetivo, actividad de entrada, actividad central, socialización y tareas para la casa), las actividades descritas pueden ser llevadas a cabo por un psicólogo, docente o facilitador interesado en promover el despliegue de recursos positivos en los estudiantes, que les permitan asumir las demandas propias de la adolescencia con mayores recursos.

Cada momento representa un espacio de construcción de los adolescentes en torno a sus experiencias vitales y la resignificación de sucesos para aportar a la estructuración de una visión positiva de sus vidas, sus pasados y las posibilidades en el futuro. La exposición del objetivo consiste en mostrarles a los participantes cuál será el propósito de la sesión y así ofrecer información para que ellos puedan evaluar en la plenaria su cumplimiento. Seguidamente se realiza una actividad de entrada que tiene como finalidad aproximar a los jóvenes a acciones concretas sobre el aspecto a fortalecer y romper el hielo. La actividad principal, por su parte, apunta a reforzar determinados aspectos en los adolescentes, de tal manera que tengan acceso a la experiencia sobre el desarrollo positivo de sus recursos para hacerle frente a diferentes situaciones cotidianas. Cada sesión termina con una tarea para la casa con el objetivo de que se practiquen comportamientos que favorezcan la instalación de interpretaciones positivas sobre sus vidas. A continuación se expone la estructura del programa propuesto sesión a sesión (Tabla 4).

**Tabla 4**  
*Propuesta de intervenciones positivas basada en el pasado y futuro para la prevención del suicidio en el contexto escolar*

Sesión	Objetivo	Actividad de entrada	Actividad central	Tarea para la casa
1 Intervención basada en el pasado.	Incentivar los recuerdos positivos de los jóvenes y evocar las emociones que estos generan.	-Dinámica (El balón, diciendo el nombre, una cosa de sí mismo que le gusta y una cosa que no). -Condiciones del programa (breve descripción del programa, número de sesiones, periodicidad, voluntariedad, participación, reglas). Descripción del programa: Se trata de un programa psico-educativo para incrementar el bienestar de los jóvenes a través de estrategias positivas.	Escritura de sucesos positivos Instrucción: "Escribe sobre los momentos más felices de tu vida, intenta situarte allí y escribe sobre las emociones que viviste, de forma detallada".	Escribir todos los momentos felices que se hayan vivenciado en la semana y las emociones experimentadas, así sea solo una.

(Continúa)

**Tabla 4 (Viene)**

Sesión	Objetivo	Actividad de entrada	Actividad central	Tarea para la casa
2 Intervención basada en la gratitud.	Reconocer todas las cosas, personas y acontecimientos positivos por los cuales agradecer.	Autoafirmaciones positivas (frase de agradecimiento).	Instrucción: "Hay muchas cosas en nuestras vidas por las que podemos estar agradecidos. Piensa en momentos concretos y escribe unas líneas sobre cinco cosas en tu vida por las que estás agradecido".	Escribir una carta a una persona con la que estén agradecidos por algo y entregársela.
3 Intervención basada en la memoria auto-biográfica.	Entrenar la memoria auto-biográfica de los participantes buscando que accedan a recuerdos más concretos y positivos.	Autoafirmaciones positivas (frase positiva sobre la vida).	Instrucción: "Preguntar sobre acontecimientos cuya duración fuese de minutos, horas o máximo un día. En las siguientes dimensiones o etapas: Niñez, Adolescencia amigos, familia y escuela (Escribe al menos un recuerdo positivo sobre cada aspecto).	Hacer un resumen de tu vida en términos positivos.

(Continúa)

Tabla 4 (Viene)

Sesión	Ojetivo	Actividad de entrada	Actividad central	Tarea para la casa
4 Intervención basada en la esperanza.	Modificar elementos cognitivos centrados en el futuro, planteando como elemento central, el logro de metas, teniendo en cuenta no solo las expectativas sobre el futuro, sino también la motivación y planificación necesarias para la consecución de dichas metas.	Autoafirmaciones positivas (frase positiva sobre la esperanza).	Escribir sobre lo siguiente: a. ¿Cuál es la imagen que tengo de mi vida en el momento actual? b. ¿Cuál es la imagen de aquello que desearía lograr? c. Una imagen del camino a seguir partiendo del momento actual a la meta (qué necesito y qué debo aprender para lograrlo).	Listado de cosas que necesito a corto y mediano plazo para lograr las metas.
5 Intervención basada en el perdón.	Aportar a la capacidad de afrontar situaciones de dolor u ofensa en participantes a través de una reorientación emocional	Autoafirmaciones positivas (frase positiva sobre el perdón)	a. Identificar una situación de dolor u ofensa en la cual sientas necesario perdonar a otra persona, a Dios o a ti mismo. b. Escribir la situación. c. Escribe una nota de perdón sobre esa situación.	Entregar la nota de perdón escrita en la sesión y si todavía no se sienten preparados, escoger otra situación menor en la ofensa sentida y ofrecer perdón con una nota o un gesto. Después escribir cómo se sintieron haciendo esto.

(Continúa)

Tabla 4 (Viene)

Sesión	Objetivo	Actividad de entrada	Actividad central	Tarea para la casa
6 Intervención basada en las fortalezas.	Enfocar a los estudiantes en el uso de sus potencialidades.	Autoafirmaciones positivas (frase positiva sobre las fortalezas).	a. Tres cosas positivas: Registrar tres cosas positivas dignas de agradecer y sus causas. b. Tu mejor recuerdo: el participante debe escribir recuerdos sobre una época en la que muestre sus mejores características, y leerla cada noche durante una semana con el objetivo de reflexionar sobre las fortalezas presentes. Al finalizar entregar globos en un color, escribir tus fortalezas, o cosas a favor, es decir, las cosas más sobresalientes de ti mismo, y en el otro, escribir las cosas negativas de ti mismo. Luego, en un ritual romper el globo que tiene escritas las cosas negativas y quedarse con el que tiene escrito lo positivo.	Iniciar un diario personal en el que se pongan en ejercicio todas las estrategias adquiridas con la intervención

Fuente: Realizado por la autora

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alpizar, H. (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. *Revista Wimblu Electrónica de Estudiantes Esc. de Psicología*, 5(1), 65-83.
- Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 51(2), 126-36. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272013000200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200006)
- Caffo, E., Belaise, C. & Foresi, B. (2008). Promoting resilience and psychological well-being in vulnerable life stages. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 331-36.
- Carmona, P. J., Jaramillo, E. J., Tobón, H. F. y Areiza, S. Y. (2010). *Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas: ¿qué hacer en casos de suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida de nuestros estudiantes?* Medellín: Fondo Editorial FUNLAM.
- Chica, H. (2011). La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. *Revista Forensis datos para la vida*, 12(1), 200-34.
- Cifuentes, S. (2013). Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal colombiano, 2012. *Revista Forensis datos para la vida*, 14(1), 324-47.
- Cifuentes, S. (2014). Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. *Revista Forensis datos para la vida*, 15(1), 128-68.
- De la Torre, M. M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Recuperado de: [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf)
- Giménez, M., Vázquez, C. y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society, & Education*, 2(2), 97-116. Recuperado de: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2879/1/97-116.pdf>
- Hernández, Q. (2007). *Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Kelley, T. M. (2003). Health realization: a principle-based psychology of positive youth development. *Child and Youth Care Forum*, 32(1), 47-72.
- Macana, N. (2012). Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. *Revista Forensis datos para la vida*, 13(1), 244-65.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Review*, 30, 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Oliva, A. (2007). Adolescencia en positivo Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología, 25(3), 235-237.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del suicidio, un instrumento para docentes y demás personal institucional. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/63.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf)
- Palencia, B. (2014). Diseño de un modelo de intervención del suicidio en niños y adolescentes (Tesis de Maestría). Universidad del Rosario/ Universidad CES de Medellín, Colombia.
- Pérez, M., Vianchá, M., Martínez, L. y Salas, I. (2014). El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. *Revista Psicogente*, 17(31), 80-92.
- Reijas, T., Ferrer, E., González, A. y Iglesias, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en conducta suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 279-86.
- Sánchez-Teruel, D., Garcia-Leon, A. & Muela-Martinez, J. (2014). Prevention, assessment and treatment of suicidal behavior *Anales de Psicología*, 30(3), 952-963. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000300019&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000300019&script=sci_arttext)
- Seligman, M. (2011). La auténtica felicidad. España: Zeta.
- Seligman, M. (2014). *Florecer: la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Mexico: Océano.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. [Special issue]. *American Psychologist*, 55(1), 410-21.
- Valenzuela, D. (2010). Suicidio. Colombia, 2009: Epidemiología del Suicidio. *Revista Forensis datos para la vida*, 11(1), 200-233.
- Vásquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Buenos Aires: Editorial Desclee de Brouwer.
- Wolfe, K. L., Foxwell, A. & Kennard, B. (2014). Identifying and treating risk factors for suicidal behaviors in youth. *International Journal of behavioral consultation and therapy*, 9(3), 11-14.

## Capítulo 4

# Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de salud\*

**Carmen Sierra Llamas<sup>1</sup>**  
**Orlando González-Gutiérrez<sup>2</sup>**  
**Gladys Gaviria García<sup>3</sup>**  
**Gustavo Aroca Martínez<sup>4</sup>**

---

\*Este documento hace parte del proyecto denominado: "Calidad de vida en pacientes con enfermedad crónica".

1. Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Magíster en Psicología. Docente-Investigadora, Grupo de Investigación de Nefrología.

csierra@unisimonbolivar.edu.co

2. Psicólogo, Especialista en Psicología de la Salud, Magíster en Psicología Clínica y de Familia, Especialista en Teorías y Métodos de Investigación Social. Docente-Investigador, Grupo de Investigación Desarrollo Humano, Educación y Procesos Sociales.

ogonzalez@unisimonbolivar.edu.co

3. Enfermera, Especialista en Gerencia en Salud, Magíster en Educación. Docente-Investigadora, Grupo Nefrología y Grupo Cuidados de Enfermería.

ggaviria1@unisimonbolivar.edu.co

4. Médico, Especialista en Nefrología y Medicina Interna. Docente-Investigador, Grupo de Nefrología, garoca1@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

La indagación central del presente estudio está dirigida a la identificación de la Calidad de Vida (en adelante CV) en pacientes adultos diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica (en adelante ERC), en razón de que esta condición por sus características y demandas sobre la vida del paciente y sus familiares, reta a los profesionales y sistemas de salud a ahondar en los factores que pueden contribuir a mantener un mejor bienestar de estas personas, así como a favorecer su involucración positiva en los tratamientos médicos y psicosociales del estado de salud y, de esta manera, favorecer el logro de resultados deseables y esperados. Mantener una buena CV es importante para todos los seres humanos, y, en particular, para las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica (Medellín y Carrillo, 2014; Utrillas y Vidal, 2002). La salud en los estudios de CV se ha tornado una variable que afecta y aglutina a otros componentes como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc., por lo que ocupa un lugar clave del estudio, que tiene como objetivo principal evaluar los efectos de intervenciones en el cuidado de la salud, con el fin de mejorar las decisiones clínicas y profundizar en el conocimiento de sus causas y consecuencias (Fernández, 1998; Moreno & Ximénez, 1996). La Calidad de Vida relacionada con la Salud (en adelante CVRS) resulta un buen predictor de los niveles de estrés que experimenta una persona al momento de enfrentar una enfermedad que incide y desequilibra el ciclo normal de la vida. Es decir, que una buena CVRS se asocia con menores niveles de estrés dañino entre las personas con problemas de salud (Medellín y Carrillo, 2014; Pérez y Otero, 2014; Schwartzmann, 2003).

La ERC actualmente afecta a parte de la población de todas las edades, por lo cual se ha considerado como un problema de salud pública. En Colombia ha crecido la prevalencia e incidencia de la ERC de manera progresiva, al igual que en la mayoría de los países del mundo (Sánchez, Rodríguez y Medina, 2012). Según el informe de Enfermedades de Alto Costo (Fondo Inter-EPS del Sistema de Salud de Colombia [FI-EPS], 2014) había aproximadamente 20.000 personas en el 2013 para terapia de reemplazo renal en Colombia, lo que equivale a una prevalencia de 450 pacientes por millón de habitantes, con una incidencia del 5 %. Esta población podría duplicarse en los próximos diez años alcanzando una prevalencia superior a 800 pacientes por millón de habitantes. En muchos países del

mundo la prevalencia es superior a los 1.000 pacientes por millón de habitantes. Según este mismo informe, en Colombia 770.428 personas padecen una ERC en alguno de sus estadios (1-5). La tasa de mortalidad por ERC fue de 28,19 por cada 100 mil afiliados, la cual aumentó con respecto a la del año anterior que fue de 26,90 (FI-EPS, 2014). Lo anterior implica no solo altísimos costos económicos, actuales y futuros, para la atención de estas personas en el sistema de salud, teniendo en cuenta que, además, la ERC puede conllevar complicaciones biomédicas progresivas; implica también que la ERC tiene “grandes costos” psicosociales para la calidad integral de vida del paciente.

La ERC es una enfermedad crónica que se define como un daño renal que persiste por más de tres meses y que se manifiesta por una excreción anormal de albúmina o función renal disminuida, cuantificada mediante una tasa de filtración glomerular medida (Cassaretto y Paredes, 2006). Los principales tratamientos de la ERC son la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal (TR); este último es el que se asocia con un mejor pronóstico funcional y calidad de vida del paciente. Las metas de la terapia de reemplazo renal son: disminuir la mortalidad, controlar los síntomas de la uremia y regresar al paciente a su funcionamiento premórbido, con un adecuado desempeño en las actividades de la vida diaria. La elección del tipo de diálisis se da con base en las sugerencias del médico nefrólogo y la preferencia del paciente, en lo cual intervienen factores psicológicos, familiares, socioeconómicos y culturales (Millán, Gómez, Gil, Oviedo y Villegas, 2009). Por otra parte, estos pacientes, frecuentemente se ven afectados por otras enfermedades como la diabetes (tipo 1 o 2), el lupus, problemas de corazón, hipertensión, entre otras, que comprometen aún más la probabilidad de ocasionar un problema renal grave.

Es conocido que el impacto de la enfermedad crónica se asocia con estrés a nivel financiero, sensación negativa hacia sí mismo y hacia las propias capacidades, así como cambios en la filosofía de vida y problemas de conducta y emocionales en la persona enferma. Por otro lado, el impacto de la enfermedad crónica sobre las familias y cuidadores comúnmente conlleva alteraciones a nivel de comunicación e interacciones, como también coaliciones y alianzas familiares, además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad (Hwu, 1995; Northam, 1997; Vinaccia y Quinceno, 2012). Además cau-

sa desgaste físico, emocional, estrés constante, cuidados familiares y dependencia a algún familiar, lo cual dificulta en gran medida CV de los pacientes (Utrillas y Vidal, 2002). Los cuidados y tratamientos del paciente demandan gastos económicos, y, frecuentemente, cambios en su estilo de vida (Victoria y Rodríguez, 2007; Utrillas y Vidal, 2002) debido a que esta condición, comúnmente, tiene un desarrollo progresivo, y que sin los tratamientos oportunos va empeorando el diagnóstico y pronóstico.

Actualmente, el aumento de enfermedades crónicas, y particularmente la ERC, hace que exista la posibilidad de un crecimiento de la dependencia, la fragilidad y necesidad de cuidados de larga duración, donde la familia juega un papel determinante, siendo la encargada por excelencia de preservar y mantener la salud y la estabilidad emocional del enfermo, aunque ello implique sacrificios y esfuerzos innumerables (Velázquez y Espin, 2014).

Desde una perspectiva histórica del desarrollo del concepto de CV, el mismo empieza a desarrollarse con base en aportes con vocación interdisciplinaria provenientes de la Sociología y la Economía en los años 70, y como una reacción a los criterios economicistas en los estudios de nivel de vida (Núñez, *et al.*, 2010). De esta manera, comprender y analizar la CV de una sociedad significa tener en cuenta las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen, así como evaluar el grado de satisfacción que consiguen (Castro, 2001). Sin embargo, no existe una teoría única sobre la CV. Fernández-Mayoralas y Rojo (2005) exponen un concepto general de CV que resulta ilustrativo de asunciones compartidas al respecto, entendiéndola como la posibilidad que tiene una persona, una familia o una comunidad, de alcanzar el bienestar y la satisfacción de todas sus necesidades. Esta comprensión esencial de CV describe a grandes rasgos su carácter cotidiano, sin especificarla en relación con algún tipo de enfermedad, padecimiento o tratamiento generado para su solución. Como se observa, la CV remite a una evaluación de la experiencia que de la propia vida tienen los sujetos, y que más que una actividad racional, se realiza a partir de los propios sentimientos. De esta manera, como refieren González y Padilla (2006), la CV se compone de variables objetivas (condiciones de vida como educación, salud, am-

biente, ingresos económicos, etc.); subjetivas (actitudes, necesidades, expectativas y valores personales), y otras derivadas de la interacción entre ambas a partir de la evaluación hecha por el individuo con base en criterios socioculturales de sus grupos de referencia (por ejemplo, satisfacción con las condiciones y estilos de vida preferidos). Es importante el rol de la familia, ya que es fundamental el apoyo que le pueda dar a estos pacientes para que vivan su cotidianidad lo mejor posible (Padilla, 2005; Utrillas y Vidal, 2002).

Retornando al campo psicológico de la salud, la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) refiere a un *constructo* complejo o multidimensional. La mayoría de los autores conciben la CVRS como un proceso dinámico, personal y circunstanciado, relativo a las personas que tienen problemas de salud (Padilla, 2005; Pérez y Otero, 2014). Asimismo, es un concepto que se refiere a la forma en que el sujeto responde ante situaciones cotidianas vinculadas con su salud. Incluye variables psicológicas o internas del individuo que modulan su percepción de bienestar en la situación de enfermedad, tales como: salud percibida, satisfacción en la vida y habilidades funcionales, entre otras variables del contexto de vida de las personas con problemas de salud, que condicionan dicho bienestar o malestar percibido, por ejemplo, el estatus socioeconómico, el estado de salud, el acceso y calidad de los servicios de salud, el trabajo, las oportunidades disponibles de desarrollo personal y el uso efectivo del tiempo libre (Urzúa, 2010).

Según Vinaccia y Orozco (2005) la CVRS abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social tiene que ver con las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.

En diversos estudios la ERC se asocia invariablemente con disminución de la CVRS y distrés psicológico, aunque también muestran que un alto porcentaje

de los pacientes perciben su calidad de vida en el rango que puede ir de Regular a Buena y Excelente (Acosta, Chaparro y Rey, 2008; González y Lobo, 2001; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España [MSS-SIGE], 2015). Dentro de los factores sociodemográficos y biomédicos que se han reportado que correlacionan con la calidad de vida de estos pacientes, están: El sexo (mayor incidencia en hombres), el tiempo de enfermedad y tratamiento, la co-morbilidad, la edad de los enfermos (es creciente la tasa de ERC en adultos de mayor edad), y el nivel socioeconómico y educativo (Castro, 2001; Pabón-Varela *et al.*, 2015; Rodríguez, Castro y Merino, 2005).

Entre los factores que influyen en la calidad de vida de estos pacientes, como de otros enfermos crónicos severos, se pueden mencionar: el grado de funcionalidad física y la independencia funcional (Barros, Beltrán y Aroca, 2014), psíquica y económica (González y Padilla, 2006). La persona independiente en estos aspectos tiene mayor calidad de vida, que aquella que depende de su familia y/o de la sociedad (Pabón-Varela, *et al.*, 2015; Sierra y Julio, 2010). Igualmente favorece una mejor CVRS, la vida en el propio hogar, el apoyo familiar en general, y de la pareja en particular, así como contar con recursos de apoyo en la comunidad (Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007; Medellín y Carrillo, 2014; Pabón-Varela, *et al.*, 2015; Utrillas y Vidal, 2002). La pérdida de un miembro de la pareja, así como la soledad objetiva o subjetiva se identifica como un factor negativo en la calidad de vida (Barros, *et al.*, 2014; González y Lobo, 2001; Mera, 2007; Pérez, 2001). Por otra parte, una buena calidad de vida y mejor adherencia a los tratamientos se encuentran recíproca y positivamente asociados (La Rosa, Martín & Bayarre, 2007; Malheiro y Arruda, 2012).

En consecuencia, es importante ampliar la base de nuestro conocimiento actual sobre la CV en personas con ERC en nuestro medio, ya que las informaciones disponibles sobre la CVRS proviene de estudios realizados en estas y otras poblaciones de contextos sociales ajenos al nuestro. Es fundamental que la intervención socio-médico-psicológica con personas con ERC y sus familiares, pueda reconocer y orientarse a diferentes dimensiones o factores involucrados en la configuración de la CV de estos pacientes, con el fin de promover o mantener mejores estados de bienestar a lo largo de su experiencia vital con la enfermedad. Como

beneficio último de los resultados obtenidos por este tipo de estudios se pretende que los sistemas de salud tengan una perspectiva multidimensional de la calidad de vida de las personas con ERC, y con base en ello derivar decisiones y acciones en el abordaje de estos pacientes; de igual manera que los pacientes conozcan la importancia de la CV en el afrontamiento y cuidado de su salud. Concretamente, para este estudio se formuló el siguiente interrogante: ¿Cómo es la Calidad de Vida de los pacientes diagnosticados con ERC que son atendidos en una IPS de la ciudad de Barranquilla?

## MÉTODO

Para alcanzar el objetivo propuesto, se desarrolla un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) y un diseño de medición única o transversal de la calidad de vida de pacientes con ERC, quienes reciben tratamiento en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla.

## Participantes

La población contemplada para el estudio fue de 50 pacientes diagnosticados con ERC asistentes a la Unidad de Nefrología de la institución; la muestra fue de 30 pacientes de ambos sexos, la cual se constituyó de modo intencionado y no probabilístico a partir de los criterios de inclusión y exclusión que se definieron para tal fin. Los *criterios de inclusión* considerados fueron: personas diagnosticadas con ERC, en tratamiento en la Unidad Renal de la IPS en el momento del estudio, con edades entre 18-80 años, con capacidades de lecto-escritura y que autorizaran su participación consentida en la investigación. Como *criterio de exclusión* se consideró que el paciente presentara un diagnóstico concomitante de trastorno mental.

## Instrumento

El instrumento utilizado fue el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) de Riveros, Sánchez y Del Águila (2009). Este permite evaluar la percepción de satisfacción del sujeto que atraviesa o ha atravesado una experiencia clínica, tal como una enfermedad crónica, en 12 áreas, cada una con cuatro reactivos. Dichas áreas son: 1- *Preocupaciones*. Esta área se refiere a los cambios

en la percepción de la interacción con otros derivados del proceso de la enfermedad; incluye ítems como: “Me preocupa que alguien se sienta incómodo cuando está conmigo, por mi enfermedad”. 2- *Desempeño físico*. Se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo; contiene reactivos como: “Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos”. 3- *Aislamiento*. Esta área explora los sentimientos de soledad o de separación del grupo habitual, por ejemplo, “Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes”. 4- *Percepción corporal*. Esta área se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente, e incluye ítems como: “Me da pena mi cuerpo”. 5- *Funciones cognitivas*. Esta área revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración, como “Se me olvida dónde puse las cosas”. 6- *Actitud ante el tratamiento*. Esta área revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico, por ejemplo, “Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad”. 7- *Tiempo libre*. Esta área explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas; contiene reactivos como: “Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos”. 8- *Vida cotidiana*. Esta área revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad, por ejemplo, “Ahora que estoy enfermo la vida me parece aburrida”. 9- *Familia*. Esta área explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia; contiene reactivos como “Mi familia cuida mis sentimientos”. 10- *Redes sociales*. Esta área explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas; contiene reactivos como “Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me puede ayudar”. 11- *Dependencia médica*. Esta área se refiere al grado en el que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, por ejemplo: “No me importa qué tengo, solo quiero que el médico me cure”. 12- *Relación con el médico*. Esta área se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante, por ejemplo: “Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad”.

#### Procedimiento

A los sujetos identificados para participar en el estudio con base en los criterios de inclusión y exclusión, se les invitó y solicitó su consentimiento in-

formado. La aplicación del instrumento fue individual en una sola jornada. Los puntajes de cada una de las escalas o áreas de la prueba y las mediciones de las variables sociodemográficas fueron organizados en una matriz de datos y procesados estadísticamente (frecuencias y porcentajes) con el soporte de SPSS 19. Se realizó el análisis de fiabilidad del instrumento con base en el Alpha de Cronbach, el cual indicó un nivel satisfactorio de cada una de las áreas del instrumento, con una consistencia interna global de  $\alpha = 0,76$ , lo cual es concordante con otros estudios de validación con población mexicana (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2003; Rodríguez, 2002).

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas del paciente

La composición de la muestra por sexos fue de 12 hombres (40 %) y 18 mujeres (60 %). En cuanto a la conformación por edad, se encuentra una mayor representación del grupo de Menor o Igual a 50 años (31 %), seguido por los grupos etáreos de 51 a 58 años (24 %), entre 59 y 68 años (24 %) y, por último, el de 69 y más años (21 %). La mayoría de los sujetos (43,3 %) presenta un nivel de escolaridad de básica secundaria, seguido por un 33 % que solo cuenta con la básica primaria, el 20 % con estudios técnicos y solo un 3,3 % con estudios profesionales. En cuanto a ocupación actual, en concordancia con la mayor prevalencia de mujeres en la muestra, predomina la ocupación de ama de casa (53,3 %); en segundo lugar, con un 16,7 %, están los pensionados; el 30 % restante se distribuye en diversas ocupaciones como tenderos, comerciantes, mecánicos, estilistas y otros oficios técnicos.

Tabla 1

Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Preocupaciones

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(<=0) MUY ALTA	3	10,0
(2-8) NORMAL	8	26,7
(9-14) BAJA	17	56,7
(>=15) MUY BAJA	2	6,7
Total	30	100,0

### Áreas o dimensiones de la Calidad de Vida del paciente

Las respuestas para el área de **Preocupaciones** se categorizaron en cuatro niveles (Tabla 1) de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta ( $\leq 0$ ), Normal (2-8), Baja (9-14) y Muy Baja ( $\geq 15$ ). El nivel Bajo de preocupación por cambios en la interacción con otros derivados del proceso de la enfermedad se observa que predomina entre los sujetos (56,7 %), seguido por un 26 % que consideraron un nivel de preocupación Normal al respecto. No obstante, vale señalar que el 10 % de la muestra sí manifestaba tener preocupaciones Muy Altas en torno a la interacción con otros debido a su enfermedad.

**Tabla 2**

*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Desempeño Físico*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
( $\leq 8$ ) MUY BAJO	12	40,0
(9-11) BAJO	4	13,3
(12-17) NORMAL	7	23,3
( $\geq 18$ ) ALTO	1	3,3
( $\geq 19$ ) MUY ALTO	6	20,1
Total	30	100,0

Como se observa en la Tabla 2, las respuestas de los sujetos en el área de **Desempeño físico** se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alto ( $\geq 19$ ), Alto ( $\geq 18$ ), Normal (12-17), Bajo (9-11) y Muy Bajo ( $\leq 8$ ). El 56,6 % calificó que su nivel de desempeño físico es Muy Bajo (40 %) o Bajo (13 %), es decir, que se ha visto disminuida su capacidad física para realizar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, mientras que el 46,7 % de los sujetos refiere que su desempeño físico habitual es Normal o no se ha afectado significativamente por la enfermedad.

**Tabla 3**

*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Aislamiento*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
( $\leq 0$ ) MUY ALTO	5	16,7
(2-6) NORMAL	6	20,0
(=7) BAJO	4	13,3
( $\geq 12$ ) MUY BAJO	15	50,0
Total	30	100,0

Las puntuaciones obtenidas en el área de **Aislamiento** (Tabla 3) se categorizaron en cuatro niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alto ( $\leq 0$ ), Normal (2-6), Bajo (7) y Muy Bajo ( $\geq 12$ ). Así, el 63,3 % de los sujetos manifestaron niveles Bajos a Muy Bajos de aislamiento social de su grupo habitual debido a su condición de salud, el 20 % consideraba que el nivel de aislamiento producido era Normal, aunque el 16,7 % sí consideró que se había producido a raíz de su enfermedad dicho aislamiento en un nivel Muy Alto.

**Tabla 4**

*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Percepción corporal*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
( $\leq 0$ ) MUY ALTA	3	10,0
(1) ALTA	1	3,3
(2-7) NORMAL	12	40,0
(8) BAJA	1	3,3
( $\geq 12$ ) MUY BAJA	13	43,3
Total	30	100,0

Los puntajes obtenidos en el área de **Percepción Corporal** (Tabla 4) se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta ( $\leq 0$ ), Alta (1), Normal (2-7), Baja (8) y Muy Baja ( $\geq 12$ ). Con base en ello, los resultados indican que el 46,6 % de la muestra tiene una percepción de Baja o Muy Baja satisfacción con su aspecto o atractivo físico afectado por su enfermedad; sin embargo, el 53,3 % presenta una puntuación que va de Normal (40 %) a Alta (3,3 %) y Muy Alta satisfacción (10 %), es decir, que su percepción corporal no aparece afectada por su problema de salud.

**Tabla 5**

*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Funciones Cognitivas*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
( $\leq 2$ ) MUY ALTA	4	13,3
(3-4) ALTA	5	16,7
(5-9) NORMAL	15	50,0
(10-12) BAJA	2	6,7
( $\geq 13$ ) MUY BAJA	4	13,3
Total	30	100,0

Como se observa en la Tabla 5, los puntajes del área de **Funciones cognitivas** se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta ( $\leq 2$ ), Alta (3-4), Normal (5-9), Baja (10-12) y Muy Baja ( $\geq 13$ ), los cuales indican que la mayoría de los sujetos perciben que mantienen su funcionamiento en niveles Normales (50 %), Altos (16,7 %) o Muy Altos (13,3 %); mientras que el 20 % observa que sus funciones cognitivas (memoria, concentración) se han visto afectadas (nivel Bajo y Muy Bajo).

**Tabla 6**  
*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Actitud ante el tratamiento*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
( $\leq 0$ ) MUY ALTA	6	20,0
(1-2) ALTA	2	6,7
(3-7) NORMAL	14	46,7
(8-11) BAJA	6	20,0
( $\geq 12$ ) MUY BAJA	2	6,7
Total	30	100,0

Los puntajes de los sujetos en el área de **Actitud ante el tratamiento** (Tabla 6), se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta (0), Alta (1-2), Normal (3-7), Baja (8-11) y Muy Baja ( $\geq 12$ ). Estos indican que la mayor parte de los sujetos, el 73,4 %, presenta una actitud de nivel Normal a Muy Alta favorable a los tratamientos recibidos, mientras que el 26,7 % presenta una actitud desfavorable (niveles Bajo y Muy Bajo).

**Tabla 7**  
*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Tiempo libre*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(<0) MUY ALTA	3	10,0
(=0) ALTA	1	3,3
(1-7) NORMAL	9	30,0
(8-12) BAJA	9	30,0
(13+) MUY BAJA	8	26,7
Total	30	100,0

En la Tabla 7 se categorizan en cinco niveles los puntajes obtenidos para el área de **Tiempo libre** de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta ( $< 0$ ), Alta ( $= 0$ ), Normal (1-7), Baja (8-12) y Muy Baja ( $\geq 13$ ). Los puntajes en esta área muestran que el 30 % de la muestra considera que ha podido continuar haciendo un uso del tiempo libre dentro de rangos Normales, junto con el 13,3 % quienes consideran que los procesos de la enfermedad no han obstaculizado sus actividades recreativas (niveles Alto y Muy Alto); sin embargo, el 56,7 % considera tener limitaciones para el disfrute de las actividades de tiempo libre debido a la enfermedad y los tratamientos.

**Tabla 8**  
*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Vida cotidiana*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(<=0) MUY ALTA	4	13,3
(1-5) NORMAL	8	26,7
(6-12) BAJA	15	50,0
(>=13) MUY BAJA	3	10,0
Total	30	100,0

La Tabla 8 presenta los puntajes obtenidos para el área de **Vida Cotidiana**, los cuales se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta ( $\leq 0$ ), Normal (1-5), Baja (6-12) y Muy Baja ( $\geq 13$ ). Los resultados indican que el 60 % de los sujetos presentan insatisfacción con su cotidianidad producto de cambios derivados de su enfermedad (niveles Bajo y Muy Bajo), aunque el 40 % considera estar conforme con los cambios en las rutinas de su vida cotidiana a partir de la enfermedad (niveles Normal y Muy Alto).

**Tabla 9**  
*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Familia*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(<=12) MUY BAJA	5	16,7
(13-16) BAJA	9	30,0
(17-19) NORMAL	6	20,0
(>=20) MUY ALTA	10	33,3
Total	30	100,0

Como se observa en la Tabla 9, los puntajes obtenidos en el área de **Familia** se categorizaron en cuatro niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta ( $\geq 20$ ), Normal (17-19), Baja (13-16) y Muy Baja ( $\leq 12$ ). Se encontró que el 53,3 % de los sujetos percibe apoyo emocional de su familia dentro de niveles que van de Normales a Muy Altos, mientras que el 46,7 % considera que dicho apoyo iba de Bajo (20 %) a Muy Bajo (16,7 %).

**Tabla 10**  
*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Redes Sociales*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
( $\leq 6$ ) MUY ALTA	2	6,7
(7-10) ALTA	4	13,3
(11-18) NORMAL	19	63,3
(19) BAJA	2	6,7
( $\geq 20$ ) MUY BAJA	3	10,0
Total	30	100,0

Los puntajes del área de **Redes sociales** se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario (Tabla 10): Muy Alta ( $\leq 6$ ), Alta (7-10), Normal (11-18), Baja (19) y Muy Baja ( $\geq 20$ ). La mayor parte de la población (63,3 %) percibe que cuenta con recursos para resolver problemas en sus redes sociales en un nivel Normal, y el 20 % percibe que los dispone en niveles Altos y Muy Altos. Es decir, el 83,3 % asignó puntuaciones dentro de los rangos Normal, Alto y Muy Alto. Sin embargo, no así el 16,7 %, quienes al respecto percibían que su disposición de recursos en sus Redes sociales era Bajo o Muy Bajo.

**Tabla 11**  
*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Dependencia hacia el médico*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(4-6) ALTA	4	13,3
(7-13) NORMAL	15	50,0
(14-17) BAJA	6	20,0
( $\geq 18$ ) MUY BAJA	5	16,7
Total	30	100,0

Las respuestas al área de **Dependencia hacia el médico** se categorizaron en cuatro niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Alta (4-6), Normal (7-13), Baja (14-17) y Muy Baja ( $\geq 18$ ) (Tabla 11). La mayor proporción de los sujetos (50 %) consideró que su dependencia hacia el médico estaba en niveles Normales, y el 36,7 % en niveles Bajos o Muy Bajos. En suma, el 86,7 % respecto de esta área, presentaba puntuaciones dentro del rango de los niveles Normal y Muy Bajo, y solo el 13,3 % en niveles Altos.

**Tabla 12**  
*Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Relación con el médico*

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
( $\leq 3$ ) MUY BAJA	1	3,3
(4-7) BAJA	3	10,0
(8-14) NORMAL	18	60,0
(15) ALTA	1	3,3
( $\geq 17$ ) MUY ALTA	7	23,3
Total	30	100,0

Como se observa en la Tabla 12, los puntajes en el área de **Relación con el médico** se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta ( $\geq 17$ ), Alta (15), Normal (8-14), Baja (4-7) y Muy Baja ( $\leq 3$ ). La mayor parte de los sujetos (60 %) reportó satisfacción en un nivel Normal con su relación con el médico, y el 26,6 % estaba satisfecho de forma Alta o Muy Alta. Es decir, el 86,6 % de la muestra valoró dentro de los rangos de Normal a Muy Alta la satisfacción con la relación con su médico. No obstante, para el 13,3 % de los sujetos la satisfacción con esta relación es Muy Baja o Baja.

## DISCUSIÓN

Como síntesis de los resultados se encuentra que hay una mayor proporción de mujeres en la muestra (60 %); que el 60 % de los participantes estaba por encima de los 50 años, y que el 76,3 % de estos tenían niveles educativos de básica primaria o secundaria; adicionalmente, las áreas que en primer lugar apoyan una CVRS positiva en una mayoría de los sujetos con ERC del estudio, y en una secuencia de mayor a menor proporción en la muestra, son: Un bajo nivel de dependencia médica, la relación positiva con el médico, la percepción de contar

con apoyos de las redes sociales y un bajo nivel de sentimientos de aislamiento social y de preocupaciones vinculadas a cambios en la interacción con otras personas debido a la enfermedad; en segundo lugar, también tienden a favorecer la CVRS, el mantenimiento de las funciones cognitivas, una buena actitud hacia los tratamientos y contar con el apoyo emocional de la familia. Por el contrario, las principales áreas que impactan negativamente la CVRS de los sujetos con ERC del estudio son las afectaciones negativas de la vida cotidiana, del uso del tiempo libre, del desempeño físico y de la percepción corporal.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se evidencia que las áreas o dimensiones que más intervienen en el deterioro de la CVRS en estos pacientes del estudio son *Vida cotidiana* y el *uso del Tiempo libre*, con un 60 % y 56,7 % respectivamente; lo cual indica que las pérdidas de salud y limitaciones que la ERC conlleva al propio estilo y rutinas de vida (Cassaretto y Paredes, 2006), y que comúnmente se asocian a sentimientos de dolor, enojo, depresión y ansiedad (Sierra y Benítez, 2014) les obstaculiza realizar actividades cotidianas o recreativas valoradas, tal como se ha documentado ampliamente en la literatura (Fernández, 1998). Esto a su vez parece estar relacionado de manera particular, como lo sugieren los resultados de este estudio, con la afectación negativa del *Desempeño físico* propio; el 56,6 % de los sujetos calificaban como disminuida su capacidad para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, lo cual es consistente con las observaciones clínicas sobre los efectos negativos de la ERC en la capacidad de esfuerzo físico de estos pacientes, en particular en aquellos en fases avanzadas de la enfermedad (Barros, *et al.*, 2014). Por supuesto, adicionalmente, como es de esperar, toda esta afectación negativa de la capacidad física, es probable que para algunas personas incida deteriorando su *Percepción corporal*, como así parece apoyarlo los resultados de este estudio, en la medida que un 46,6 % de los sujetos manifestó experimentar insatisfacción con su aspecto o atractivo físico, observación recurrentemente reportada en la literatura (Barros, *et al.*, 2014). Sin embargo, vale decir que una proporción solo un poco mayor a la anterior (53,3 % de los sujetos de la muestra), no ha visto afectada su percepción corporal por su condición médica. Junto a las variables físicas que aparecen afectando de manera negativa y central la CVRS de los sujetos (el desempeño físico y la percepción corporal deterioradas, que a su vez parecen limitar la cotidianidad y el uso del tiempo de ocio), aparece el

área de las *Funciones cognitivas* (memoria y concentración), aunque en una proporción baja (solo en el 20 % de los casos).

Por otra parte, cabe destacar entre las dimensiones o áreas que más aportan positivamente a la CVRS de los pacientes de este estudio, está la percepción de satisfacción con la *Relación con el médico* (en el 86,6 % de los sujetos), lo cual complementariamente es confirmado por una valoración de Normal a Muy Baja, *Dependencia médica* en el 86,7 % de los casos. Es decir, la mayoría no consideraba estar depositando la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, aunque se sentía satisfecha con la atención y le gusta hablar con él sobre su enfermedad. La calidad percibida de la relación con el médico, con el equipo e institución de salud en general, se sabe que cumple importantes funciones del apoyo social, por ejemplo, de acción y orientación profesional o experta y emocional, y se vincula con mejores estatus de salud, adherencia a los tratamientos y bienestar psicosocial de las personas con problemas crónicos de salud (Núñez, Castaño & Aristizábal, 2006; Núñez, *et al.*, 2010). En particular, es frecuente que personas con ERC busquen y establezcan relaciones a largo plazo asegurantes –cognitiva, emocional y pragmáticamente– con el equipo médico, que, por otra parte, contribuye a sostener y desarrollar la autonomía del paciente para cuidar activamente la propia salud. Aspecto este que, por lo demás, podría estar favoreciendo una positiva *Actitud ante el tratamiento* en los sujetos de la muestra en un alto porcentaje: el 73,4 % de los sujetos mostraron una disposición positiva para adherirse al tratamiento médico. Como es sabido, uno de los factores que mejor contribuye a la adherencia a los tratamientos, y por ende a la CVRS, son las Relaciones positivas con la Red profesional de salud (Medellín y Carrillo, 2014).

El área de *Preocupaciones* se mostró en la mayoría de los sujetos (83 %) como no afectando negativamente su CVRS. Es decir, las preocupaciones de los sujetos no se referían centralmente a que la interacción con otros hubiera sido “lastimada” de alguna forma por cambios derivados de la enfermedad, por lo cual tampoco, en la mayoría de los sujetos, aparecían sentimientos de *Aislamiento social* del grupo habitual debido a la enfermedad (solo aparecía la percepción de aislamiento en el 16,7 % de las personas). Por el contrario, el área de *Redes sociales* aparece en los participantes del estudio fuertemente sosteniendo su CVRS (83,3 % de los casos),

en concordancia con bajo nivel de preocupaciones de afectación de las relaciones sociales y de sentimientos de aislamiento social, ya señalados. Esto quiere decir que una mayoría de los sujetos percibe contar con los recursos humanos en su red social para resolver problemas vinculados con la atención de su salud u otros. En esta misma dirección, a favor de la CVRS de los participantes, está la percepción de contar con el apoyo emocional de la *Familia* en el 53 % de los casos, aunque vale hacer notar que una proporción un poco menor de los sujetos, mas sin embargo alta (46,6 %), considera que ese apoyo es Bajo o Muy Bajo, afectando la dimensión del apoyo social (el familiar) de la CVRS de los pacientes. Como destacan Loraine (2011) y Utrillas y Vidal (2002) la familia es la principal red de apoyo del individuo, ya que el acompañamiento que le brindan en este proceso al paciente, lo estimula a realizar conductas positivas para el manejo de su enfermedad como es la adherencia al tratamiento. Complementariamente, contar con redes sociales activas (familiares, de amistad, profesionales y comunitarias en general) ayuda a los pacientes no solo a resolver problemas, inesperados o no, sino que les permite controlar mejor el nivel de estrés, logrando un efecto saludable a nivel físico y psicológico en ellos, además de favorecer la adherencia al tratamiento como se ha dicho, por lo cual es central para la CVRS (Sánchez, *et al.*, 2012). Como se puede observar, lo común a todas estas áreas que sostienen una buena CVRS entre los sujetos, es que se refieren al dominio de la interacción social positiva y de apoyo, los cual no es sorpresivo dada la reconocida importancia que tienen, más allá de las situaciones de enfermedad, en el desarrollo humano saludable y adaptativo en general.

Por último, es importante reconocer las limitaciones en la capacidad de generalización de estos hallazgos dada por restricciones metodológicas del estudio: insuficiencia en las condiciones de representación de la muestra por su tamaño y no aleatorización en su composición, así como porque el nivel descriptivo del análisis presentado no avanza a especificar los hallazgos reportados sobre la CVRS en relación con variables sociodemográficas y biomédicas importantes, que en el caso de estas últimas, están el efecto del tiempo que lleva el paciente con la enfermedad y en los tratamientos, el tipo de los mismos, así como la fase en que se halla la enfermedad.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados de la evaluación de la CVRS de los sujetos estudiados, esta aparece más afectada en relación con las dificultades que acarrea la enfermedad para desempeñar las rutinas de la vida cotidiana y mantener las pautas habituales en el uso del tiempo libre, en la medida que se puede ver afectada la capacidad de esfuerzo físico que estas actividades pueden requerir, pudiendo comprometer en consecuencia la propia percepción corporal positiva. Sin embargo, en general puede decirse que son más las áreas evaluadas en los sujetos con ERC del estudio que sostienen una buena CVRS (niveles de satisfacción que van de Normal a Muy Alto). En particular, las principales áreas que apoyan una CVRS positiva entre los sujetos fueron: Bajo nivel de dependencia médica, relación positiva con el médico, contar con redes sociales y un bajo aislamiento social y sin mayores preocupaciones por el deterioro en la interacción con otras personas debido a la enfermedad; adicionalmente contribuye a su CVRS, una buena actitud hacia los tratamientos y contar con el apoyo emocional de la familia. Desde una perspectiva de promoción de la salud y del bienestar en estos pacientes, estas áreas de fortaleza actual de la CVRS, que primordialmente apuntan a una gran área que tiene en común la interacción y apoyo social positivos, deberían y podrían ser consideradas como recursos para seguir apuntalando el bienestar de estos pacientes, en la misma medida que contribuyen a paliar y ser más llevaderas las limitaciones, si no cambios, en la funcionalidad y percepción de la capacidad física, en la afectación de la vida cotidiana y del ocio, que la enfermedad tiende a conllevar, por encima incluso, de los fundamentales aportes de la terapéutica biomédica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, P., Chaparro, L. y Rey, C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 9-26.
- Barros, L., Beltrán, Y. y Aroca, G. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica hemodializados y no hemodializados. *Revista Colombiana de Nefrología*, 1. [En línea]. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/154>
- Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento de la enfermedad crónica: Estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, 24(1), 109-140.
- Castro, M. L. (2001). Calidad de Vida y Promoción de la Salud. En Restrepo, H., y Málaga, H. (Ed.), *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable* (pp.56-64). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-79.
- Fernández, R. (1998). Calidad de vida: Las condiciones diferenciales. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
- Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117-35.
- Fondo Inter-EPS del Sistema de Salud de Colombia (2014). Informe de enfermedades de Alto Costo en Colombia. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. [En línea]. Disponible en: <http://www.cuentadealtocosto.org/#>>
- González, A. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-09.
- González, V. y Lobo, N. (2001). Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería*, 4(2), 6-12.
- González-Celis, A.L., y Sánchez-Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(1), 43-58.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hwu, Y. (1995). The impact of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing*, 20, 221-25.
- La Rosa, Y., Martín, L. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1), 89-99.
- Loraine, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-99.
- Malheiro, P. y Arruda, D. (2012). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Revista Enfermería Global*, 11(4), 276-94.
- Medellín, J. y Carrillo, G. (2014). Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Avances en Enfermería*, 32(2), 206-16.
- Mera, M.L. (2007). Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis (Tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Millán, R., Gómez, C., Gil, F. A., Oviedo, G. F. y Villegas, F. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis en seis unidades renales en Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 622-36.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, Subdirección General de Calidad y Cohesión, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación y Consejerías de Sanidad de las CCAA (2015). Documento marco sobre enfermedad renal crónica (ERC) dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. España: MSSSI-GE. [Recuperado el 18 de marzo de 2015]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad\\_Renal\\_Cronica\\_2015.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf)
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Bue-

- la-Casal, V. Caballo, y J. Sierra (Eds.), Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la salud, (pp.1045-1070). Madrid, España: Siglo XXI.
- Northam, E. (1997). Psychosocial impact of chronic illness on children. *Journal of Pediatric Child Health*, 33(5), 369-72.
- Núñez, A. C., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C. A., Santoyo, F. y San Martín, A. H. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 13, 11-32. [Recuperado el 18 de marzo de 2015]. Disponible en: [http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campus/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista13/Calidad\\_de%20vida\\_salud\\_y\\_factores\\_psicologicos\\_asociados.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campus/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Calidad_de%20vida_salud_y_factores_psicologicos_asociados.pdf)
- Núñez, R. A., Castaño, G. R. y Aristizábal, O. (2006). Factores biológicos y psicosociales relacionados con las condiciones de salud: una aproximación al perfil de salud de jóvenes estudiantes universitarios. *Revista Proyecciones*, 8, 51-71.
- Pabón-Varela, Y., Páez-Hernández, K., Rodríguez-Daza, K., Medina-Atencia, C., López-Tavera, M. y Salcedo-Quintero, L. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Duazary*, 12(2), 157-63. [Recuperado el 18 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1473/861>
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: Panorámica de Investigaciones Clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Pérez, M. (2001). Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con IRCT en terapia de HDC. (Tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Pérez, Y. & Otero, I. (2014). Calidad de vida, ansiedad, depresión y optimismo disposicional en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Psicogente*, 17(31), 107-19.
- Riveros R., Sánchez, J. y Del Águila, M. (2009). Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa). México: El Manual Moderno S.A.
- Rodríguez, O. (2002). Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de México, México.
- Rodríguez, V., Castro, S. y Merino E. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 47-57.
- Sánchez, A., Rodríguez, R. y Medina, A. (2012). Aspectos psicosociales de la enfermedad renal crónica. *Enfermería nefrológica*, 15, 166-67.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Sierra, C. y Benítez, J. (2014). Perfil cognitivo psicopatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 24(1), 37-54.
- Sierra, C. y Julio, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Revista Psicogente*, 13(23), 27-41.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-65.
- Utrillas, M. y Vidal, E.M. (2002). El apoyo psicosocial al paciente renal. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 18, 65-67.
- Velázquez, Y. y Espin, A. M. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 3-17.
- Victoria, C. y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista de La Habana de Ciencias Médicas*, 6(4), 1-9. [Recuperado el 18 de marzo de 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2007000400002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002&lng=es&tlng=es).
- Vinaccia, S. y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectiva en Psicología*, 1(2), 125-37.
- Vinaccia, S. y Quinceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 6(1), 123-36. [Recuperado el febrero 17 del 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S190023862012000100010&lng=en&tlng=es.d](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190023862012000100010&lng=en&tlng=es.d)

## Capítulo 5

# Equinofamilia: Experiencia de intervención familiar en la Fundación Hogares Claret\*

**Carlos Andrés Ramírez Idárraga<sup>1</sup>**  
**Wilfer Fernando Hidalgo Marín<sup>2</sup>**

---

\*Este escrito es producto de la práctica por más de cinco años con la técnica Equino familia, la cual es modelo de Intervención familiar con la población vulnerable que se trabaja en la Fundación Hogares Claret.

1. Coordinador nacional de Intervención con familia Fundación Hogares Claret.

carlos.ramirez@fundacionhogresclaret.org

2. Fundación Hogares Claret.

wilferhidalgo@yahoo.com

## INTRODUCCIÓN

La relación entre los animales y los humanos ha sido de interés para diversos profesionales del área de la salud, y hace más o menos 50 años para los profesionales del área social y humana. Sin embargo desde el mismo tiempo de Sócrates ya se hablaba de las características y cualidades y vínculos muy fuertes del caballo con el humano y el cual ha incidido positivamente en el desarrollo de la raza humana, sirviéndoles como medio de transporte, en la conquista de territorio, para su alimentación y más recientemente, han servido en la salud mental.

Los caballos poseen un nivel de comunicación no verbal altamente complejo y asertivo; quien logra interpretarlo y relacionarse a través de él, eleva la posibilidad de comunicación asertiva con las demás personas (Schmelzer, 1994).

La comunicación es uno de los factores más problemáticos en los usuarios consumidores de sustancias psicoactivas, así como en sus familias. En la rehabilitación de las personas que presentan dificultades con el consumo de drogas se debe trabajar en el respeto a la autoridad, esto se refuerza cuando se reconoce la fuerza del equino y el liderazgo del jinete; ahí es cuando se sabe el límite que representan las riendas y el pisador (elementos con los cuales se conduce el equino). El compartir las problemáticas de forma segura se da cuando se expresa con el caballo el sentir (susurro equino), sustentada en la logoterapia desarrollada por Víctor Frank, quien manifiesta que la expresión del sentir —en sí misma— tiene un poder sanador. Aun, luego de trabajar con el equino el/la usuario/a tendrá mayor facilidad de expresarse frente a un grupo y más cuando cuenta con la “fuerza transmitida” por su compañero (el caballo), que en la psiquis es representada por el vínculo paterno filial, por lo que en el momento de la terapia se fortalecen los vínculos.

Lo anterior plantea situaciones de trabajo de mayor evidencia, pero a nivel de la psiquis, aspectos inconscientes y la planeación neurolingüística, muestran cambios significativos que tienen que ver con el vínculo que se genera en el binomio.

moduladores que permiten al individuo alojarse en la existencia (National Institute on Drug Abuse and Adiction, 2008). Algunas de estas sustancias también se segregan cuando se establece contacto con el caballo y específicamente en mayores cantidades al momento de la monta.

La comunidad terapéutica, en busca de innovar en relación al trabajo de recuperación de personas dependientes a las drogas y sus familias, considera pertinente el trabajo de equino familia en los programas de recuperación ya existentes; en este tema la fundación Hogares Claret es pionera en dicha técnica de intervención, dada la importancia de progresar en las formas de intervención de las diferentes problemáticas sociales y familiares, bien cuando la comunicación en la vida cotidiana se da más en cantidad que en calidad, es decir, la comunicación es difusa entre los seres humanos, y entre estos y el medio que los rodea; es entonces el momento de permitir que los demás sentidos se expresen. Si se tiene en cuenta lo planteado por el biólogo Maturana (2006, p.86) “el ser humano existe en el lenguaje y este emerge de la emoción, la cual se da y se vive en la interacción del humano con el entorno”. La Equinofamilia se convierte así en la posibilidad del emocionar y expresar a través del lenguaje, construyendo las narrativas que emergen del ser interior, en consonancia con el constructivismo, donde el ser humano habita en la medida que construye su propia realidad.

Cada uno de los integrantes de la manada cumple una función específica. Según los etólogos equinos, los caballos cumplen la norma por felicidad, pues esto es lo que les garantiza el poder pertenecer a la denominada manada, el vivir durante más de 70 millones de años en selvas rodeadas de depredadores permitió a los equinos desarrollar el campo mórfico, entendido este como la capacidad sensorial de percibir las energías y predecir las intenciones agresivas de sus depredadores, es por eso que el comportamiento equino no es más que la evidencia del estado emocional de quien se encuentra con él; circunstancia que valida la Equinofamilia como método de intervención con los sistemas familiares.

Finalmente, los jóvenes y las familias que se atienden en la Fundación Hogares Claret traen consigo todo un historial de marginación creado por el ser humano; con frecuencia se encuentra que jóvenes que presentan síndrome de ins-

titucionalización, es decir, que al ser intervenidos en un sinnúmero de ocasiones por las áreas psicosociales ya tienen un discurso aprendido, que bloquea el poder profundizar en la esencia del básico existencial que traen consigo. Esto se convierte en un factor de riesgo para una reincidencia en el mundo del consumo, incluso delictivo. En el trabajo con los caballos los jóvenes y las familias abordan problemáticas que difícilmente expresarían en un contexto clínico tradicional, a la vez que trascienden del inconsciente al consciente situaciones de abusos, temores, desconfianzas, entre otros aspectos perturbadores de su historias de vida. El caballo en esta práctica no es un fin, es un medio que permite a los jóvenes y sus familias alojarse en un lugar de tranquilidad, en el cual se trabaja el orden, la confianza, la expresión, la coherencia y demás aspectos que deben ser replanteados en la personalidad y la tendencia del consumo de sustancias psicoactivas del individuo que se encuentra en tratamiento en la comunidad terapéutica. Simultáneamente con la familia se trabajan los factores protectores tales como dinámica interna, roles, funciones, límites, interacciones, entre otros.

#### ANTECEDENTES

Organizaciones como la Asociación de Aprendizaje Asistido por Equinos (EAGALA, 2002) se han formado para abordar el creciente deseo de utilizar los caballos como un método terapéutico; de igual manera una investigación realizada por Russell (2006) plantea un estudio comparativo de parejas que reciben terapia en un consultorio tradicional con parejas que la reciben con los caballos. Las conclusiones de dicho estudio es que hay un estímulo de mayor impacto emocional en la pareja que está interactuando con un tercero, siendo este el caballo; otras investigaciones como (Russell, 2006; Burgon, 2003; Taylor, 2001; Emory, 1992; Tyler, 1994) han trabajado la relación humano-caballo a partir de un enfoque terapéutico mostrando como resultado la vinculación profunda de los seres humanos a tal punto de que los caballos se convierten en un espejo de las situaciones con que llega el consultante.

En el proceso de recuperación de los individuos consumidores de sustancias psicoactivas se encuentra que el hecho de poner en palabras las problemáticas residuales generadas por el consumo en sí, o antes, tiene implícitamente un efecto sanador, esto como principio de la narrativa como método de intervención y

construcción a través de las metáforas elaboradas desde la particularidad de cada individuo. Pero, ¿cómo conseguir la confianza de un joven que gran parte de su vida ha sido vulnerado y rechazado?

Este modelo de intervención permite el crecimiento personal y familiar de los usuarios a través del trabajo en Equinofamilia en un ámbito terapéutico, trabajando las dinámicas internas de cada usuario y el sistema familiar por medio del acompañamiento familiar en la intervención asistida con equinos.

Así mismo posibilita procesos de reflexión en los(as) usuarios(as) y el sistema familiar, haciendo uso de la relación con los equinos, evaluando roles, funciones y generando vínculos de relación, lo cual se espera sea proyectado en la interacción socio-familiar.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema de la terapia facilitada con caballos ha captado la atención en el gremio de la salud mental. Psicólogos, terapeutas de familias, terapeutas ocupacionales, entre otros, se han interesado por evolucionar sus métodos aplicativos de la terapia, encontrando en los caballos una alternativa útil para la construcción de metáforas y narraciones que permitan reescribir historias de vida. Si bien existen dudas sobre la eficacia científica en este tipo de terapias que se pueden llamar no convencionales o contemporáneas, el interés en caballos como un método de tratamiento es frecuente. Por ejemplo, Monty Roberts, entrenador de caballos y filósofo, cree que estos pueden decir, no solo sus historias, sino también ayudar a los seres humanos para contar las suyas (Roberts, 1996), lo que Michael White y Epton (1993) llaman terapia narrativa, la cual trabaja con el relato que la persona hace de su experiencia de vida (Payne, 2002). En esta línea, Roberts cree que si la gente escucha lo que dicen los caballos con el lenguaje corporal puede ocurrir un crecimiento personal y mayor interacción entre los caballos y los seres humanos; los escritos de Roberts (1996) indican que los caballos pueden ayudar a las personas a encontrar respuestas dentro de sí mismos.

Las personas pueden necesitar ayuda en el ámbito terapéutico para en-

contrar respuestas a molestias, angustias, duelos no elaborados, frustraciones, depresiones, miedos; esta idea de ayuda terapéutica es la base para el trabajo terapéutico con los caballos. De ahí que los profesionales de la salud mental y los investigadores están buscando constantemente una efectiva intervención para abordar problemáticas familiares; las complejidades de las familias actuales han dado lugar al diseño de muchos enfoques no tradicionales para la terapia familiar tales como la asistida con caballos, siendo este un método emergente utilizado en una variedad de entornos de la salud mental, combinando escenarios, sonidos y el caballo como un fin más que como un medio para dar un enfoque totalmente diferenciador al tradicional. Así las familias puedan abordar las situaciones que las han dejado ancladas o estancadas en algún estadio de su desarrollo.

Hoy en día la población colombiana ha estado expuesta a múltiples situaciones de vulneración en cuanto aumento de consumo de drogas, como lo deja ver un estudio del Gobierno Nacional de Colombia que permitió evidenciar que el 42,1 % fuma o fumó tabaco alguna vez, el 87 % ha consumido alguna bebida alcohólica, el 0,5 % ha usado algún tipo de fármaco sin prescripción médica, mientras que el 13 % consumió algún tipo de sustancias ilícitas, siendo el estrato 3 el de mayor consumo (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2013). En cuanto a las cifras de desplazamiento se registran 5.185.406 de personas desplazadas por la violencia con un impacto mayor en la población afrocolombiana y comunidades indígenas como lo registra la ACNUR (2016), por lo cual se ha hecho necesario atender este tipo de poblaciones de manera sistemática e innovadora cuyo impacto sea visible en la recuperación y en resocialización de aquellas situaciones de afectación mayor.

### METODOLOGÍA

La Equinofamilia nace como una propuesta en la cual el individuo trabaja la relación con sus progenitores independientemente de la historia de cada uno. Se considera que el individuo puede existir como individuo, en la medida que asuma la vida misma como una posibilidad de construcción, entonces en ese momento habita en su propio ser, y podrá construir su propia historia.

Cuando se trabaja con toda la familia se realiza desde la observación y la interacción con los equinos, el clan (grupo de caballos que conviven) muestra una estructura coherente, y en orden en la convivencia el macho alfa muestra su poderío y coloca su fuerza con el fin de garantizar la supervivencia, la hembra líder indica la ruta y lugares a seguir por el grupo (Sala, 2001), representando así la prosperidad; esa misma función es la que cumplen los padres en la psiquis del ser humano (padre = fuerza, madre = prosperidad).

Este escrito que sistematiza la experiencia de Equinofamilia se construyó bajo las premisas del paradigma cualitativo que significa acto de interpretación, esto amerita la interacción de actores sociales y su construcción de significado.

La investigación acción social cualitativa apunta a:

La comprensión de la realidad como resultado de un proceso histórico de construcción a partir de las lógicas de sus protagonistas, con una óptica interna y rescatando su diversidad y particularidad. Hace especial énfasis en la valoración de lo subjetivo, lo vivencial y la interacción entre los sujetos y la investigación (Galeano, 2004, p.20).

En la revisión de la literatura en el área de terapia con equinos existe una brecha en términos de los diversos métodos de investigación que han sido utilizados; algunos métodos responden a estudios experimentales, como es el caso de Equinofamilia que han mostrado resultados positivos para los servicios de los equinos a disposición de la salud mental de los seres humanos y las familias. Tienen sin embargo, una tendencia a ser de naturaleza exploratoria y no comparativa, siendo la comparación necesaria para determinar la eficacia de la terapia con equinos en relación con las modalidades terapéuticas tradicionales.

La mayoría de los estudios de terapias con equinos han sido realizados bajo estudios de caso y observación participante que en palabras de Galeano, (2012) están dirigidas al logro de un objetivo de investigación y de intervención. La misma autora continúa afirmando que *La observación participante es el eje articulador del trabajo de campo* (p.30), mientras el estudio de caso se aplica como técnica de intervención profesional con un enfoque cualitativo teniendo presentes los atributos o características que se encuentran en una situación particular; de ahí que en esta investigación en construcción los investigadores (facilitadores en la terapia con los equinos) observan las situaciones generadas a partir de la relación humano-caballo. De esta experiencia se ha documentado la Equinofamilia, a partir de la sistematización del número de contactos que el consultante haya tenido con

los equinos en un espacio terapéutico y cómo ha transformado su realidad a partir del discurso del mismo consultante.

Este modelo de intervención se realiza en los programas de la Fundación Hogares Claret en Colombia, buscando acompañar a las personas afectadas por la marginalidad, la violencia, la adicción o problemas de conducta llevándolas en la construcción de un nuevo proyecto de vida. Asimismo se trabaja con las familias acompañantes y en relación a las ausentes. La Equinofamilia se implementa actualmente en las regionales de Antioquia, Eje Cafetero, Cundinamarca, Santander y Valle, donde se ha logrado la consolidación de la técnica gracias a los aportes terapéuticos que les ha hecho a los usuarios de los programas y sus familias.

La población que se atiende desde la equinofamilia es de 300 niños, niñas, adolescentes y adultos, y familiares vinculados a las diferentes líneas de atención tales como niñez y adolescencia en situación de calle, adolescentes en conflicto con la ley penal, adolescentes desvinculados de grupos armados irregulares y centros de atención en drogadicción.

A continuación se presenta un cuadro sintético en donde se esboza la población atendida, principales problemáticas que presentan y las actividades utilizadas.

**Tabla 1**  
**Caracterización general de la población**

Departamento	Población atendida	Principales problemáticas	Actividades utilizadas
Antioquia	250 participantes	-Dinámicas familiares. -Alteraciones en las relaciones parentofiliales.	-Doma racional. -Etología equina. -Educación experiencial.
Santander	35 participantes	-Desorden en los límites del sistema. -Abusos sexuales.	-Construcción de metáfora. -Chalonería.
Cundinamarca	80 participantes	-Consumo abusivo de las sustancias psicoactivas.	-Pie a tierra. -Educación basada en la consciencia.
Eje cafetero	30 participantes	-Exclusiones e inundaciones.	

Fuente: Registro de la Fundación Hogares Claret

**Dinámica interna** (comunicación, roles y funciones, límites de la estructura familiar): para efectos de este artículo se entiende la Dinámica Interna como la forma en que se organiza un sistema familiar, conllevando a un estilo propio de convivencia, cada uno de los integrantes tiene un rol y asume unas funciones delegadas y evidenciadas en la comunicación cotidiana de allí se desprende la estructura y se denomina la tipología familiar.

En la intervención de Equinofamilia cuando se trabaja en la dinámica interna se propende generar un espacio donde el sistema familiar evidencie a través de la metáfora y la interacción con la manada equina la organización y la convivencia familiar, a la vez que se representan los puntos nodales y de alteración en las dinámicas cotidianas.

Busca que la familia evidencie y se haga consciente de la forma en que están conviviendo y están asumiendo o no los roles correspondientes y que a su vez puedan generar pautas que faciliten la transformación en caso de requerirlo; esta técnica busca que la familia desarrolle comunicación de forma clara y coherente. Se trabaja desde el enfoque experiencial (Watzlawick, Helmick, y Jackson, 1985).

Promueve el trabajo en el aquí y el ahora: se busca la expresión de sentimientos, la comunicación y la creación de contextos que generen nuevas experiencias emocionales significativas, como medio para conseguir el cambio.

En su interacción los caballos cotidiana tienen códigos y rituales que les permiten convivir en manada, las funciones y los límites son claros, conducta que los seres humanos debemos aprender para mejorar la relación con el otro; este trabajo consiste en entender la forma de relacionarse los equinos y tratar de entrar en interacción con ellos desde su propio discurso (Schmelzer, 1994).

La familia de humanos deberá mimetizarse y generar una relación comunicacional y de interacción con el equino, esto se debe realizar de forma natural y respetuosa; el profesional observa, realiza algunas orientaciones, la familia evidenciará en este ejercicio comportamientos que seguramente no han hecho conscientemente, se reflexiona, se construye, se evalúa.

**Cabalgando en familia:** se busca atender la demanda puntual de la familia, se trabaja desde el enfoque terapéutico estratégico y terapia breve; en esta intervención se es directivo, se diseñan tareas que requieren que los integrantes de una familia se comporten de una manera diferente, a la que ha sido señalada como una conducta problemática. Se trabaja en relación a la solución del conflicto. (Beyebach, 1999).

Esta técnica consiste en realizar con la familia un promedio de ocho encuentros donde se trabaja un aspecto puntual, los caballos serán el termómetro del cambio a la vez que la familia avanza en conjunto en la solución del problema que los aqueja, de la misma forma se avanza en el contacto con los equinos empezando con la conexión y atalajarlo hasta llegar a ensillar y montar.

**El ser interior:** Se trabaja desde el enfoque intergeneracional, la familia permanece en nosotros y con nosotros donde quiera que vamos, cargamos los problemas emocionales no resueltos; este tipo de relaciones generan una tendencia a repetir los mismos viejos patrones en cada relación intensa que se establece.

Mediante esta actividad de interacción con el equino se busca mostrar cuáles son esas implicaciones sistémicas en una familia que de alguna forma tienen que ver con la historia de la familia de origen.

Este enfoque facilita incluir en la historia personal, la historia familiar transgeneracional, en pos de comprender y utilizar de un mejor modo la herencia psíquica familiar, y si lo deseamos, también de transformarla, dado que, al disolverse las cargas familiares inconscientes, las personas pueden contar y utilizar sus propios recursos, su plena potencia y recuperarla entonces. (Langlois y Langlois, 2010).

En este trabajo se realizan varios encuentros hasta lograr que la familia asuma su propio destino y se organicen en el orden del amor; complementario a esto se hace uso de algunos ejercicios de la doma racional, con el fin de que en una relación bidireccional tanto humano como equino se encuentren en una de orden y amor.

**Enfoque psicodinámico (pie a tierra):** En este enfoque, el interés se centra en el pasado y en encontrar las relaciones existentes. Entre los comportamien-

tos disfuncionales actuales, la historia del ser humano y su forma de relacionarse en el presente, el profesional que acompaña el trabajo entre humanos y equinos, hará cuidadoso análisis de los aspectos relevantes mostrados especialmente por el equino, buscando una serie de experiencias no resueltas. La función del equino ira rotando de acuerdo a la circunstancia; se busca remover esas experiencias de la conciencia, transformándolas en oportunidades (Eagala, 2012).

## RESULTADOS

Este estudio adquiere relevancia en tanto que los resultados sirven como insumo para que la comunidad académica profundice en el entendimiento de este tipo de técnicas contemporáneas; de igual manera sirve para que las comunidades terapéuticas y la sociedad en general se enteren sobre las nuevas tendencias en cuanto a atención de la salud mental de la población vulnerable y así se puedan identificar nuevas formas de combatir las problemáticas.

En el proceso de la Equinofamilia se ha percibido un mejoramiento en la autoestima, la confianza y la seguridad de los usuarios participantes y sus familias, además se ha detectado un avance en el desarrollo de las competencias comunicativas que se reflejan en una mejor convivencia con los compañeros de proceso.

Manifiestan una disminución significativa de la ansiedad y mayor capacidad para el autocontrol de las emociones. Es de anotar que en el proceso se generan condiciones para el establecimiento de nuevas relaciones con personas que no pertenecen a los entornos de riesgo y se fomenta el desarrollo de habilidades sociales, el respeto y el amor hacia los animales. En cuanto a lo terapéutico, se ha encontrado que los usuarios y sus familias, posterior a las actividades, abordan con mayor facilidad eventos traumáticos de los que antes preferían no hablar, ya sea en relación a sus familias de origen, personas significativas y asuntos no tramitados.

Dentro de los aspectos más destacados se encuentran:

- Establecimiento de nuevas amistades, con grupos específicos.
- Recuperación de la confianza y la motivación, al vencer el miedo a montar y acercarse al caballo.
- Identificación de normas, límites y respeto a las figuras de autoridad en ambientes diversos.

En la Fundación Hogares Claret ha sido posible la implementación del programa, gracias a los recursos locativos de los que se dispone, pues los distintos hogares están ubicados en espacios campestres que permiten la tenencia y cuidado de los caballos, proceso en el que participan los residentes. De igual forma para el primer semestre de 2014 al evaluar la experticia en Antioquia, se da inicio al proyecto Equinofamilia en el Eje Cafetero con cinco ejemplares, en el segundo semestre del mismo año se vincula la regional Cundinamarca con cuatro ejemplares donados por el Gobierno Municipal, a la vez que se consigue bajo la misma metodología, una hectárea de tierra con el fin de implementar dicho proyecto con los jóvenes y familias pertenecientes a la línea de responsabilidad penal, con gran acogida y generando grandes expectativas en los usuarios, teniendo en cuenta que son adolescentes en medida de responsabilidad penal.

En relación a los aprendizajes institucionales se evidencian las repercusiones significativas en la población atendida. Si bien el proceso se orienta inicialmente hacia la resignificación de los vínculos parentofiliales, emergen en el camino resultados no esperados en las áreas pedagógica y psicológica que son trabajadas de manera interdisciplinaria con pedagogos y psicólogos.

Es de anotar que la gran mayoría a las diferentes poblaciones que ingresan a la fundación, se destacan por haber tenido algún tipo de vínculo con las sustancias psicoactivas, utilización por parte de grupos armados, abuso sexual, abandono parental y violencia familiar, enmarcados además en un estado de marginalidad, conllevando a que los niños, niñas, jóvenes y adultos, encuentren en la calle una alternativa que los aleje de realidades que los desbordan, haciendo rupturas con su núcleo primario, alterando el sentido de lo familiar y afectando los procesos escolares, laborales y sociales.

El trabajo con grupos focales permite que los participantes realicen valoraciones del entorno, el cual propicia un estímulo para adquirir nuevos conocimientos y valorar el sí mismo y al otro.

En relación a los usuarios se evidenció una mejor adhesión al programa de recuperación, disminuyendo los niveles de deserción.

A nivel familiar, los usuarios han podido establecer contacto con los pa-

dres y permitirse trabajar en sanar el vínculo. En un 60 % de los participantes, se ha evidenciado una mayor apropiación de los espacios terapéuticos, ofertados dentro del programa.

En el caso concreto de los niños, niñas y adolescentes, se identifican casos de apatía inicial a programas educativos, que posterior a cinco sesiones en Equinofamilia muestran progresos positivos en cuanto a la asistencia escolar, permanencia en el aula y la incorporación de conceptos.

Los participantes de Equinofamilia logran restablecer el orden del amor desde tomar sus padres desde el ser interior, en especial aquellos usuarios que no cuentan con el vínculo de apoyo primario.

Las familias participantes se permiten visualizar y evidenciar las dinámicas internas propiciando o favoreciendo así el construir alternativas que mejoren la convivencia socio-familiar.

Para el área pedagógica, se convirtió en la oportunidad para identificar las formas particulares de aprendizajes de los niños y niñas, posibilitando la comprensión de situaciones específicas del lenguaje, lectura, escritura y cálculo matemático, pudiendo establecer metas realistas, alcanzables a corto plazo, en relación al proceso educativo de cada niño/niña.

El proceso evaluativo de la experiencia se realiza mediante la observación del impacto en los participantes, recepción de la información sobre la vivencia, de forma directa y el registro de la variación en la dinámica institucional, donde han disminuido las agresiones entre los usuarios, especialmente en el caso de los niños, niñas, adolescentes y adultos.

En la actualidad se busca implementar una estrategia evaluativa, mediante la recapitulación y sistematización de la experiencia, que dé cuenta de los aspectos relevantes ocurridos en cada encuentro y en los usuarios, desde lo grupal, lo individual y la capacidad de sostenimiento en el tiempo, lo cual se ha visto reflejado en los motivos de egresos, disminución de abandono y reintegro familiar.

### RELATOS RESULTADOS DE SISTEMATIZACIÓN

La técnica de Equinofamilia ha sido de gran utilidad hablando de una población específica, como lo son los adolescentes del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), utilidad que se ha visto reflejada en la vinculación que tienen los adolescentes con el trabajo terapéutico con los caballos, como se puede constatar en los siguientes testimonios:

*La Equinofamilia me ha servido para trabajar mis miedos y confiar en mí mismo, pues era una persona muy insegura, pero los caballos me han ayudado a fortalecer esa parte mía* (adolescente de 19 años de edad –SRPA– programa La Granja).

Otro adolescente refiere:

*esto me ha ayudado al reconocimiento de mis padres, poderlos tomar con sus cualidades y defectos y tomar las riendas de mi vida* (adolescente de 17 años de edad –SRPA– programa La Granja).

Como bien queda expuesto en estos dos testimonios, Equinofamilia es una técnica que poco a poco se ha ido ganando el reconocimiento de la población que ha sido impactada de manera positiva.

Otro caso

Un joven presenta historia de abandono y consumo de SPA, vinculación a entornos de violencia sociopolítica, trastorno de estrés postraumático, altos niveles de dolor psicológico, carencia de sentido de vida, baja autoestima, altas dificultades en el establecimiento de confianza tanto con pares como con terapeutas, evasión de la mirada en interacciones sociales; muestra alta introversión, algunas actitudes de agresividad, pero con funcionalidad dentro de los espacios grupales en términos de la atención y la disciplina.

*Me siento parte y participo*

El sentido de pertenencia constituye una condición necesaria para poder participar, ya que las personas difícilmente pueden participar en algo si no se sienten parte de ello. Pertenecer a una familia, a un lugar, a un país, a una cultura, constituyen la base de la construcción de la identidad de las personas.

Un encuentro, un entorno con el caballo

*Se encuentra en protección desde los tres años, declarado en medida*

*de adaptabilidad, manifiesta odio por el apellido, afirma que no se siente querido por nadie y que es mejor para él no apearse a ninguna persona.*

Relato de profesional

Aprovechando el contexto se propone un ejercicio que le permita al niño relacionar su apellido, con un significante diferente. Es así como se construye una historia entorno a la función y la casta de los arrieros, partiendo del verbo arrear. También se le brinda acompañamiento que le permita establecer una relación estrecha con el caballo y durante algunos ejercicios se propicia una permanente interacción con el grupo, el contexto físico y los demás profesionales, donde el niño logra vivir con agrado la experiencia y evaluarla de forma positiva.

Este joven se encontraba en situación de abandono parental, antecedentes de violencia física por parte de la madrastra, vida en calle y consumo experimental de sustancia psicoactivas.

### CONCLUSIONES

El trabajar situaciones estresantes o generadoras de dolor para los integrantes de un sistema familiar a través de los caballos a permitido volver a las raíces del amor según la conexión que genere cada familia con su situación a trabajar y con la manada de caballos, dado que es imprescindible que haya una conexión humano-Equino para que fluyan los diferentes ejercicios terapéuticos en pro de mejorar el bienestar de la familia.

Es importante resaltar la función y la importancia del caballo como eje articulador entre un terapeuta y el sistema familiar, para ellos toda nuestra admiración, reconocimiento y protección dado que, a pesar de sus múltiples ayudas que ha brindado para el desarrollo del ser humano, siguen siendo vulnerados desde los espacios y situaciones poco cómodos para el bienestar de ellos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACNUR (14 de marzo de 2016). Agencia de la ONU para los Refugiados. Obtenido de <http://www.acnur.org/t3/donde-trabaja/america/colombia/>
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. En Navarro, J., Fuertes, A. y Ugidos, T. (Ed.), *Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca, España: Amarú.
- Burgon, H. L. (2003). Los estudios de casos de adultos que reciben terapia de caballo a caballo. *Anthrozoos*, 263-76.
- EAGALA (2002). *Psicoterapia asistida por equinos*. Utah, Estados Unidos.
- EAGALA (2012). *Manual para el desentrenamiento (Equine assisted growth and learning association)*. Séptima Edición. USA.
- Emory, D. (1992). *Effects of therapeutic horsemanship on the self concept and behavior of asocial adolescents*. Orono: University of Maine.
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Gobierno Nacional de la Republica de Colombia (2013). *Estudio Nacional de consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Obtenido de [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)
- Langlois, D. y Langlois, L. (2010). *Psicogenealogía. Cómo transformar la herencia psicológica*. Ediciones Obelisco.
- National Institute on Drug Abuse and Adiction (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento*. Recuperado de [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf)
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Roberts, M. (1996). *El hombre que escucha a los caballos*. New York: Random House.
- Russell, L. A. (2006). *Equinos facilitando parejas. Terapia centrada en soluciones en la terapia de pareja: Un estudio comparativo*. Prescott, Arizona: Northcentral University.
- Sala, E. (Ed.) (2001). *El caballo y su importancia en la historia*. Medellín, Colombia: Especial impresores.
- Taylor, S. (2001). *Equine facilitated psychotherapy: An emerging field*. Vermont:

Saint Michael's College.

- Tyler, J. (1994). Equine psychotherapy: Worth more than just a horse laugh. *Women and Equine Psychotherapy*, 139-46.
- Watzlawick, P., Helmick, J. y Jackson, D. (1985). *Teoría de comunicación humana*. Barcelona, España: Herder.
- White, M. y Epsom, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
- Schemelzer, A. (1994). *El lenguaje de los caballos*. Hispano Europea Editorial: Buenos Aires

SEGUNDA PARTE  
ESTUDIOS SOBRE  
PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
CON INCIDENCIAS  
SOCIALES

## Capítulo 6.

# Salud mental y desplazamiento: Masacres El Salado y Nueva Venecia\*

**Yomaira García-Acuña<sup>1</sup>**  
**Patricia Ruiz-Tafur<sup>2</sup>**  
**Elizethere Gennes-Santiago<sup>3</sup>**

---

\*Este capítulo corresponde a resultados obtenidos en el proyecto de investigación "Familias y construcción de memorias" desarrollado por un equipo interdisciplinario y coordinado por Yomaira García Acuña, miembro del Grupo de Investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad del Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales Humanas y Jurídicas, (CISHJUR) de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. El estudio recibió la cofinanciación de Colciencias, Código 1253-489-25548 y fue realizado entre marzo de 2010 y julio de 2012.

1. Psicóloga. Magíster en Desarrollo Social de la Universidad del Norte. Especialista en Terapia Familiar del Instituto de la Familia de México. Doctoranda en Ciencias Sociales de la Universidad General Sarmiento de Buenos Aires. Docente del Programa de Psicología de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla.

ygarcia1@unisimonbolivar.edu.co

2. Psicóloga. Magíster en Desarrollo Familiar y Doctoranda en Ciencias Sociales de la Universidad del Norte. Especialista en Gestión de Proyectos Educativos, Investigadora del Grupo Estudios de Género, Familias y Sociedad. Docente del Programa de Psicología de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla.

pruiz@unisimonbolivar.edu.co

3. Psicóloga y Joven Investigadora del Grupo Estudios de Género, Familias y Sociedad de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla.

elygennes@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El conflicto armado interno perpetuado desde hace más de 50 años en Colombia ha traído graves consecuencias al país como el desplazamiento de miles de personas, la crisis humanitaria, la vulneración de los Derechos Humanos, entre otras. Según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) en el año 2012 a nivel nacional se presentaron 44.906 casos de personas desplazadas, que corresponden a 7.518 familias. De acuerdo a las cifras del Centro Nacional de Memoria Histórica (2013) expuestas en el informe *¡Basta Ya!* entre los años 1958 y 2012, el conflicto ha causado la muerte de 218.094 personas de las cuales 40.787 fueron combatientes y 177.307 fueron civiles. De igual forma señala que hasta el 31 de marzo de 2013 se han reportado 25.007 desaparecidos, 1.754 víctimas de violencia sexual, 6.421 niños, niñas y adolescentes reclutados por grupos armados, y 4.744.046 personas desplazadas. Actualmente la Unidad para la Atención y Reparación Integral de Víctimas tiene registradas 7.620.114 víctimas del conflicto en Colombia.

Estas cifras evidencian la situación de violencia que afrontan las personas y que afecta todas las esferas de sus vidas, como en lo psicológico, social, cultural, político y económico, transformando sus subjetividades, dinámicas familiares, sus formas de relacionarse, de trabajar, de alimentarse, e incluso, de celebrar. La historia de las víctimas es una historia de sufrimientos y pérdidas de sus seres queridos, de su identidad y también de sus proyectos de vida, dejando heridas que no son tan visibles como las físicas, pero que tardan mucho más en sanar y que se manifiestan en sentimientos permanentes de dolor, rabia, culpa, nostalgia, tristeza y angustia por lo sucedido, impidiéndoles muchas veces continuar, perdiendo de esta manera el sentido y el interés de vivir.

En relación a ello, Rodríguez, De La Torre y Miranda (2002), encontraron en estudios realizados en Guatemala, país que también ha sido azotado por el conflicto armado, que los problemas de salud mental aumentaron durante y después de la guerra; las personas y en especial las que vivían en áreas rurales permanecían con sentimientos constantes de frustración y desesperanza, jóvenes en zonas rurales mostraron un aumento en el consumo de alcohol, tabaco y sustancia psicoactivas. Se presentaron además, conductas suicidas en comunidades

indígenas relacionadas con desesperanza, frustración, sentimientos de exclusión y choques culturales durante su vida en la urbe; además se hallaron problemáticas en las dinámicas familiares, entre otros aspectos.

Otras investigaciones (Campo-Arias, Oviedo y Herazo, 2014; Kohn, Levav, Donaire, Machuca & Tamashiro, 2005; Rodríguez *et al.*, 2002; Camilo, 2000) señalan resultados similares como: trastornos del sueño, ansiedad, depresión, estrés postraumático, intentos de suicidio, somatización del sufrimiento por las pérdidas y traumas por lo vivido, generando graves enfermedades como cáncer, problemas cardíacos o de hipertensión. Nieto y Ravelo (2012) resaltan sentimientos como “tristeza, rabia y nostalgia”, señalando que el desplazamiento es un evento que marca la vida para siempre.

A nivel nacional el Ministerio de Protección Social (2003), desarrolló una investigación para estudiar el estado de la salud mental en Colombia, concluyendo que el conflicto armado, el aumento del desempleo y otros factores psicosociales, afectan a las personas encontrándose que 4 de cada 10 presentaron por lo menos un trastorno mental, prevaleciendo los episodios de ansiedad, fobias específicas y depresión mayor.

De igual manera el Gobierno expidió la Ley 1616 de 2013, denominada Ley de Salud Mental con la intención de que permitiera un mejor abordaje a las problemáticas que la ley cubre. De todas maneras anotamos la ausencia de referencia a los efectos del conflicto armado sobre la salud mental de las personas. Allí se define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (p.1).

En el año 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social realizó otra gran Encuesta en Salud Mental y en la misma se incluyó por primera vez la categoría problemas mentales, los cuales son un conjunto de síntomas o conductas que no constituyen enfermedad mental, pero que le causan a los individuos malestar y

disfunción en las capacidades para relacionarse con los otros y que requieren apoyo social y clínico. Resulta importante mencionar cómo uno de los objetivos específicos de la encuesta fue consolidar la información referente a la exposición a las diversas formas de violencia. Los resultados muestran que si bien estar expuesto a la violencia aumenta el riesgo de estrés postraumático, depresión y consumo de sustancias psicoactivas, es la vulneración psicológica en términos de dificultades para asimilar el horror, lo más relevante (Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, p.105).

Es evidente esta afectación, como lo indican estudios realizados por Médicos Sin Fronteras<sup>1\*</sup> (2013) en torno a Salud mental y el conflicto armado en Colombia quienes encontraron que los factores de riesgo más recurrentes asociados a la aparición del síntoma o al origen de la enfermedad mental son: la violencia física, la violencia sexual, los asesinatos y desapariciones en circunstancias violentas de algún miembro de la familia, golpes y torturas, exposiciones civiles a combates, discriminación y marginalización, la pérdida de ingresos familiares y el desplazamiento forzado. Este último resulta ser uno de los factores que mayores repercusiones genera en la población víctima del conflicto, debido a que estos han sido despojados de 5,5 millones de hectáreas, sus niveles de pobreza pasaron de ser del 50 % al 97 % después del desplazamiento, los índices de indignancia subieron del 23 % al 80 % y solo el 5 % vive en una vivienda digna (CODHES, 2015).

Otras investigaciones en Colombia (Bello, 2007; García, 2008, 2012b) en Colombia muestran el impacto del desplazamiento en la vida de las personas:

- Consecuencias sobre su salud física y mental.
- Instalación del miedo y el terror de manera casi permanente.
- El desplazado, como anotó Correa (2005) en su investigación póstuma experimenta una triple pérdida: pérdida de su inserción social, pérdida del significado de su experiencia histórica y pérdida del derecho a tener derechos.

Campo-Arias, *et al.* (2014) señalan que el tema de salud mental en el conflicto armado en Colombia ha sido poco estudiado, encontrando pocas investigaciones sobre la frecuencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales entre las personas expuestas directamente a los distintos tipos de violencia en conflictos sociopolíticos; así mismo los autores señalaron no haber encontrado estudios epidemiológicos antes del año 2000, y después de este año identificaron aproximadamente un artículo por año, cifras escasas para la magnitud y las repercusiones del problema en diferentes contextos y ámbitos de la vida del país.

A pesar del señalamiento anterior, se anota que existen perspectivas muy variadas para dar cuenta de la afectación, persistiendo “una mirada de manual”, para explicar las incidencias del conflicto en la salud mental, llena de cifras, baremos y porcentajes que se refieren más a trastornos que a seres humanos que han sufrido y sentido dolor en medio de un contexto de violencia política, naturalizando lo ocurrido y reduciendo la mirada a lo meramente medicalizadora o patologizante del sufrimiento. Aquí el “trauma” se ha visto como un evento individual y aislado, protagonista en los análisis y la comprensión de los estados emocionales y de los daños que las víctimas han sufrido en sus diversas dimensiones. Contrario a estos, los daños o experiencias “traumáticas” deben ser entendidas en el marco de un contexto sociocultural, de una comunidad y de unas formas de relacionarse y de compartir que han sido alteradas y resignificadas por la guerra, a su vez que se deben priorizar las subjetividades y las diferentes afectaciones para cada caso antes, durante y después de los sucesos a los cuales han sido expuestos.

En este sentido el presente capítulo pretende realizar un acercamiento a las afectaciones de la salud mental, así como al acceso y calidad de los procesos de atención psicosocial de los y las participantes del proyecto “Familias y construcción de memorias”, pertenecientes a las comunidades de El Salado y Nueva Venecia, víctimas de dos masacres perpetuadas en el año 2000 en la Región Caribe colombiana en el marco del conflicto armado interno en Colombia.

## MÉTODO

### Diseño

La metodología utilizada combinó estrategias de corte cuantitativo y cualitativo. Se aplicó inicialmente una encuesta que permitió identificar aquellas familias que cumplieran con los lineamientos trazados en los objetivos de la investigación, para posteriormente elaborar entrevistas que permitieron dar respuesta a los interrogantes planteados en el proyecto.

### Participantes

En el estudio participaron 58 personas de El Salado y 39 procedentes de las poblaciones palafíticas de Buenavista y Nueva Venecia que se desplazaron por las masacres, y que actualmente residen en la ciudad de Barranquilla y el municipio de Soledad en el departamento del Atlántico. La técnica de muestreo fue intencional, teniendo en cuenta los criterios que permitieran el desarrollo del estudio.

### Instrumentos

Inicialmente, y en articulación con la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR) capítulo Atlántico, se aplicó una encuesta denominada, Encuesta Mínimos Vitales elaborada por la CNRR y la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, conocida como Acción Social, conjuntamente con la Mesa Técnica de El Salado, instrumento este que informa acerca de aspectos de identidad, salud, tenencia de la tierra, vivienda, escolaridad, participación, generación de ingresos y contiene preguntas relacionadas con el enfoque diferencial a niños y niñas, así como a mujeres, explorando aspectos de la violencia de género asociada a lo doméstico y en el marco del conflicto armado. La aplicación de esta encuesta permitió además realizar un primer acercamiento a la comunidad, así como la identificación de los líderes, lo cual fue un paso importante dentro de la ruta metodológica, a lo que siguió el acercamiento a los hogares seleccionados para avanzar hacia otros niveles de información. Además de la encuesta antes mencionada, se realizaron veinte entrevistas semiestructuradas y seis entrevistas en profundidad. Dado que las entrevistas se hicieron en los hogares en algunas participaron el padre y la madre, en otras la madre e hijos/as. Se utilizaron los medios de comunicación como parte de la exploración de los sucesos, aspecto que no se incluye en este capítulo. Otra de las estrategias utilizadas fue la Historia

de Barrios, vinculada a la Historia Oral; a través de ella, se obtuvo información de los cuatro barrios donde se ubicó la mayor parte de la población contemplada en la investigación. Esto permitió, no solo la posibilidad de acceder a otros contenidos, sino también reafirmar lo encontrado por otras vías. Además se realizó un análisis a los medios de comunicación *El Heraldo* y *La Libertad* sobre el tratamiento dado a los casos de El Salado y Nueva Venecia.

### Procedimientos

La masacre de El Salado ha sido objeto de estudio por parte de la academia y de intervención por organismos nacionales e internacionales, ha tenido una mayor divulgación a través de los medios. De hecho, fue seleccionado por la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación como caso emblemático de reparación. Lo anterior facilitó que las personas desplazadas de esta masacre residentes en Barranquilla y Soledad pudieran ser ubicadas en el tiempo definido previamente en el proyecto. No sucedió lo mismo con las que se desplazaron de Nueva Venecia y el palafito vecino, Buenavista, con las que hubo dificultad para localizarlas. Después de la realización de los instrumentos planteados se procedió a realizar el respectivo análisis e interpretación de resultados y conclusiones del estudio.

### RESULTADOS

La Organización Mundial de la Salud (2013) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Esta conceptualización de la salud mental habla de un sujeto en bienestar consigo mismo, con su entorno y de su capacidad de producción. No obstante, cuando se hace referencia a la salud mental en el marco del conflicto armado, las afectaciones de dicho bienestar surgen en interacción con el otro y en un contexto específico; además, no suelen ser tensiones normales de la vida las que como víctimas han tenido que afrontar, sino todo lo contrario fueron expuestas a situaciones aberrantes y deshumanizadoras. Según Martín-Baró (1984), la salud mental es una dimensión determinada por las relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, más que un estado individual, pero que presenta diversas manifestaciones en cada indivi-

duo, en donde se pueden ver afectados además, familias, grupos, o la sociedad entera.

Restrepo-Espinosa (2012) afirma que las conceptualizaciones positivistas sobre salud mental han contribuido a la generalización de los sufrimientos o del daño en trastornos, destituyendo a las víctimas de sus subjetividades.

En la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), se muestra un gran avance en la conceptualización de salud mental, la cual tiene en cuenta una construcción social que puede variar de un contexto a otro dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social. Además, señala que en la forma como nos comportamos y nos relacionamos inciden directamente los factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como los aspectos culturales y sociales.

A continuación se señalan los resultados encontrados producto de las diferentes técnicas descritas anteriormente.

Las familias víctimas del desplazamiento forzado que hicieron parte de la investigación. han sufrido cambios vinculados directamente a este fenómeno, viéndose alterada su dinámica, causando rupturas en la estructura, funcionamiento, procesos formativos y de bienestar. Se coincide con Palacio (2007), quien señala que el conflicto ha dejado una serie de aprendizajes que han conseguido agudizar más las fisuras de las condiciones y calidad de vida de la población, además de la configuración de dinámicas sociales donde se identifican lógicas de conexión intergeneracional que le dan sentido y continuidad al orden de las violencias. Para la autora, la familia es parte constitutiva del conflicto armado, ella refracta y en ella se expresa el complejo calidoscopio del “entorno turbulento” que caracteriza el orden social colombiano.

Los relatos de las personas hacen referencia inicialmente a las pérdidas y dentro de esta su lugar de residencia, la casa, la morada, la vivienda como espacio de habitabilidad de los miembros de las familias es uno de los aspectos que más

lamentan haciéndolo extensivo a la “tierra”. Aquí mencionamos que no es casual que la Ley 1448 que las cobija se denomine Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. El desplazamiento ocasiona cambios en la relación de la familia con su entorno, a partir de ahí ya no serán los mismos, como grupo, como familia, como individuos, pero también el entorno material que dejan tampoco lo será.

Los cambios en las familias son descritos de manera dolorosa. Así, en relación a la estructura familiar las personas abordadas provenientes de El Salado manifestaron que antes del desplazamiento eran comunes las unidades domésticas nucleares; sin embargo, lo que caracterizaba a estas familias eran las formas familiares extensas, relacionadas con la amplitud del espacio de las casas, las cuales asemejaban a pequeños ranchos o fincas, tal como se puede apreciar en el siguiente comentario

*...en el pueblo vivíamos juntos en la misma casa, ese es un barrio de casas que hay en el pueblo, son casas grandes, unos ranchones, que uno dice (Entrevistada de El Salado).*

En el caso de Nueva Venecia las casas eran pequeñas y precarias, prevalecían las formas familiares nucleares:

*...Yo vivía con los hijos míos, tenía 3 cuando estaba más pequeño,... y mi esposo (Entrevistada de Nueva Venecia).*

Pero dada la cercanía de las viviendas había un estrecho vínculo con la familia extensa, el cual se fracturó por el desplazamiento. Durante las entrevistas, así como en el desarrollo de las Historias de Barrio, se observó cómo algunas familias se ubicaron cerca, lo cual generó una condición de hacinamiento, la cual han venido modificando lentamente.

Las redes familiares proporcionan un sentimiento de estabilidad, de pertenencia, funcionan como un sistema de identificación de seguridad y apoyo, de ahí que una de las expresiones más frecuentes con relación a las pérdidas además de la tierra y sus animales, es la pérdida de los parientes cercanos. En estudio adelantado por De la Hoz, Madariaga y Cervantes (2013) se relaciona que los desplazados acuden principalmente a sus familiares, amigos y vecinos para obtener

ayuda (82 %), predominando la falta de confianza hacia los demás (61,6 %); sienten desconfianza porque piensan que las demás personas se pueden aprovechar de ellos, destacándose la confianza en los familiares y personas cercanas (64,3 %).

El cambio de lo rural a lo urbano para ellos significó desmejorar sus condiciones de vida; a pesar de que provienen de zonas caracterizadas por la pobreza, contaban con espacio y alimento, y en la ciudad son condenados al hacinamiento y el hambre.

En este sentido los cambios, del espacio vital, de la cotidianidad, las formas de trabajar, e incluso de convivir, resultan factores que vulneran y ponen en riesgo la salud física y mental, así como también trastocan las estructuras familiares alterando sus dinámicas.

La migración de las zonas rurales a las zonas urbanas en búsqueda de “seguridad” tiene impacto psicosocial en las personas y las familias, como aislamiento social, desarraigo, menoscabo de la vivencia social de la estructura familiar, disolución de la comunicación y vínculos con amistades, detrimento patrimonial, control y manipulación por parte de instituciones burocráticas y sociopolíticas (Campo-Arias, *et al.*, 2014; Bello, 2001).

En relación a lo anterior, las personas entrevistadas manifiestan que ellas se caracterizaban por ser unidas y por apoyarse en momentos críticos, así como también por obtener fácilmente el alimento a través de la agricultura y la ganadería en el caso del Salado, y la pesca en Nueva Venecia, actividades propias de estas regiones, a diferencia de la vida en la ciudad en donde la familia ya no se apoya de la misma forma, debido a factores económicos como se puede apreciar en el siguiente testimonio:

*Bueno, le voy a decir a usted, las relaciones de nosotros... éramos muy unidos. Por decir, yo me enfermaba y mis hermanos todos corrían, ahora no, porque la situación de la ciudad no es lo mismo que el pueblo mío. Nosotros allá no padecíamos de vitualla, nosotros criamos puerco, pollo, criamos pavo, aquí tenemos que comprar una libra de pollo en \$4.000 que es puro yelo, [hielo] y allá cogíamos para matar y ahora no* (Entrevistada de El Salado).

*...ya desde que uno se aparta ya cambia la cosa, aquí entre veces algunos vienen a visitar...* (Entrevistado de Nueva Venecia).

Es evidente que independientemente de la condición de violencia sociopolítica, se conserva en el discurso general una tendencia a idealizar el hogar y la familia. Como se mencionó en estudios realizados por García, López, Ruiz y Soto (2006), al preguntarles a niños que se encontraban viviendo en condiciones desfavorables acerca del significado de la familia, su respuesta siempre era positiva: “lo mejor”, “lo más bonito”. La expresión: “Hogar, dulce hogar”, evocan el calor, la protección, la seguridad, la felicidad.

Como se ha señalado, las relaciones fueron deteriorándose después del desplazamiento, resaltándose los cambios de vivienda, las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran actualmente, cambiando sus formas de relacionarse, de compartir en familia y comunidad, situaciones que han afectado profundamente sus estados emocionales. Manifiestan con gran añoranza el deseo de recuperar aquellas épocas en donde todos y todas del pueblo o de la vereda, eran en realidad una gran familia.

El efecto más deletéreo de la guerra en la salud mental hay que buscarlo en el socavamiento de las relaciones sociales, que es el andamiaje donde nos construimos históricamente como personas y como comunidad humana. Aflore o no en trastornos individuales, el deterioro de la convivencia social es ya, en sí mismo, un grave trastorno social, un empeoramiento en nuestra capacidad colectiva de trabajar y amar, de afirmar nuestra peculiar identidad, de decir nuestra palabra personal y comunitaria en la historia de los pueblos (Martín-Baró, 1984, p.39).

Otro de los aspectos a resaltar en los cambios de las estructuras familiares está relacionado con el sexo y la edad de las personas que hacían parte de las familias y fueron asesinadas. En ambas poblaciones se evidencia que la mayor cantidad de personas asesinadas fueron hombres: primos, sobrinos, tíos, hermanos, estas ausencias demarcaron evidentemente cambios en las estructuras familiares con relación a los roles de las mujeres y de los hijos en las dinámicas familiares. Por otra parte, aunque fueron pocas las muertes de madres y niñas, las pérdidas generaron duelos e indignación a nivel general en toda la población. Palacio (2001), señala el que sexo femenino en todas sus condiciones ha sido el más afectado que el sexo masculino, las niñas y jóvenes se presentaron más afectadas en el ámbito de su

resistencia psicológica con respecto a los niños y jóvenes; las jóvenes presentan significativamente comportamientos más depresivos y ansiosos que los jóvenes, y las madres un estado de salud degradado.

Los sentimientos de impotencia, culpa, miedo, angustia y dolor por las pérdidas afectan los cuerpos y las mentes de las víctimas, las relaciones familiares y los roles socializadores de los padres se debilitan y en muchas ocasiones se ausentan, sobre todo la figura paterna, tal como podemos verlo en los siguientes testimonios:

...ahora mismo tengo a mi esposo enfermo, le tienen que hacer diálisis, a veces él me ayuda a trabajar y a veces no, porque la enfermedad no se lo permite... (Entrevistada de Nueva Venecia).

...él pescaba, desde que pasó lo que pasó ya quedó más bien inútil, porque no trabaja, aquí yo hago frito, hago sopa... (Entrevistada de Nueva Venecia).

Las experiencias de violencia vividas tienden a cargar las mentes de emociones negativas que con el tiempo pueden somatizarse hasta convertirse en enfermedades crónicas o incluso mortales, tal como señala un estudio realizado por Médicos Sin Fronteras (2013).

A pesar del sentir de las familias, en el caso de Nueva Venecia solo el 39 % solicitó atención psicológica. Los motivos de consulta fueron fundamentalmente por *las secuelas y traumas* producto del desplazamiento forzado por la violencia, también se mencionaron *la agresividad y los nervios*; algunos recibieron capacitación y participaron en programas de apoyo para conformar microempresas. Además, manifestaron el interés en que se valorara el bajo rendimiento académico de los jóvenes y las consecuencias asociadas a los hechos violentos que sufrieron.

Las familias entrevistadas consideran que después del desplazamiento de la masacre se han enfermado (46 %) siendo *la depresión* la más frecuente. Se afirma que después de los hechos violentos sufridos se les ha desarrollado a ellos o algún miembro de su familia enfermedades principalmente relacionadas con el

bienestar psicológico, causando en algunos la muerte... *La madre del asesinado, no quiso comer y andaba con la foto de su hijo y murió después*. También se mencionan *los nervios, la isquemia cerebral y el cáncer*; este último se atribuye a los golpes recibidos.

En cuanto a la atención psicológica de El Salado, solo fue solicitada por el 12 %. Los motivos de consulta fueron *Para hablar de la masacre, Despejar la mente, Estaba nerviosa, Problemas en el hogar, Deprimida, Por sus sentimientos, Desmayo por sistema nervioso, Buscar ayuda por los traumas y Discapacidad mental*.

El 57 % de los entrevistados consideran que después del desplazamiento han enfermado algunos miembros de la familia. También se resalta que no recibieron atención psicosocial (71 %) los niños, niñas y adolescentes.

En un país como Colombia no resulta fácil admitir que se encuentra padeciendo algún tipo de alteración o trastorno psicológico, ahora, mucho más difícil resulta si esas afectaciones o sentires, son el resultado de haber vivido o presenciado actos de violencia y haber tenido pérdidas en el marco del conflicto armado, debido al miedo a la estigmatización, el desconocimiento sobre cuáles son las entidades encargadas de brindar información y atención sobre esta problemática o por temor a ser doblemente excluidos por la sociedad.

Campo-Arias y Acevedo-Herazo (2013) señalan que ocultar el trastorno incrementa el sufrimiento de pacientes y familiares debido a que muchas veces es peor el sentimiento de exclusión y los efectos de la estigmatización y los prejuicios, que la misma afectación en sí, por lo que un gran número de personas deciden no acceder. Además, la mirada medicalizadora de la salud mental en el marco del conflicto, naturaliza el trauma y lo generaliza al punto de que los profesionales en el área de salud mental no tengan en cuenta las subjetividades y el contexto social y político en el que se enmarcan estos "trastornos". No se pretende negar el componente clínico en el cual pueden verse las causas de la violencia política, lo que se propone es que las miradas a las víctimas se amplíen y se comprendan sus comportamientos desde una perspectiva integral y compleja que no deje por fuera

ninguna dimensión involucrada en esta problemática. Esto no significa desconocer que hay personas afectadas gravemente que requieren un soporte especializado, pero sí evitar la estigmatización, que tiende a ver a todos como traumatizados, de tal forma que se patologizan respuestas normales y se reduce a términos médicos una compleja situación política, histórica y cultural (López, 2013, p.280).

Lo anterior pone de presente los aspectos de formación del profesional de Psicología. Como lo ha venido mencionando en sus escritos García (2010, 2012a, 2012b), los currícula de formación deben estar más cerca de las realidades sociales y políticas que vive el país. De ahí que su análisis en términos de la atención de la salud mental en desplazados por la violencia implique otras miradas que las que se tienen en los casos de desplazados por afectaciones ambientales y aún dentro de estas la gama es amplia.

A pesar de la deficiente atención en términos de la salud mental que se proporcionó posteriormente al desplazamiento en los casos de El Salado y Nueva Venecia, se hace posible referirnos a la resiliencia y el desarrollo activado de la adversidad<sup>1\*</sup> en estas poblaciones, pero nos quedan interrogantes en algunos casos. La adaptación al nuevo territorio, las posibilidades de acceder a una mejor educación para el caso de los jóvenes fue el punto más mencionado. Otros estudios han reportado la resiliencia asociada al conflicto armado así como estas poblaciones (Guzmán y Vargas, 2014; Blanco y Castro, 2013; Latorre, 2010).

En Colombia el conflicto armado ha introducido cambios en la ocupación de las mujeres. Testimonios de las entrevistadas revelan la necesidad de trabajar en la comercialización de diversos productos para el sostenimiento de su hogar. De acuerdo a lo manifestado en las entrevistas y talleres es menos complejo para las mujeres adaptarse a la vida urbana, debido a que las labores que realizan son domésticas y se parecen a las actividades que practicaban antes del desplazamiento, mientras que el hombre siente una profunda nostalgia y tristeza que la relaciona con la imposibilidad de trabajar la tierra en el caso de El Salado, y de pescar en

Nueva Venecia. Algunos no han podido volver por el dolor que les ocasiona ver a su pueblo en las condiciones de deterioro en que se encuentra, los hombres han tendido a enfermarse más que las mujeres o podría decirse que se ha visibilizado más, por lo que las mujeres han tenido que asumir ambos roles, el rol tradicional de cuidadoras, y el rol de proveedoras adquirido a causa de los cambios provenientes del desplazamiento.

Vinculado a la resiliencia se ubica el tema de la transmisión, Cyrulnik (2002) considera que la primera tiene dos palabras claves: afecto y sentido. La transmisión es muy importante porque posibilita darle una nueva interpretación a lo que se ha vivido, padecido, como se observa en la conceptualización que hace Jelin (2002). Esto es, el proceso por el cual se construye un acontecimiento cultural compartido ligado a una visión del pasado. La autora señala que pensar en los mecanismos de transmisión, en herencias y legados, en aprendizajes y en la conformación de tradiciones, se torna en una tarea analítica significativa.

Pero no siempre la comunicación verbal como la conocemos es posible. Las personas en situación de desplazamiento callan, como las víctimas de secuestro, no solo ante el afuera sino también ante sus parientes más cercanos y esto supone dificultades en los procesos de transmisión de memorias intergeneracionales. Algunas familias optan por el silencio frente a lo vivido, sin embargo como lo anotan Lechner y Güell (2006), los silencios no son olvidos; se conocen las historias pero las callan. De acuerdo con Kaufman (2006), la familia puede callar, también compartir, transmitir relatos o hacerlos invisibles; en donde cuidar puede ser callar, cuidar puede ser compartir, contar puede ser el deseo y callar la única posibilidad de sobrevivencia. En todos los casos la transmisión siempre está presente en forma de memoria compartida o ausente.

En algunas familias no se habla claramente de lo sucedido a los niños, en otras sí ellos preguntan por lo sucedido y se interesan por conocer el pueblo de origen de sus padres, madres y abuelos/as. Al respecto mencionan que siempre se acercan personas provenientes del pueblo y comentan sus experiencias lo que despierta la curiosidad en ellos, por conocer sus costumbres y formas de vida, solicitando que los lleven a conocer:

...*Si han escuchado hablar del pueblo porque de allá viene gente pa cá, pero a él no lo han llevado para allá...* (Entrevistada de Nueva Venecia).

...*que cómo era el pueblo, que si era bonito, que cómo se vivía allá, él me pregunta que si yo tenía finca allá, que si tenía vacas, todo eso me lo preguntan y yo me echo a reír a veces... que cómo se vivía allá, que se comía allá... yo les digo qué viví allá era sabroso* (Entrevistado de El Salado).

Es importante resaltar que las conmemoraciones de las masacres particularmente las de los últimos cinco años se han constituido en una oportunidad para integrar a las familias. De esta forma, promovidos en algún momento por entidades gubernamentales, los parientes que no retornaron de modo permanente, vuelven al pueblo nuevamente para participar en estos eventos, convirtiéndose en espacios de transmisión. Miembros de las familias de la siguiente generación, interpelan a los adultos y han aprovechado ese momento para volver a las poblaciones y hacer preguntas a sus padres sobre lo sucedido.

### DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Las víctimas de ambas masacres han tenido que afrontar las situaciones de dolor y daño, y aprender a convivir con lo sucedido en medio de silencios, recuerdos, olvidos y miedos. Han sido muy pocas las personas que han accedido a los servicios de salud, y en particular a los servicios psicológicos, debido al estigma y prejuicios que existen en torno al tema de la enfermedad mental; de igual forma, estas intervenciones meramente clínicas, en muchas ocasiones se vuelven revictimizantes, porque las problemáticas son explicadas a partir de los paradigmas positivistas de las ciencias en donde no existe una comprensión de las complejas dinámicas de los seres humanos en sus contextos históricos y sociales, sino que se ve al individuo afectado aislado de su grupo o comunidad. Asimismo la patologización del sufrimiento normalizada en la etiqueta de un trastorno específico para cada efecto del conflicto, anula sus subjetividades y por ende impide entender que existen múltiples reacciones psicológicas que las personas afectadas pueden presentar para cada caso. Por ejemplo, en el estudio se puede apreciar diferencias en las afectaciones de niños y jóvenes, hombres y mujeres, así mismo es clara la necesidad de atención psicosocial, la cual no se ha visto reflejada en sus procesos

de reconstrucción de comunidad, ni mucho menos en la superación personal de la experiencia de violencia a la cual fueron expuestos.

Investigaciones previas de Rodríguez, *et al.* (2002) ya señalaban la necesidad de una unidad especial que ofreciera servicios públicos de salud mental para situaciones de emergencia para los territorios más afectados por la guerra, mencionando además que los hospitales no debían ser el eje de los servicios de atención en salud mental, sino que debía existir personal capacitado para atender de manera integral a las víctimas sin separarlas de sus comunidades a través del apoyo psicosocial.

En la actualidad esto sigue siendo igual de importante y necesario, debido a que se requieren más profesionales de las Ciencias Sociales y de la Salud, que no solo curen la enfermedad, sino que puedan comprender las conexiones que existen entre las múltiples dimensiones del ser humano, teniendo claro que “los trastornos o enfermedades tienen el cerebro como sustrato biológico, en un contexto histórico, social, político y cultural” (Campo-Arias, *et al.* 2014, p.10) que es imposible desconocer.

Se reconoce que desde el año 2011 con la firma de la Ley 1448 de Víctimas y Restitución de Tierras se han generado transformaciones en la forma de ver y atender a las víctimas, no solo desde el plano judicial. Por primera vez en Colombia se ha construido un modelo de Atención Integral a las Víctimas propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social (2012) denominado Programa de Atención Psicosocial y de Salud Integral a las Víctimas (PAPSIVI); así mismo se ha creado la Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas (s.f.), ambos pasos importantes para garantizar la reparación y la adecuada atención aunque aún hay mucho por implementar y mejorar.

En la actualidad nos encontramos en un momento crucial en la historia de Colombia, donde es firme del proceso de paz, o los acuerdos con las FARC; aquí el tema de la reparación integral a las víctimas es clave, la cual no solo se dará a través de indemnizaciones, sino que requiere un proceso de atención a la salud física y mental y al componente psicosocial que favorezca la superación de los

daños, la recuperación emocional, todo ello en el marco de la Justicia Transicional.

Para finalizar es importante destacar el papel del psicólogo/a como se mencionó antes en estos procesos de reparación de las víctimas e instauración de nuevos discursos, en donde es de vital importancia la apropiación y comprensión de las problemáticas del contexto en el que se desenvuelve, desde una perspectiva crítica y propositiva en la transformación de la sociedad. Se esperan grandes transformaciones en la formación de profesionales de la psicología para dar respuestas a los retos que el postconflicto traerá consigo. Consideramos que los abordajes a la salud mental tienen en su base lo político.

Si la base de la salud mental de un pueblo se encuentra en la existencia de unas relaciones humanizadoras, de unos vínculos colectivos en los cuales y a través de los cuales se afirme la humanidad personal de cada cual y no se niegue la realidad de nadie, entonces la construcción de una sociedad nueva o, por lo menos, mejor y más justa, no es solo un problema económico y político; es también y por principio, un problema de salud mental. No se puede separar la salud mental del orden social, y ello por la propia naturaleza del objeto de nuestro quehacer profesional (Martín-Baró, 1984, p.37).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bello, M. (2001). Niños y niñas en situación de desplazamiento. *En Memorias. Primer Encuentro Interuniversitario. Derechos de la niñez y la juventud.* Bogotá: Guadalupe. UNICEF.
- Bello, M. (2007). La violencia y la masacre en Bojayá: Rupturas, daños y recomposiciones desde la perspectiva familiar. En: Y. Puyana y M. Ramírez, (Eds.). *Familias, cambios y estrategias.* 185-200. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Blanco, C y Castro K. (2013). Memoria, didáctica y resiliencia. Un estudio cualitativo en la población de Nueva Venecia (2009-2011). Tesis de grado para optar título de Maestría en Docencia e Investigación Universitaria. Bogotá, Fondo de Publicaciones Universidad Sergio Arboleda.
- Camilo, G. (2000). Impacto psicológico del desplazamiento forzado, En M. Bello, E. Martín y F. Arias (Editores). *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento.* 15-37. Bogotá: Universidad Nacional, Corporación Avre, Fundación Dos Mundos.
- Campo-Arias, A. y Acevedo-Herazo, E. (2013). Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Revista de Ciencias Biomédicas*, 4(1), 9-10. Recuperado septiembre 20 de 2015 de [http://www.revista.spotmediav.com/pdf/4-1/03\\_EDITORIAL.pdf](http://www.revista.spotmediav.com/pdf/4-1/03_EDITORIAL.pdf)
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-85. Recuperado septiembre 20 de 2015 de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502014000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502014000400002)
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2013) *¡Basta Ya!* Informe General del Grupo de Memoria Histórica. Colombia: Memorias de Guerra y Dignidad.
- Cyrulnik, B. (2002). La resiliencia en el curso de las interacciones precoces: la adquisición de los recursos internos. En B. Cyrulnik, M. Manciaux, E. Sánchez, M. Colmenares M. Olaya y L. Balegno. *La resiliencia. Desvictimizar la víctima.* 29-56. Cali: CEIC. Casa Editorial Rafue.
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES (2012). El reto ante la tragedia humanitaria del desplazamiento forzado. Garantizar la superación del ECI en el marco de la nueva Ley de Víctimas.

- Colombia: Corcas Editores.
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES (2015). Estadísticas históricas de desplazamiento. Recuperado 18 de julio de 2015 de [http://www.codhes.org/index.php?option=com\\_si&type=1](http://www.codhes.org/index.php?option=com_si&type=1)
- Correa, A. (2005). Pistas para un nuevo rumbo. Patrimonio y personalidad jurídica de los desplazados del distrito de Barranquilla, 3. Barranquilla: Colección Consejería Derechos Humanos. Cyrulnik (de p.135)
- De la Hoz, Y., Madariaga, C. y Cervantes, M. (2013). Estudio correlacional entre el capital social y la inserción social de la población desplazada residente en la ciudad de Barranquilla y municipios aledaños. *Psicogente*, 16(30), 391-406.
- García, Y. (2008). *Familias en Colombia: Transiciones hacia el siglo XXI*. Barranquilla: Mejoras.
- García, Y. (2010). Psicología política y procesos de construcción de memoria colectiva. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 13(2), 58-77.
- García, Y. (2012a). Las víctimas del conflicto armado en Colombia frente a la Ley de Víctimas y otros escenarios de construcción de memorias: Una mirada desde Foucault. *Revista Justicia Juris*, 8(2), 74-87.
- García, Y. (2012b). *Rutas por la memoria: Voces de Nueva Venecia y El Salado*. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.
- García, Y., López, A., Ruiz, P. y Soto, A. (2006). *Representaciones sociales de las personas que habitan y laboran como vendedores ambulantes en el Centro Histórico de Barranquilla frente al proceso de reconstrucción que allí se promueve*. Universidad Simón Bolívar.
- Guzmán, F. y Vargas, D. (2014). Incidencia de la educación inicial en la construcción de subjetividad en niños y niñas de 3 a 5 años en situación de desplazamiento en un jardín en Bogotá en el sector de Bosa, *Psicogente*, 17(32), 307-22.
- Jelin, E. (2002). *Los trabajos de la memoria*. Madrid. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Kaufman, S. (2006). Lo legado y lo propio. 51-53. Lazos familiares y transmisión de memorias. En: E. Jelin y S. Kaufman, (Comps.). *Subjetividad y figuras de la memoria*, 51-53. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Kohn, R., Levay, I., Donaire, I., Machuca, M. & Tamashiro, R. (2005). Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 287-295. Recuperado el 27 de septiembre de 2015 de

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16354426>
- Latorre, E. (2010). Memoria y resiliencia. Estudio de la memoria de las víctimas del conflicto armado en el departamento del Magdalena: Presentificación, visibilización, catarsis y resiliencia. *Prolegómenos, Derechos y Valores*. 13(25), 95-109.
- Lechner, N. y Güell, P. (2006). Construcción social de las memorias en la transición chilena. En: E. Jelin y S. Kaufman (Comps.). *Subjetividad y figuras de la memoria*. 17-33. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Ley 1616 del 21 de enero de 2013. Ley de Salud Mental. República de Colombia. Gobierno Nacional.
- Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, 1448 (2011). Bogotá: Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional.
- López, B. (2013). Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 276-82. Recuperado el 20 de septiembre de 2015 de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474502013000300006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502013000300006&lng=en&tlng=es)
- Martín-Baró, I. (1984). Guerra y salud mental. I Jornada de Profesionales de Salud Mental. En *Estudios Centroamericanos*, 429/430, 503-514. Recuperado el 22 de agosto de 2015 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=585>
- Médicos sin Fronteras (2013). *Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Recuperado el 25 de agosto de 2015 de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/06/Las-Heridas-Menos-Visibles-Reporte-MSF-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas en el Marco de la Ley 1448 de 2011*. En [https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas\\_PAPSIVI.aspx](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2003). *Estudio nacional de salud mental*. República de Colombia. Recuperado el 10 de junio de 2015 de [http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/1243030\\_EstudioNacionalSM2003.pdf](http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *ABC Encuesta Nacional de Salud Mental. Colombia. Estudios e Investigaciones*. Recuperado el 20 de septiembre de 2015 de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/abc-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

- Nieto, L. y Ravelo, I. (2012). Las familias desplazadas en Colombia: ¿puede que ellas se sientan extranjeras en su propio país? *Psicogente*, 15(28), 414-27.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *¿Qué es la salud mental?* Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Palacio, J. (2001). Estrés post-traumático y resistencia psicológica en jóvenes desplazados. En *Memorias*. Primer encuentro interuniversitario. Derechos de la niñez y la juventud. Bogotá: Guadalupe. UNICEF.
- Palacio, M. (2007). El escenario familiar. La convergencia del conflicto armado y el desplazamiento forzado. Una lectura desde la realidad del departamento de Caldas. En: Y. Puyana y M. Ramírez (Eds.). *Familias, cambios y estrategias*, 201-26. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Papadopoulos, R. (2007). Refugees, Trauma and Adversity-activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301-12. Recuperado el 23 junio de 2015 de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13642530701496930>
- Rebollo, O. y Rondón, L. (2010). Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. *Revista de Estudios Sociales* 36, 40-50 Recuperado septiembre 23 de 2015 de [https://www.researchgate.net/publication/48171948\\_Reflexiones\\_y\\_aproximaciones\\_al\\_trabajo\\_psicosocial\\_con\\_victimas\\_individuales\\_y\\_colectivas\\_en\\_el\\_marco\\_del\\_proceso\\_de\\_reparacion](https://www.researchgate.net/publication/48171948_Reflexiones_y_aproximaciones_al_trabajo_psicosocial_con_victimas_individuales_y_colectivas_en_el_marco_del_proceso_de_reparacion)
- Restrepo-Espinosa, M. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23). Recuperado el 23 de septiembre de 2015 de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4457>
- Rodríguez, J., De La Torre, A. y Miranda, C. (2002). La salud mental en situaciones de conflictos armados. *Revista Biomédica*, 22, 337-46. Recuperado el 23 de Septiembre de 2015 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84309603>
- Unidad para la Atención y Reparación Integral de Víctimas (s.f.). Recuperado el 15 septiembre de 2015 de <http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/en/>

## Capítulo 7

# Factores psicosociales asociados a la conducta sexual protegida en jóvenes colombianos

**J Isaac Uribe Alvarado<sup>1</sup>**

## INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica, las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA representan en la actualidad un problema de salud vinculado al comportamiento humano, pues una de las principales formas de contagio es mediante la vía sexual, es decir, teniendo relaciones sexuales sin protección con personas portadoras de alguna infección; esto, a pesar de las acciones encaminadas a la prevención, como la promoción del uso correcto del condón masculino.

Según datos de ONUSIDA (2015) en el año 2014 alrededor de 2 millones de personas en el mundo se infectaron de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y, en Colombia se estimaba que había 120.000 personas contagiadas. Si bien es cierto que en los últimos años las infecciones han disminuido, hay sobradas razones para continuar en la lucha contra el contagio de tal pandemia desde diversos ángulos; en este sentido, es importante explicar desde las Ciencias Sociales y Humanas los diversos factores que se asocian con las formas de contagio de esta y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que ayuden en su prevención.

Respecto a las formas de explicar el porqué las personas se protegen o no en una relación sexual, la literatura científica indica que algunos factores psicosociales favorecen las prácticas sexuales protegidas o con el uso correcto del condón. Por ejemplo, Farmer & Meston (2006) reportaron que entre diversos factores, la comunicación con la pareja sexual y la autoeficacia se asociaron con el uso del condón; Grossman, *et al.* (2008) concluyeron que la comunicación efectiva con la pareja predice tener relaciones sexuales protegidas.

Heeren, Jemmott, Mandeya & Tyler (2009) citaron que la habilidad para usar condones es una variable que se asocia a la práctica sexual protegida; Zhang, Zhang & Chock (2014) reportaron que los altos niveles de autoeficacia se asocian con el uso del condón en jóvenes; Parent & Moradi (2015) y Eggers, Aaro, Bos, Matheus, & Hein de Vries (2014) reportaron en su estudio que, quienes se perciben autoeficaces en el uso del condón en las relaciones sexuales, tienden a usarlo con más frecuencia. Además, Leddy, Chakravarty, Dladla, De Bruyn, & Darbes (2015) reportaron que, para contrarrestar las normas masculinas hegemónicas (HMN), que promueven la toma de riesgos sexuales entre los hombres y la subordinación de las mujeres, la autoeficacia y la comunicación sexual entre los miembros de la

pareja son puntos de apoyo para el aumento del uso del condón y que las parejas con mayor nivel de comunicación tienen mayores probabilidades de su uso consistente; Schmid, Leonard, Ritchie & Gwadz (2015) citaron que la asertividad de los individuos se asoció positivamente con el uso del condón en jóvenes.

Además, estudios con población latina han reportado que la intención de usar el condón y la alta autoeficacia (Valencia y Canaval, 2012), la comunicación con la pareja sexual (Jiménez, 2010; Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt, 2013; Pérez de la Banera, 2014), así como la percepción de autoeficacia (Giménez-García, Ballester-Arnal, Gil-Llario, Cárdenas-López, & Durán-Baca, 2013; Uribe, 2015), y la habilidad para negociar el uso del condón (Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso, 2011) se relacionan y predicen el uso del condón en adolescentes jóvenes. En este sentido Matera (2014) reportó que las intenciones de usarlo y la comunicación entre la pareja y la autoeficacia predicen el uso del condón; Álvarez, Bauermeister & Villarruel (2014) reportaron que la comunicación sexual se asoció con el uso del condón en hombres y en el grupo de mujeres la comunicación sobre salud sexual se asoció con el uso del condón. En un estudio con jóvenes adolescentes de escuelas públicas, Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar (2015) concluyeron que quienes aceptan usar el condón y se muestran asertivos(as) con la pareja sexual tienden a usar el condón en sus relaciones sexuales.

Los estudios científicos previos muestran que algunos factores de comunicación interpersonal y de autoeficacia se asocian directamente con la conducta sexual protegida en jóvenes.

En el presente estudio se planteó como objetivo determinar cómo la comunicación asertiva y la percepción de autoeficacia en el uso del condón se relacionan con las prácticas sexuales protegidas en una muestra de mujeres y hombres colombianos, estudiantes de una universidad privada.

## MÉTODO

### Muestra

En este estudio participó una muestra intencional no probabilística, la cual integró a 341 estudiantes de nivel superior, 140 hombres (41,1 %) y 201 mujeres (58,9 %) con edades entre 20 y 24 años.

El total de las y los participantes declararon haber tenido relaciones sexuales. La muestra se seleccionó de un total de aproximadamente 800 cuestionarios y el criterio fue que fueran activos sexualmente.

#### Instrumento

Para el presente estudio se diseñó un cuestionario con dos apartados, el primero contiene preguntas de información general (sexo, edad, familia con la que viven) así como preguntas sobre el patrón sexual y frecuencia de uso del condón en las relaciones sexuales.

Un segundo apartado contiene 58 reactivos con cinco opciones de respuesta de tipo ordinal donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo. Las preguntas están agrupadas en cinco factores, el primero denominado asertividad sexual; el segundo denominado percepción de autoeficacia; un tercer factor se denomina sumisión sexual o amor sumiso y un cuarto factor se denomina rechazo del uso del condón, y el último es baja percepción de riesgo.

Este instrumento fue elaborado y validado en población juvenil mexicana y adaptado y validado con una muestra de 1463 jóvenes universitarios colombianos (Uribe, 2015).

#### Procedimiento

Para la aplicación de cuestionarios, se contó con la participación de estudiantes de Licenciatura en Psicología habilitados previamente por profesoras investigadoras de la Universidad donde se realizó el estudio, se aplicó el cuestionario en horarios asignados por los directores de cada Institución y bajo la supervisión y colaboración de profesores(as) de clase.

Se solicitó a las y los participantes la colaboración voluntaria así como el consentimiento informado; se respetó el anonimato de cada persona. Para el análisis de datos descriptivos y correlaciones se utilizó SPSS, versión 20, para Windows.

## RESULTADOS

De acuerdo a los datos obtenidos, del total hombres que participaron, el

85 % tiene una preferencia sexual heterosexual, un 2,1 % declara tener preferencia homosexual y un 10,7 % reporta preferencia bisexual y un 2,2 % no contestó la pregunta; en el grupo de mujeres, el 87 % tiene una preferencia heterosexual, el 1,5 % declara tener preferencia homosexual, el 7 % declara tener preferencia bisexual y un restante 4,5 % no respondió la pregunta.

Se preguntó acerca de la forma de uso del condón en las relaciones sexuales y el grupo de hombres respondió que lo usa antes de la penetración en un 61,4 %; un 6,4 % declaró que solo lo usa para eyacular y un 22,9 % no lo usa, el 9,3 % no contestó la pregunta. En el grupo de mujeres, el 60,2 % declaró que lo usa antes de la penetración, un 10,4 % reporta que lo usa antes de la eyacuación de la pareja, un 26,4 % no lo usa y un 3 % no contestó la pregunta.

Se realizaron análisis comparativos por sexo a partir de las variables asociadas a las prácticas sexuales y uso del condón. Con relación a la edad de la primera relación sexual –debut sexual– los hombres reportaron una media de 15,8 años (DE=1,230) y el grupo de mujeres reportó una media de 17,2 años (DE=2,222), donde los hombres tienen su primera relación sexual a menor edad que las mujeres ( $t=-8-064$   $p<.000$ ).

Así mismo, la pareja con quien tuvieron su debut sexual es mayor en el grupo de mujeres –20,3 años– (DE=4,637) que la edad de la pareja sexual de los hombres, 16,6 años (DE=5,397); esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p<.000$ ). En estos resultados, observamos que los hombres son diferentes a las mujeres y tienen su debut sexual a menor edad, lo que indica cierto nivel de permisividad social mayor en las prácticas sexuales de los hombres y no así de las mujeres. Es de hacer notar que las mujeres tienen su primera experiencia sexual con parejas varones mayores de edad que ellas.

Con respecto a la cantidad de parejas sexuales, el grupo de hombres reportó haber tenido 6,7 parejas en promedio (DE=6,351) mientras que las mujeres reportaron un promedio de 2,9 (DE=2,371) parejas. Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $t=8.201$   $p<.00$ ), lo que indica que los hombres, al igual que en la edad de inicio de sus relaciones sexuales, tienen mayor nivel de permisividad social respecto a sus encuentros sexuales; en consecuencia, mayor cantidad de parejas sexuales.

Haciendo diferencia a la frecuencia del uso del condón entre los grupos de mujeres y hombres y con el fin de analizar si existen diferencias significativas respecto al uso, se llevó a cabo una prueba t de Student.

En la siguiente Tabla (1) se reportan los resultados, los cuales indican que no hay diferencias significativas en la frecuencia del uso del condón en los últimos treinta días y en las relaciones sexuales ocasionales; el grupo de hombres y el de mujeres tienen promedios similares en la frecuencia del uso del condón.

**Tabla 1**  
**Comparación de medias ente hombres y mujeres respecto a prácticas sexuales y uso de condón**

Variable	Sexo	N	Media	D.S.	t	GI	P
Frecuencia de uso del condón (últimos treinta días)	Hombre	140	2,05	1.375	-203	339	,840
	Mujer	201	2,08	1.294	-200	339	
Relaciones sexuales ocasionales (últimos treinta días)	Hombre	140	1,61	.618	-631	339	,530
	Mujer	201	1,66	.605	-629	339	
Frecuencia de uso del condón en relaciones sexuales	Hombre	140	2,65	1.189	685	339	,496
	Mujer	201	2,55	1.161	682	339	

Posterior al análisis de comparación de promedios entre mujeres y hombres respecto a las prácticas sexuales y uso del condón, y con el propósito determinar la relación entre la frecuencia del uso del condón en las relaciones sexuales con parejas estables y con parejas ocasionales con las variables asertividad sexual, percepción de autoeficacia, sumisión sexual o amor sumiso y rechazo del uso del condón en los grupos de mujeres y hombres se realizaron correlaciones de Pearson. En la Tabla 2 se reportan las correlaciones para hombres y para mujeres.

Respecto al grupo de hombres, se reporta una correlación significativa entre la frecuencia del uso del condón en los últimos treinta días con la variable percepción de autoeficacia (R=225, p<.000) así como una correlación significativa entre la frecuencia del uso del condón durante su vida sexual con las variables asertividad sexual (R=265, p<.000) y percepción de autoeficacia (R=405, p<.000).

Haciendo referencia al grupo de mujeres, los resultados indican una correlación significativa entre la frecuencia del uso del condón con las variables asertividad sexual (R=266, p<.000) y percepción de autoeficacia (R=374, p<.000), (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Correlaciones entre uso de condón con pareja estable y ocasional, por sexo.**

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Frecuencia de uso del condón (últimos treinta días)	---		,185**			
2. Frecuencia uso de condón durante su vida sexual	,567**	---	,211 **	,355**	-463**	-267**
3. Asertividad sexual	248**	,334**	---	,590**		
4. Percepción de autoeficacia uso de condón	,397**	,556**	579**	---		
5. Sumisión sexual (amor sumiso)	-386**	,-515**				
6. Rechazo del uso del condón		,-307**				

Nota. Los valores de la esquina inferior izquierda corresponde a los hombres y los de la esquina superior derecha a las mujeres.  
\*\* p<.01, \* p<.05.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la muestra de jóvenes universitarios de la ciudad de Barranquilla, Colombia, hay diferencias notorias entre mujeres y hombres con respecto a sus prácticas sexuales. Los hombres tienen promedios menores de edad en el debut sexual y tienden a tener más parejas sexuales que las mujeres lo que responde en cierta forma a estereotipos de género propios del contexto, en donde los hombres tienen más permisividad sexual a diferencia de las mujeres, por el hecho de “ser hombres”, lo cual ha sido una premisa culturalmente aceptada históricamente; lo que pone en desventaja al grupo de mujeres y en cierta forma vulnerables ante los riesgos de embarazo y de contagio de una ITS.

Referente a las correlaciones entre la frecuencia del uso del condón y la asertividad y autoeficacia, la variable asertividad sexual se relaciona con el uso del condón y es a su vez un factor protector respecto a las conductas sexuales de riesgo. Se considera que la variable sumisión sexual es también una variable actitudinal que pone en riesgo la salud sexual de los y las estudiantes de la muestra estudiada.

Es importante mencionar que el uso del condón en las relaciones sexuales de jóvenes se vincula fuertemente a ciertas habilidades asertivas, percepciones positivas y de aceptación del uso del condón; además, la habilidad de los y las jóvenes para comunicar a su pareja sexual la importancia del uso del condón en sus encuentros sexuales (afectividad sexual) vinculados a la variable percepción de autoeficacia, son factores que pueden favorecer el uso del condón. Estos factores han sido ya estudiados en la población latinoamericana (Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso 2011; Uribe, *et al.*, 2013; Jiménez, 2010; Pérez de la Barra, 2014; Giménez-García, *et al.*, 2013; Valencia y Canaval, 2012; Matera, 2014; Uribe, *et al.*, 2015).

Podemos concluir que las estrategias dirigidas a promover el uso del condón tanto en hombres como en mujeres, deben estar centradas entre otros aspectos en el desarrollo de la asertividad sexual o comunicación asertiva con la pareja sexual así como en la habilitación en el uso correcto y sistemático del condón durante cualquier tipo de relación sexual en jóvenes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, C., Bauermeister, J., & Villarruel, A.M. (2014). Sexual Communication and Sexual Behavior Among Young Adult Heterosexual Latinos *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(6), November/December 2014, 577-88
- Eggers, SM., Aaro, LE., Bos, AE., Matheus, C. & Hein de Vries, H. (2014). *Predicting condom use in South Africa: a test of two integrative models. AIDS and Behavior*, 18(1), 135-45.
- Farmer, M. A. & Meston, C. (2006). Predictors of Condom Use Self-Efficacy in an Ethnically Diverse University Sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 313-26.
- Gimenez-Garcia. C., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Cardenas-Lopez, G., & Duran-Baca, X. (2013). Culture as an Influence on the Perceived Risk of HIV Infection: A Differential Analysis Comparing Young People from Mexico and Spain. *J Community Health*, 38(3), 434-42.
- Grossman, C., Hadley, W., Brown, L.K., Houck, C. D., Peters, A. & Tolou-Shams, M. (2008). Adolescent Sexual Risk: Factors Predicting Condom Use Across the Stages of Change. *AIDS and Behavior*, 12, 913-22.
- Heeren, G.A., Jemmott III. J.B., Mandeya, A. & Tyler, J.C. (2009). *Sub-Saharan African University Students' Beliefs about Condoms, Condom-use Intention, and Subsequent Condom Use: A Prospective Study. AIDS and Behavior*, 13, 268-76.
- Jiménez, G. M. (2010). *Comunicación sexual en adolescents y su implicación en la consistencia del uso del condón. Enseñanza e Investigación en Psicología* 15(1), 107-29.
- Leddy, A., Chakravarty, D., Dladla, S., DeBruyn, G. & Darbes, L. (2015). Sexual communication self-efficacy, hegemonic masculine norms and condom use among heterosexual couples in South Africa *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*5. September 2015, 6p. In press. Doi: 10.1080/09540121.2015.1080792. DocumentType: Article in Press.
- Matera, C. (2014). Encouraging safer sex: mediating and moderating effects on condom use among Italian girls. *International Journal of Sexual Health*, 26(3), 217-28.

- ONUSIDA (2015). El Sida en cifras 2015, disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf)
- Parent, M.C. & Moradi, B. (2015). Self-Objectification and Condom Use Self-Efficacy in Women University Students. *Archives of Sexual Behavior*, 44(4), 971-81.
- Pérez de la Barrera, C. (2014) Habilidades para la vida y uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en adolescents. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 119-33.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-40.
- Schmid, A., Leonard, N., Ritchie, A. & Gwadz, M. (2015). Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights From Late Adolescent Couples' Subjective Ratings of Self and Partner. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 94-99.
- Tucker, J.S., Wenzel, S.L., Golinelli, D., Kennedy, D.P., Ewing, B. & Wertheimer, S. (2013). Understanding Heterosexual Condom Use Among Homeless Men. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1637-1644.
- Uribe, A. J.I., Andrade, P.P., Zacarías S.X. y Betancourt, O.D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 75-92.
- Uribe, A. J.I., Aguilar, V.J., Zacarías, S.X. y Aguilar, C.A. (2015). Modelos explicativos del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Acta de investigación psicológica*, 5(1), 1904-1915.
- Uribe, A. J.I. (2015) Asertividad y autoeficacia para el uso del condón: variables predictoras de la conducta sexual protegida en jóvenes. En Alarcón, V.Y., Vázquez de la Hoz, F., Pineda A.W., y Martínez de B., Y. (2015) *Estudios Actuales en Psicología*. Ed. Universidad Simón Bolívar, 183-96.
- Uribe, A. J.I. (2015). Asertividad y autoeficacia para el uso del condón: variables predictoras de la conducta sexual protegida en jóvenes. En A, Alarcón-Vasquez, F, Vasques, N, Pineda y V. Martínez. (Eds.), *Estudios Actuales en Psicología* (pp.183-196). Barranquilla: Editorial Universidad Simón Bolívar.

- Uribe, A. J.I. (2015). Cuestionario: Factores psicosociales asociados a la conducta sexual protegida en jóvenes. No publicado.
- Valencia, P.C. y Canaval, E.G. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Revista Salud Pública*, 14(5), 810-21.
- Zhang, J., Zhang, D. & Chock, TM. (2014). Effects of HIV/AIDS public service announcements on attitude and behavior: interplay of perceived threat and self-efficacy. *Social Behavior and personality*, 42(5), 799-809.

## Capítulo 8

# Conductas empáticas y conductas prosociales entre estudiantes universitarios de la ciudad de Barranquilla\*

**Juan Carlos Marín Escobar<sup>1</sup>**  
**Diego Andrés Maury Romer<sup>2</sup>**  
**Marbel Luz Gravini Donado<sup>3</sup>**

---

\*Este proyecto es el resultado de la investigación "Conductas prosociales y conductas empáticas entre estudiantes universitarios de la ciudad de Barranquilla", adscrita a la Universidad Simón Bolívar sede Barranquilla.

1. Profesor investigador, Universidad Simón Bolívar. Grupo de Investigación Sinapsis Educativa y Social.

[jmarin@unisimonbolivar.edu.co](mailto:jmarin@unisimonbolivar.edu.co)

2. Estudiante de octavo semestre de Psicología de la Universidad Simón Bolívar, integrante del Grupo Institucional Semilleros.

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

3. Profesora investigadora Universidad Simón Bolívar. Grupo de Investigación Sinapsis Educativa y Social.

[mgravini1@unisimonbolivar.edu.co](mailto:mgravini1@unisimonbolivar.edu.co)

## INTRODUCCIÓN

En Colombia, y quizás producto de impactos mundiales, se viven varias crisis: económica y financiera, petrolera, ambiental, educativa. Existen muchas maneras de evidenciarlas.

Producto de la baja del petróleo se han resentido grandemente las finanzas del Estado. La subida en el dólar ha hecho que sea mucho más costoso explorar y buscar nuevos yacimientos. Las demandas en contratación de productos y servicios de esta área se han reducido notablemente. Medianas y pequeñas empresas subsisten gracias a la dinámica que presenta este ramo y han reducido notablemente su estructura organizativa. En consecuencia, son muchas las personas que se han afectado directamente por la pérdida de sus trabajos.

En documentos de reciente publicación se registra con bastante notoriedad algunas de estas cifras que evidencian no solamente la situación petrolera sino su incidencia sobre las finanzas del país. En un artículo aparecido en el Diario *La República*, correspondiente al 10 de abril de 2015, se afirma que el mismo presidente Santos registró que nuestra economía no crecerá más del 4 %, básicamente por efecto de la crisis petrolera. En este mismo diario se hace acotación de algunas cifras entregadas por el Ministro de Hacienda: que los ingresos estimados en 23 billones para el 2013 pasarán a 9 billones para 2015 por acción directa de la crisis del crudo. Finalmente, personas de la más alta reputación académica e intelectual en el país, estiman que aproximadamente 12.500 personas han perdido sus trabajos, todos relacionados con el sector petrolero. No obstante, aún no se han calculado los efectos que se pueden suceder en otros ramos dadas las articulaciones y las dependencias con este sector productivo (Chaves, 2015, abril 10).

En al ámbito ambiental el panorama no es más halagüeño. A los desastres naturales producidos directamente por el hombre, considérense los atentados contra la infraestructura petrolera, las quemadas para apropiarse de tierras baldías, los atentados contra los cerros por efecto del vandalismo juvenil, entre muchos otros, se unen asuntos como el cambio climático, el calentamiento global, el deshielo de los polos, la pérdida de nieves perpetuas, el secamiento de espejos de agua que posiblemente nunca se logren recuperar.

Solamente haciendo referencia a uno de estos asuntos, en entrevistas concedidas a los medios de televisión y prensa, líderes ambientales situados en la Sierra Nevada de Santa Marta conceptuaron que las nieves perpetuas de los cerros Colón y Bolívar, tendrían a lo sumo veinte años de supervivencia. Tal información es igualmente respaldada por estudios técnicos del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, Ideam, el cual ha reportado reducciones del noventa por ciento en la superficie nevada de la Sierra, ocurrida entre los años 1850 y 2010, además de mencionar los enormes impactos que ocasionarían estos procesos de secamiento en estos cuerpos montañosos (Silva, 2015, mayo 26).

Respecto a la educación, aquí sí se puede hablar de crisis. ¿Acaso los sistemas educativos han logrado dar respuesta a los propósitos para los que se crearon? Si es así, ¿por qué tan malos resultados en las pruebas internacionales?, ¿por qué en términos generales se evidencian tan irregulares resultados por regiones? Aunado a esto, ¿qué se hace frente al uso mercantilista y clientelista en general de la educación privada en todos los niveles y con poca vigilancia del Estado?, ¿por qué las cifras tan preocupantes en índices de repitencia, mortalidad académica y deserción?

Al centrar la problemática en la educación superior, contexto de esta investigación, se advierte –entre otros aspectos– la cada vez más precaria educación superior pública; los altos costos de la educación de calidad; la falta de oportunidades reales para que los docentes alcancen niveles de desarrollo profesoral, no solo en el país sino fuera de él, y por último, el afán de aumentar la cobertura, a costas de la masificación de la educación superior pero con pobres niveles de calidad. En Colombia, por ejemplo, la tasa de cobertura bruta en educación superior en el año 2013, se encontraba en el 45,5 % (Consejo Nacional de Educación Superior, CESU, 2014), es decir, que menos de 50 jóvenes de cada 100 que terminan su educación secundaria tienen la oportunidad de ingresar a la educación superior.

Pero pese a todas estas dificultades enumeradas en varios ámbitos: ambientales, económicos, educativos, existe una dificultad y una crisis mayor: La crisis ética y la crisis asociada a la ausencia de los más importantes valores. Se presenta a continuación algún énfasis a este respecto.

El primer síntoma se observa en la dimensión política. Tanto el líder espera negociar con sus votantes el costo de su respaldo, como los ciudadanos están atentos a cuánto pueden recibir por entregar su nombre a una propuesta política. Este pago va, desde dinero o especies, hasta promesas de contratos, puestos directos o a terceros. Esta crisis de valores en la política se ha enquistado en todas las estructuras de la sociedad.

Por supuesto no es solo en la dimensión política donde se denota el problema. Hay también serias dificultades en la convivencia, en las dinámicas sociales, en la vida privada que se trasladan al ámbito público. La mayoría de homicidios que se presentan en Colombia, no son producidos por planes nacidos en disputas anteriores, sino por acontecimientos del presente, por conflictos inadecuadamente manejados, por intolerancia y por la incapacidad para regular las emociones.

Esta crisis de valores, social y familiar, que ahora toma el matiz de endémica, se traslada a las escuelas y a las instituciones educativas en las cuales se vive una verdadera crisis en esta área. De acuerdo a lo observado en estas instituciones, las conductas agresivas y violentas crecen de una manera significativa. Muchas son las aproximaciones investigativas que se han hecho para documentar el fenómeno de violencia en la escuela (Schwartz y Proctor, 2000; Slaby y Guerra, 1988; Torrente y Kanayet, 2007).

En Colombia, las cifras respecto a este hecho son alarmantes. En un estudio contratado por la Alcaldía de Bogotá, a una de las universidades de más prestigio: la Universidad de los Andes, realizada con una muestra de casi 87.000 estudiantes pertenecientes a la ciudad capital y sus alrededores, se encontró que de cada 10 estudiantes, por lo menos 6 declaran haber sido objeto de maltrato. Este maltrato va desde gritos, sobrenombres y acoso, hasta golpes, patadas y cachetadas. Analizando los resultados en términos de proporcionalidad, este estudio encontró que en promedio las agresiones superan el 0,5. Es decir, más del 50 % reporta haber agredido a alguien alguna vez en la escuela. Adicionalmente, y efectuando un estudio comparativo, hay mayores agresiones en las muestras colombianas que en muestras centroamericanas y canadienses. En este estudio, también se reporta una comparación entre víctimas y victimarios, entre agresores y agredidos.

En este sentido la investigación reporta que más del 38 % reconoce haber violentado a alguien, mientras que el 39 % afirma haber sido víctimas de matoneo. Los datos muestran mayor violencia en los colegios de Bogotá que en colegios de los Estados Unidos (Chaux, Velásquez, Melgarejo y Ramírez, 2007).

Observando la situación a nivel mundial, en países como España, Inglaterra y Estados Unidos, las cifras reportadas no son mejores. En el Reino Unido se referencian aproximadamente 16 suicidios anuales como consecuencia del acoso escolar, además hay una alta incidencia de violencia escolar asociada a la delincuencia (Sánchez s.f.). Igualmente se encuentran otros estudios que demuestran la relación existente entre la ideación suicida y los factores psicosociales en estudiantes universitarios, demostrando que los estudiantes más proclives a presentar este tipo de ideas también son menos optimistas, con pocas habilidades sociales, y un menor apoyo personal percibido (Sánchez-Teruel, García-León, y Muela-Martínez, 2013). Todo ello tiene enormes relaciones con historiales de agresión en las historias de vida de estas personas. Por lo tanto, la identificación temprana de estos factores y el trabajo utilizando modelos desde la Psicología Positiva donde podemos incluir las conductas prosociales puede disminuir el riesgo de suicidio a través de programas de prevención e intervención.

El otro dato procede de España, donde dependiendo de la fuente que origina la información, las cifras varían, situándose desde el 3,0 % hasta el 49 %. Esta última cifra reportada por el Instituto de Evaluación y Asesoramiento Educativo (Senovilla, 2004).

En el ámbito académico e investigativo las conductas agresivas en las escuelas, y en general en los escenarios educativos, se han acuñado bajo el nombre de matoneo (bullying). De manera general se entiende por matoneo toda acción deliberada que tiene como finalidad intimidar y causar daño a una persona o grupo de personas, mediante manifestaciones agresivas del tipo físico y psicológico entre los que se pueden contar: golpes, acosos y ridiculizaciones.

Blanchard (2007) define a este concepto como una práctica de violencia repetida y a la vez prolongada que opera tanto en el plano mental como físico,

observándose que se descarga toda esa agresividad sobre una persona considerada vulnerable.

Esta situación de violencia no es solamente propia de los ámbitos educativos; en las calles, en las familias, entre los vecinos se vive una violencia galopante. Es común observar en los diarios de la mayoría de los países de América Latina víctimas de homicidios e intentos de homicidio, en los cuales su victimario es un familiar o un vecino que no pudo detener una escalada de violencia e intolerancia, siendo la causa una disputa común.

Reiterando lo anterior, es claro que el indicador más importante que refleja la violencia en el país es el homicidio. Varios investigadores han estudiado este particular y funesto comportamiento (Cardona, *et al.*, 2005; Sánchez y Méndez, 2001; UNODC 2013). Particularmente los autores Valencia y Cuartas (2009), referencian que entre los años 1990 y 2005 se registraron 405.572 homicidios, lo que representa una tasa de 63 homicidios por cada 100.000 habitantes. Esto lo hace uno de los más violentos del mundo y particularmente de América Latina, (Valencia & Cuartas, 2009).

En el medio investigativo siempre se estará interesado en establecer cuáles son las causas de estos comportamientos violentos, tanto los sucedidos en las escuelas como los que ocurren en el hogar o entre vecinos, o aun en la sociedad en su conjunto y además identificar pautas de acción para transformar esta realidad.

Es este sentido los estudios y los modelos teóricos han ofrecido varias alternativas explicativas: niños abandonados, niños y niñas sin figuras de autoridad en la casa, una educación excesivamente paternalista, el acceso a los medios de comunicación y a la Internet, lo que ha llevado a globalizar modelos de violencia existentes en otros contextos, la pérdida de valores, una educación mercantilista, entre muchas otras.

Desde la Psicología, la Psicología Social, la Sociología se han elaborado gran cantidad de explicaciones, que van desde las aproximaciones de Bandura (2006) respecto a la autoeficacia y las conductas autorreguladoras, pasando por

las teorías conductuales de Skinner (2011) y llegando a las explicaciones socio-biológicas y a las explicaciones freudianas. Estas últimas acudiendo a la teoría de los instintos, asociando lo agresivo al llamado instinto de muerte o *thanatos*, sin olvidar las teorías que explicarían la agresión asociada a una conducta frustrada, o las relaciones encontradas entre niños y niñas violentas y exposición a episodios agresivos en series televisivas (Carrasco y González, 2006).

De otro lado, Doménech, Argemí y Iñiguez (2002) son de la opinión que las conductas violentas, lejos de estar en un proceso de extinción, o por lo menos de racionalización, cada vez son más intensas. Entre las parejas –aun de novios– se presentan episodios violentos, los hijos maltratan a los padres y éstos a su vez son maltratados por sus progenitores; entre las familias la agresión y la violencia es cada vez más creciente. Este mismo autor es de la opinión que la explicación de la violencia puede darse acudiendo a un proceso de construcción social, es decir, donde el contexto y un determinado juego de variables psicosociales e históricas establecen el caldo de cultivo favorable para que se dé la agresión y la violencia.

Adicionalmente a las teorías expuestas, es bueno considerar una hipótesis bastante plausible que guardaría una relación importante con la aparición de conductas violentas y agresivas entre los jóvenes. Básicamente el hecho es que la educación y en general los procesos formativos desde épocas tempranas iniciados en el preescolar, han estado permeados por modelos competitivos e individualizados que premian al que primero acabe una tarea y que privilegian el uso de modelos nacidos en la Economía y en las Ciencias Políticas promulgados por autores como Smith (1994), quien acuñó el concepto de *Homo Economicus* y que después fueron respaldados por los aportes de Spencer, tal y como lo argumentan en un libro denominado *Psicología y Economía*, los autores Quintanilla y Moravia (2005).

Este modelo de competitividad se ha hecho presente en la educación, partiendo de una definición de ser humano, hombres y mujeres caracterizados por su individualismo, egoísmo, su competitividad permanente, su deseo de prevalecer y su falta de solidaridad y pensamiento altruista. De hecho, desde esta óptica se lee en Spencer (2015) el afán del hombre por prevalecer sobre el otro para sobrevivir. En condiciones normales, la búsqueda del desarrollo individual que se puede tes-

timoniario en la acumulación de riquezas, en el ahorro, en la prosperidad material, repercutirá primero en el desarrollo familiar y después en el desarrollo de la sociedad y del conjunto de personas que la conforman. Además, tiene relación con la aplicación de las teorías propias del darwinismo social (Romo González, 2011).

Otro concepto que está implícito en esta categoría de *homo economicus* es la búsqueda de la felicidad, del máximo placer y de la evitación del dolor. De manera natural nadie buscaría alguna acción que fuera contraria a los propios intereses.

Esta manera en que la educación ha concebido al ser humano y particularmente a los estudiantes, ha moldeado un hombre y una mujer competitivo, aislado, independiente, egoísta e insolidario. Por esta vía ha sido fácil la conducción a un estudiante violento y agresivo, en donde se ha impulsado primero, una agresión institucional aceptada, lo que ha dado pie a una violencia de puños, patadas, cachetadas, es decir, a una violencia de agresión física.

Lo que se infiere desde esta lógica, es que los modelos competitivos han llegado a los ámbitos educativos, haciendo de ellos receptáculos para tornar un ser humano independiente e insolidario y con pocas posibilidades de generar conductas positivas. Por el contrario, más que reforzado, se han construido esquemas de comportamiento agresivos y hostiles.

Por lo tanto, acorde con estas realidades, se hace necesario revertir los actos de violencia e intolerancia e impulsar procesos no competitivos. Una manera sería escudriñar las conductas positivas de los seres humanos, encontrándose en las denominadas conductas prosociales una alternativa concreta para impulsar un hombre y una mujer más humano, más solidario, pero también menos agresivo, siendo una alternativa en la reducción de la violencia.

Esta perspectiva hace necesario el educar desde el ser, entendiendo este ser desde los postulados de Delors y otros (1997) presentados en el documento: *La educación encierra un tesoro*. De esta forma de manera intencionada y deliberada a las personas en formación, no solamente en la escuela, sino desde cualquier ám-

bito, deben creársele espacios para que practique la solidaridad, la preocupación por el otro, la empatía, la cooperación y la ayuda desinteresada.

De manera tradicional las conductas prosociales han sido objeto de estudio por una infinidad de Ciencias Sociales, entre ellas la Psicología, las Ciencias Políticas, la Sociología, la Antropología. Como se observa en la literatura, ha habido una proliferación de estudios desde el ámbito de la Psicología y particularmente de la Psicología Social (Saura *et al.*, 2009; Escrivá, García y Navarro, 2002; Landazábal, 2005). Todo ello se une a una revisión clásica efectuada por Molero, Candela y Cortés (1999) quienes después de una exhaustiva búsqueda que abarcó las investigaciones efectuadas alrededor de este tema y conceptos relacionados, entre los años 1989 y 1999, encontraron entre otros datos, el notorio incremento en las investigaciones sobre este tema y también el hecho de que entre las temáticas involucradas, se observan la relación entre el afecto y los aspectos emocionales con las conductas de ayuda, los efectos de la conducta vicaria en este tipo de comportamientos, la relación entre la empatía y la prosocialidad, la relación entre los razonamientos morales y las ayudas. Además, estos mismos autores destacan la proliferación de libros y tesis doctorales sobre las temáticas que involucran las conductas prosociales.

Precisamente esta relativa fecundidad en el tema, ha llevado a que en la cotidianidad se tenga una definición más o menos certera de este concepto, entendiéndose por prosocial aquellos comportamientos que tienen por finalidad ayudar a una persona sin esperar nada a cambio. No obstante la anterior definición, desde las Ciencias Sociales igualmente varios autores se han dado a la tarea de construir una conceptualización expresando diversos matices en sus argumentaciones teóricas.

Roche (1995) define las conductas prosociales como toda acción positiva a favor de una persona, generalmente asociada a ayudas, cooperación, donaciones. El punto principal que encierra este concepto establece que una auténtica conducta prosocial es aquella que se da sin esperar nada a cambio.

Desde otras perspectivas Holmgren, Eisenberg & Fabes (1998) conside-

ran que el término prosocial es bastante genérico y que estaría más representando aquellas ayudas que se dan a otras personas con motivación altruista o no. Es decir, ayudas que se suceden, incluyendo ayudas interesadas o sin interés. Para referirse a las conductas de ayuda genuinas, estos autores prefieren acuñar el concepto de conductas altruistas.

Por otra parte, Ruiz Olivares (2006), quien también se ha referido a este *constructo*, considera que existirían algunas dificultades teóricas para estudiar lo prosocial. Una de ellas es pensar que si solamente son altruistas aquellos comportamientos donde quien ayuda no obtiene ningún beneficio. Otra dificultad reportada, es si se estudia en este tipo de acciones humanas las motivaciones o las razones que llevan al altruismo, o si solamente se tiene en cuenta el comportamiento. A pesar de estas dificultades estos autores ofrecen su propia definición, en la cual señalan que de antemano se sabe que existe una motivación para la realización de la acción. Sin embargo, aquí se entendería como un tipo de conducta que se dimensionaría sobre una gama de acciones positivas tales como donación, cooperación, ayudas, independientemente del aspecto motivacional.

En una revisión teórica efectuada por Marín (2010) se pudo establecer que varias son las situaciones asociadas con la aparición de conductas prosociales, entre ellas se tienen: estados de ánimo, características de personalidad, variables motivacionales, variables perceptivas. En cuanto a las variables de personalidad, se ha encontrado que cierta propensión a la aventura y variables asociadas a tomar riesgos correlacionan positivamente con conductas prosociales. Respecto a los estados de ánimo, hay resultados contradictorios, hay investigaciones que muestran que un estado de ánimo positivo incrementa la conducta prosocial, mientras que otras contradicen esta hipótesis (Cortese, 2006). En cuanto a las variables motivacionales habitualmente se ha conceptualizado que la verdadera conducta prosocial establece una motivación altruista, es decir, ayudar sin ningún tipo de interés.

Este interés investigativo en el tema de las conductas prosociales se asocia a las posibilidades que enmarca este concepto en la reducción, tanto de la agresión manifiesta en la vida cotidiana, como a la observada en los ámbitos educativos. Se presenta como una posibilidad en la construcción de valores y en el

desarrollo de sociedades donde impere el genuino aprecio por los seres humanos.

Dado el interés que se ha manifestado en este tema se han desarrollado varios proyectos, unos interesados en la manifestación de prosocialidad desde las casas, en las familias. Es el caso de un par de estudios llevados a cabo en los barrios Los Pinos, Los Trupillos y Modelo de Barranquilla (Marín 2009; 2014). El otro interés está representado en la realidad que presenta este *constructo* en los contextos universitarios, que permita establecer la dinámica de las conductas de ayuda y las conductas prosociales en diversos ámbitos tales como ayudas en situaciones de salud, de emergencia, de vulnerabilidad y relacionadas con conductas empáticas, lo que llevó al diseño de una investigación titulada: Conductas de ayuda entre jóvenes universitarios (Marín, 2015).

Precisamente este último interés ha llevado a ampliar la discusión en los términos propuestos por Davis (1983), en el sentido de que las conductas prosociales estarían estrechamente relacionadas con las posturas empáticas, por la preocupación que le generan las personas y en general por la capacidad de ponerse en el lugar de los otros. De hecho, varias investigaciones han venido desarrollando la empatía y las conductas prosociales (Calvo, González, y Martorell, 2001; Coke, Batson, & McDavis, 1978; Sánchez-Queija, Oliva y Parra, 2006).

Desde esta perspectiva, el presente trabajo muestra el resultado de la naturaleza de la prosocialidad desde la conceptualización de Davis (1980) amparada en la categoría que este autor denomina Índice de Reactividad Interpersonal a partir de cuatro conceptos vitales: Preocupación Empática, Fantasía, Toma de Perspectiva y Malestar Personal, los cuales de alguna manera intentan examinar la probabilidad de actuar prosocialmente considerando variables cognitivas y variables afectivas y emocionales.

De manera concreta cada una de estas dimensiones presenta la siguiente conceptualización: La preocupación empática es una categoría de tipo afectivo y se refiere a los sentimientos que acompañan a las personas cuando le sucede algo a otro, interesándose por las manifestaciones de cariño, compasión y preocupación ante situaciones concretas de adversidad acontecida a una persona o grupo de personas.

La fantasía se refiere a examinar a partir de situaciones ficticias como las sucedidas en la literatura o el cine, cómo es nuestro comportamiento habitual en relación con la capacidad de ponerme en el lugar de otras personas. De alguna manera es una categoría considerada cognitiva.

Por otra parte, la toma de perspectiva se sitúa igualmente en el plano cognitivo, y apunta a la capacidad que tiene una persona de adoptar el punto de vista del otro en diversos planos de la vida cotidiana.

Finalmente, al malestar personal, también considerada una dimensión afectiva, le interesa conocer los sentimientos relacionados con el malestar, la angustia, la ansiedad ante situaciones negativas que le sucedan a otra persona (Escrivá, García y Navarro, 2004).

## MÉTODO

### Tipo de investigación y diseño

La investigación desarrollada corresponde a un estudio descriptivo de naturaleza transversal y por tanto es un diseño del tipo transaccional descriptivo. Los investigadores y metodólogos definen las investigaciones descriptivas como aquellos estudios que tienen como finalidad la caracterización de un conjunto de participantes o unidades muestrales referidos a un *constructo* o conjunto de *constructos* sin que exista una intención por establecer relaciones causales o aun de correlación. En este sentido Grajales (2000) define la investigación descriptiva como aquel intento por desarrollar una imagen fiel de una realidad a partir de la caracterización de las propiedades importantes tanto de comunidades, personas o grupos, o en general lo que se quiera investigar.

Por su parte Hernández, Fernández y Baptista (2006) definen los diseños transeccionales descriptivos como aquellos que recogen información en un solo momento, en un tiempo único para dar respuesta a una o más variables de estudio.

### Participantes

Esta investigación fue llevada a cabo en una población de estudiantes universitarios de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, pertenecientes al

programa de Psicología, la cual asciende a 1.196, de la cual se tomó una muestra de 261 estudiantes, entre 3 y 9 semestre. Entre ellos 53 correspondieron a hombres y 208 a mujeres, lo que equivale al 20,3 % y al 78,54 % respectivamente. Las edades de estas personas oscilan entre los 16 y los 26 años. La selección de la muestra obedeció a un criterio no probabilístico intencional, de acuerdo a los criterios expresados por Sabino (1989), la cual en este caso estuvo determinada por la intención libre y espontánea de participar en el estudio.

### Técnicas Instrumentos

La recolección de la información que permitió dar respuesta a los objetivos de este estudio está fundamentada en los hallazgos de Davis (1983) en su escala de desarrollo interpersonal, a través de la cual se examina indirectamente la conducta prosocial a partir de la medición de las conductas empáticas. Esta escala está construida en razón de cuatro factores, todos en relación directa con la empatía. Los factores son: Preocupación empática, Fantasía, Angustia personal y Toma de perspectiva, cada uno de los cuales está conformado por siete afirmaciones. En total la escala cuenta con 28 reactivos. La evaluación se hace teniendo en cuenta tanto las cogniciones que puedan tenerse respecto a la posible ayuda, como a las manifestaciones emocionales y afectivas que despierte en las personas una situación. Para ello los participantes situarán cada afirmación con cinco opciones de respuesta posible: No me describe en absoluto, no me describe muy bien, indeciso, me describe parcialmente, me describe perfectamente. La calificación de la escala consiste en otorgar cuatro, tres, dos, uno o cero puntos, dependiendo del grado de favorabilidad de la respuesta respecto a una conducta empática o de ayuda. Es importante tener en cuenta aquellos ítems redactados de forma negativa. Esta escala, tiene una baremación española realizada por Escrivá, Navarro y García (2004), utilizando una muestra de 1.295 adolescentes pertenecientes a la comunidad valenciana, 698 varones y 597 mujeres. Precisamente los resultados de esta aplicación son los usados para efectuar las comparaciones de la presente investigación. Los análisis psicométricos llevados a cabo en esta versión española dan lugar a pensar que conservan la misma estructura de la versión original de la escala de Davis.

Concretamente se realizaron exámenes de fiabilidad para cada una de las

subescalas; igualmente se halló la consistencia interna de los reactivos haciendo uso del coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados: Toma de perspectiva 0,71; fantasía 0,78; Preocupación empática: 0,68 y angustia personal 0,77 en el cual los valores oscilaron entre 0,56 para la escala Toma de perspectiva hasta 0,70 en la escala Fantasía.

### Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación que dio lugar a este artículo, se definió el objetivo poblacional, el cual estuvo representado por los estudiantes de Psicología de una universidad privada de la ciudad de Barranquilla. Cada uno de los semestres fue considerado un estrato, calculándose la proporcionalidad del estrato en relación con el universo, para así aportar la cuota correspondiente a la muestra exigida. Se seleccionó el instrumento dando respuesta a los objetivos de la investigación, a una muestra equivalente a 261 estudiantes entre 16 y 26 años. Después de aplicado el instrumento de medición, se procedió a calificar de manera individual y encontrar la equivalencia de esta puntuación en la muestra de comparación utilizada. Como lo sugiere la escala, la evaluación se efectúa factor por factor, otorgando cuatro, tres, dos, uno, o cero puntos de acuerdo al nivel de identificación de la respuesta de los participantes con conductas que sugieran empatía o prosocialidad. Una vez calificados y baremados cada uno de los puntajes se procedió a construir una base de datos. Estadísticamente y dado el nivel descriptivo de la investigación se hicieron cálculos de la media aritmética y las típicas medidas de dispersión. Esto es desviación estándar y varianza. Luego el análisis se efectúa a partir del comportamiento de los participantes en cada escala, teniendo presente que el máximo valor posible en puntuación directa es 28.

### RESULTADOS

Después de la aplicación de cada una de las subescalas del inventario interpersonal de Davis corresponde ahora efectuar una descripción de los resultados. Para estos efectos, se presentan los hallazgos cuantitativos por subescalas, iniciando con la categoría Toma de Perspectiva, siguiendo con la de Fantasía y Preocupación empática y finalizando con la de Angustia personal.

En la escala Toma de Perspectiva, en promedio los participantes obtuvie-

ron una puntuación directa de 17,28, con una desviación estándar de 4,81 y una varianza de 23,11. En puntuación normalizada en percentiles, esta media corresponde a 60, lo que equivale a decir que la muestra del estudio superó solamente al 60 % de los sujetos de comparación y fue superado por el 40 %.

Por otra parte, en la escala Fantasía, la media aritmética correspondió a 14,5, con una desviación estándar de 5,07 y una varianza de 25,66. La puntuación percentilizada de acuerdo a los baremos utilizados para este caso equivale a 35, lo que indica que el 65 % de la muestra de comparación con la cual se elaboraron los patrones para esta baremación obtuvo mayores puntuaciones.

La tercera subescala que hace parte del instrumento aplicado en este estudio corresponde a la denominada Preocupación Empática. Para este caso el comportamiento observado en la población de estudio presenta las siguientes características: la media se situó en 21,21, mientras que la desviación estándar fue de 5,20, con una varianza de 27,01. Para este caso particular y efectuando la comparación con la aplicación de referencia, esta medida de tendencia central se sitúa en el percentil 55. Lo anterior equivale a decir que para esta dimensión el 55 % de las personas consultadas muestran rasgos empáticos en relación con lo que les pase a los otros, pero el 45 % no registran esta dimensión.

Finalmente, presentando los resultados de la escala Angustia Personal se registra una puntuación que permite observar una media de 10,34, con una desviación estándar de 4,87 y una varianza de 23,75. La ponderación de esta media se ubica en el percentil 35, lo que equivale a decir que comparando este estudio con la población de referencia solo el 35 % de las personas de esta muestra superan a la muestra con la cual se baremó este instrumento, en tanto el 65 % de las personas obtuvieron puntuaciones más bajas para este indicador relacionado con malestar personal. En la Tabla 1 se observa en detalle la información estadística correspondiente a cada una de estas subescalas registrando aspectos como media, desviación estándar y percentil de acuerdo a la baremación utilizada.

**Tabla 1**  
*Información estadística por subescala*

Subescala	Media	Desviación Estandar	Varianza de la Muestra	Percentil
Toma de perspectiva	17,28	4,81	23,11	60
Fantasía	14,05	5,07	25,66	35
Preocupación empática	21,21	5,20	27,01	55
Angustia personal	10,34	4,87	23,75	35

## DISCUSIONES

El primer elemento que se puede inferir de este estudio hace referencia a la capacidad que tienen los participantes para ponerse en el lugar de otras personas cuando les sucede algo, aunque no necesariamente evalúa componentes afectivos o emocionales. Dadas las puntuaciones obtenidas para la presente aplicación, aunque hay un gran número de personas que se ponen en el lugar de los otros, existe una cifra que bien se puede entender como significativo equivalente al cuarenta por ciento, que no tienen como virtud el ponerse bajo la perspectiva y las circunstancias de los demás. Por ello ante situaciones conflictivas con las personas, muchos de los participantes no tienen en cuenta los argumentos de los otros, sino solo los propios, siendo dados a criticar de manera apresurada sin entender que pueden existir razones desde la mirada de estos que pudieran servir para comprender sus actuaciones. Por tanto, esto lleva a que las personas no escuchen y solamente tengan en cuenta sus propios argumentos, afectando además decisiones y pautas de conducta de futuros comportamientos, como por ejemplo aquellos que se relacionan con las conductas de ayudar (Richaud de Minzi, 2008).

Encontrando razones para estos resultados se pudiera pensar en la edad. Téngase en cuenta que los participantes de este estudio en su mayoría estuvieron representados por hombres y mujeres menores de 26 años y muchos fueron adolescentes, con edades que van desde los 16 a los 19 años. En un estudio desarrollado por Pastor (2004), utilizando el mismo instrumento que aquí se referencia, se encontró que en la subescala Toma de Perspectiva las puntuaciones crecen de manera significativa en la medida en que se avanza en la edad. Además, aproxi-

maciones teóricas como las formuladas por Eisenberg (1986) muestran con toda claridad que las características de las personas relacionadas con tener en cuenta las perspectivas de los demás, son el resultado de un proceso evolutivo y de maduración y que además tiene que ver con el desarrollo moral en el cual la edad es una variable que tiene que ser considerada.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala Fantasía, estos sí se pueden considerar notablemente bajos, situando solamente al 35 % de las personas del estudio por encima de la población de comparación. Tales puntuaciones se traducen en las dificultades que presentan los participantes para personificarse en las situaciones que le ocurren a los protagonistas de un libro o relato cinematográfico y más bien son personas que pueden mantener la distancia de un relato ficticio, siendo por demás muy objetivas. De esto se colige que guardan sus sentimientos y no son muy expresivas si se trata de situaciones fantasiosas. No son personas dadas a soñar despiertas o a fantasear sobre cosas que pudieran pasar.

De acuerdo a lo que denotan las conceptualizaciones que hacen parte de la teoría ofrecida por Davis (1983) y que son el sustento de la subescala Fantasía en el inventario de adaptación personal, el ser capaces de situarse en el dolor o las situaciones que le suceden a un actor de un libro o una película, dan cuenta de su capacidad empática. Dada la relación entre la empatía y las conductas altruistas, dan lugar a pensar en que las personas que son propensas a situarse de una manera muy vívida con una obra o película, serán capaces igualmente de mostrar conductas altruistas. En el caso de los resultados encontrados observando la relación que hay entre fantasía, empatía y altruismo, no es de esperarse para los participantes de este estudio mayores prácticas prosociales.

Otro punto evaluado en este estudio y que constituye elemento central de las conductas prosociales (Eisenberg, 2002) está representado en la subescala Preocupación Empática. En este caso se pudiera decir que la población examinada tuvo dos tipos de comportamientos: En el primer caso, más de la mitad de los participantes obtuvieron puntajes altos en este indicador comparada con la población de referencia, definiéndose como personas que sienten con mucha fuerza lo que le pase a otras, especialmente cuando tienen problemas, llevándolas a tener pen-

samientos protectores que también se traducen en emociones y afectos positivos hacia estas personas. Respecto a este hallazgo, es importante considerar que para este estudio hubo más participación de las mujeres que de los hombres, y estudios previos muestran, al analizar variables asociadas al género, que son más dadas a tener comportamientos empáticos las personas de sexo femenino (Richaud de Minzi, 2009). Similares resultados fueron encontrados en autores como Dawson (2002) y Alexander (2001).

No obstante lo anterior, un número importante de participantes no siente mayor compasión por los otros, llevándolos a pensar que cada una de las personas debe preocuparse de sus propios asuntos. Por ello cuando alguien tiene algún problema por enfrentar, estas personas suelen permanecer tranquilas o impávidas. La insensibilidad social suele ser otra característica de este grupo poblacional.

Por otra parte es interesante reportar que en ocasiones las conductas empáticas por debajo de los niveles deseados, son a su vez el resultado de un pobre razonamiento moral prosocial que además obedece a procesos de modelamiento parental que los niños y niñas perciben a lo largo de sus procesos de socialización (Richaud de Minzi, 2009).

Es clara entonces la enorme relación existente entre comportamientos empáticos, bien sean estos desencadenados por referentes cognitivos (Regan & Totten, 1975), disposiciones afectivas (Feshbach, 1978), o por ambos, es decir, tendencias empáticas integrativas (Gallo, 1989) y conductas prosociales. De acuerdo a ello se hace importante conocer la empatía para así establecer tendencias de conductas prosociales. El asunto encierra cierta dificultad, pues no es fácil conocer este tipo de comportamiento en reportes subjetivos de conducta, dadas las características emocionales que presenta esta dimensión humana (Richaud de Minzi, 2008); tal vez a esto precisamente se deba la polarización de los resultados de este estudio en el cual hay un grupo de participantes con una tendencia empática alta y otro con niveles mucho más bajos.

Finalmente, la subescala Angustia Personal que evalúa la capacidad que tiene una persona para comportarse adecuadamente ante una situación de emer-

gencia, siendo capaz de reaccionar sin sentirse aprensivo o incómodo, muestra cierto comportamiento contradictorio que pueda estar en la base misma de la conceptualización con la cual se construyó la escala.

De acuerdo a los criterios de calificación de este instrumento, ante afirmaciones como: “*cuando veo a alguien en una emergencia que necesita ayuda, pierdo el control*”; o en el reactivo “*tiendo a perder el control en las emergencias*”, si las personas responden en el continuo de acuerdo se considera un alto puntaje. Por el contrario, en ítems como: “*Generalmente soy bastante efectivo afrontando emergencias*”, si un sujeto responde afirmativamente, esto da lugar a una calificación negativa. En la lógica de lo que se esperaría en esta subescala las calificaciones deberían ser totalmente contrarias. Es decir, aquellas personas que no pierdan el control deberían obtener altos puntajes y aquellos participantes que contestan negativamente ante la opción de si son efectivos afrontando emergencias deberían obtener puntajes bajos.

Pareciera que el hecho de que las personas saben responder ante emergencias sin mostrarse incómodos, da lugar a pensar que se habituarían a tales episodios, tal vez insinuando cierto nivel de insensibilidad. El otro elemento que puede inferirse está dado por los conceptos utilizados en la escala original construida en inglés y en la interpretación disímil de las afirmaciones en español. Este elemento particular de la interpretación, tanto por asuntos de lengua como culturales, ha sido igualmente reportado por diversos autores (Richaud de Minzi 2008; Mestre, Frias y Samper, 2004). De hecho, en la estandarización de la prueba efectuada por Pérez-Albéniz, De Paúl, Etxeberría, Montes y Torres (2003) con poblaciones españolas, los autores evidencian inconsistencia en el ítem 13 que dice “*cuando veo que alguien se hace daño, tiendo a permanecer tranquilo*”, dando lugar incluso a trasladar este reactivo a la subescala Preocupación Empática. De acuerdo a lo reportado por estos autores, la traducción de la expresión: “*I tend to remain calm*”, por “*tiendo a permanecer tranquilo*”, hace pensar que la gente es despreocupada por las demás personas.

Por tal razón estos elementos deben ser considerados en el juzgamiento de los resultados de la subescala. Teniendo en cuenta los anteriores razonamien-

tos lo que se observa es que las personas parecen no sentirse incómodas en una situación de emergencia, no hay sobresaltos, ni sustos ante situaciones muy emotivas y tampoco hay pérdidas de control emocional. Más bien lo que se registra en este estudio es que los participantes consultados sabrían cómo actuar ante una emergencia. De alguna manera estos mismos resultados fueron encontrados en un estudio previo con población similar, en donde se evidenció que ante preguntas tales como si estarían dispuestas a ofrecerse como voluntarias para ayudar a las personas en caso de desastres naturales, o si colaborarían para ayudar a un compañero de trabajo ante una eventual emergencia, más del 67 % respondieron positivamente (Marín, 2015).

Después del análisis de los resultados de esta investigación varios asuntos deben ser considerados que se pueden registrar, bien como conclusiones o como enseñanzas dejadas tras esta aplicación. En primer término, aunque hay una cifra importante de adolescentes y adultos jóvenes menores de 26 años que tiene la capacidad de entender el mundo desde la perspectiva de las demás personas, sigue observándose un gran conjunto de participantes con desarrollos morales prosociales bajos en este aspecto, a los cuales se les hace difícil dejar las perspectivas hedonistas y egocéntricas. Por otra parte, a los participantes de este estudio se les hizo difícil asumir el rol de protagonista de una serie o película, con lo cual se infiere que en este sentido es difícil vaticinar si en una situación real podrán asumir una conducta de ayuda o por lo menos identificarse con lo que le pasa a una persona. De otro lado, un porcentaje importante de sujetos tiende a entender desde el plano afectivo lo que les sucede a otros, esto es lo que se puede entender como empatía. Sin embargo, en términos generales las personas no sienten mayores aprensiones ante situaciones de emergencia que les obstaculice ayudar. Finalmente, ante la importancia que tiene la educación y el desarrollo moral en las personas y la relación de estas variables con la ocurrencia de conductas prosociales y la reducción de conductas agresivas, se insta para que en los procesos de socialización y educación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes se promulgue por la educación prosocial y por el desarrollo moral (Carlo, Einsenberg, Koller, Da Silva & Frohlich, 1996). Una alternativa puede ser encontrada en la enseñanza de la moral a través de los denominados dilemas morales.

Teniendo en cuenta lo anterior se han encontrado instituciones que fomentan programas a nivel universitario para promover conductas y actitudes positivas en relación al otro. Un ejemplo es el estudio de Morales, Trianes, y Casado, (2013) para evaluar el impacto de un programa de la Universidad de Málaga que tiene como propósito favorecer la adquisición de competencias solidarias, el voluntariado y la concienciación en el ámbito universitario. En este programa participaron 24 profesores que desarrollaron en sus asignaturas actividades transversales a favor de la solidaridad, adaptadas a cada programación docente, utilizando metodologías avanzadas que fomentan el aprendizaje autónomo, la participación activa y utilización de TIC. Las metodologías activas fueron: debates, desarrollo de habilidades de comunicación general, habilidades de comunicación específicas mediante exposiciones orales, elaboración de mapas o tramas conceptuales de corte solidario y grupos de discusión. Este estudio permitió reconocer que el alumnado percibe la utilidad profesional y las aplicaciones prácticas de estas actividades, que le generan un alto grado de satisfacción. Estos resultados demuestran que no solo es una necesidad acorde con las problemáticas de socialización y violencia educativa presentadas, sino que los estudiantes acogen y reclaman este tipo de actividades formativas para su bienestar personal y su relevancia en el mundo profesional y laboral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, K.L. (2001). Prosocial behaviors of adolescents in work and family life: Empathy and conflict resolution strategies with parents and peers. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 61, 3367.
- Bandura, A. (2006). *Adolescent development from an agentic perspective. Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5, 1-43.
- Blanchard, M. (2007). Acoso escolar. Desarrollo, prevención y herramientas de trabajo. Madrid: Ediciones Narcea.
- Calvo, A., González, R. y Martorell, C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: Personalidad, autoconcepto y género. *Infancia y Aprendizaje*, 93, 95-111.
- Cardona, M., García, H, Giraldo, C, López, M, Suárez, C. M., Corcho, D. & Florez, M. (2005). Homicides in Medellín, Colombia, from 1990 to 2002: victims, motives and circumstances. *Cadernos de saude publica*, 21(3), 840-51.
- Carlo, G., Eisenberg, N., Koller, S., Da Silva, M. & Frohlich, C. (1996). Across-national study on the relations among prosocial moral reasoning, gender role orientations, and prosocial behaviors. *Developmental Psychology*, 32, 234-40.
- Carrasco, M. y González, M. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y aspectos explicativos. *Acción psicológica* 4(2), 7-38. Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), (2014). Acuerdo por lo superior 2034: propuesta de política pública para la excelencia de la educación superior en Colombia en el escenario de la paz. Bogotá.
- Coke, J. S., Batson, C. D. & McDavis, K. (1978). Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 752-66.
- Consejo Nacional de Educación Superior, CESU (2014). *Acuerdo por lo superior 2034: propuesta de política pública para la excelencia de la educación superior en Colombia en el escenario de la paz*. Bogotá, Colombia.
- Cortese, A. (2006). Los estados de ánimo positivos facilitan la conducta prosocial, publicado en <http://www.secretosenred.com/articles/41/1/Los-estados-de-animo-positivos-facilitan-la-conducta-prosocial/Pagina1.html>
- Chaux E., Velásquez, AM., Melgarejo, N. y Ramírez, A. (2007). Victimization escolar en Bogotá: Prevalencia y factores asociados. Universidad de los Andes, Bogotá y Concordia University, Montreal, Canadá. Informe elaborado para: Secretaría Distrital de Gobierno, Sistema Unificado de Información sobre Violencia y Delincuencia – SUIVD.
- Chaves, M. (2015, abril 10). Crisis petrolera, la más fuerte para el país en los últimos 40 años. La República. Recuperado de [http://www.larepublica.co/crisis-petrolera-la-m%C3%A1s-fuerte-para-el-pa%C3%ADs-en-los-%C3%BAltimos-40-a%C3%B1os\\_241391](http://www.larepublica.co/crisis-petrolera-la-m%C3%A1s-fuerte-para-el-pa%C3%ADs-en-los-%C3%BAltimos-40-a%C3%B1os_241391)
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-26.
- Dawson, S.B. (2002). The effect of being old for grade on high school students' social skills. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 63, 496.
- Delors, J., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., Gorham, W., ... y Stavenhagen, R. (1997). La educación encierra un tesoro: informe para la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo Veintiuno. Unesco. Recuperado en octubre 03 de 2016 de: [http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS\\_S.PDF](http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF)
- Doménech I., Argemí, M. y Íñiguez Rueda, L. (2002). La construcción social de la violencia. In *Athenea digital: Revista de pensamiento e investigación social*, 068-077.
- Eisenberg, N. (1986). *Altruistic emotion, cognition and behavior*. Hillsdale: Erlbaum.
- Eisenberg, N. (2002). Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization. *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*, 135, 131-164.
- Escrivá, M. V. M., García, P. S., y Navarro, M. D. F. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2), 227-32.
- Escrivá, V. M., Navarro, M. D. F. & García, P. S. (2004). La medida de la empatía:

- análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-60.
- Feshbach, N.D. (1978). *Studies of empathic behaviour in children*. New York: Academic Press.
- Gallo, D. (1989). "Educating for empathy, reason and imagination". *The Journal of Creative Behavior* 23(2), 98-115.
- Grajales, T. (2000). Tipos de investigación Recuperado el 17 de julio de 2015 de: <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holmgren, R., Eisenberg, N. & Fabes, R. A. (1998). The Relations of Children's Situational Empathy Related Emotions to Dispositional Prosocial Behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 169-93.
- Landazábal, M. G. (2005). *Diseño y evaluación de un programa de intervención socioemocional para promover la conducta prosocial y prevenir la violencia*, 160. Ministerio de Educación.
- Marín, J. (2009). Conductas prosociales en el barrio Los Pinos de la ciudad de Barranquilla, Colombia *Revista CES Psicología*, 2(2), 61-75.
- Marín, J. (2010). Revisión teórica respecto a las conductas prosociales. Análisis para una reflexión. *Psicogente* 12(24), 369-88.
- Marín, J. (2014). Conductas prosociales en los barrios Modelo y Los Trupillos de Barranquilla, *Psicogente*, 13(24), 369-88.
- Marín, J. (2015). Conductas prosociales entre estudiantes universitarios del programa de Psicología de una universidad privada de Barranquilla. En Y. Alarcón, F. Vásquez, W. Pineda, y Y. Martínez (Ed.). *Estudios Actuales en Psicología* (pp.75-107). Barranquilla, Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Mestre, V, Frias, M.D., y Samper, P. (2004). "La medida de la empatía: Análisis del interpersonal reactivity index". *Psicothema*, 16(2), 255-60.
- Molero, C., Candela, C, y Cortés, M. (1999). La conducta prosocial: una visión de conjunto. *Revista latinoamericana de Psicología*, 31(2), 325-53.
- Morales Rodríguez, F. M., Trianes, M., y Casado, A. M. (2013). Eficacia de un programa para fomentar la adquisición de competencias solidarias en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 6(2), 95-104.

- Pastor, A. R. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 323-39.
- Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberria, J., Montes, M. P. y Torres, E. (2003). Adaptación de interpersonal reactivity index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267-72.
- Quintanilla, I. y Moravia T. (2005). Psicología y Economía. Valencia y Quiles Artes Gráficas (UNODC). Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (2013). Estudio mundial sobre el homicidio Resumen ejecutivo recuperado de [https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL\\_HOMICIDE\\_Report\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL_HOMICIDE_Report_ExSum_spanish.pdf)
- Regan, D.T., & Totten, J. (1975). "Empathy and attribution: Turning observers into actors". *Journal of Personality and social Psychology*, 32, 850-56.
- Richaud de Minzi, M. C. (2008). Estudio del IRI de Davis en población infantil argentina. *Revista de Investigación en Psicología. Universidad de San Marcos*, 11(1), 101-15.
- Richaud de Minzi, M. C. (2009). Influencia del modelado de los padres sobre el desarrollo del razonamiento prosocial en los/las niños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(1), 187-98.
- Roche, R. (1995). *Psicología y educación para la Prosocialidad*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Romo González, T. (2011). Darwin, el darwinismo y el neodarwinismo: la metáfora de "la supervivencia de los más aptos o la lucha por la vida". *Ciencias*, 102, 16-22.
- Ruiz Olivares, R. (2006). Estudio e intervención en la conducta prosocial-altruista.
- Sabino, C. A. (1989). *El proceso de investigación*. Colombia: El Cid.
- Sánchez, F. y Méndez, J. N. (2001). Determinantes del crimen violento en un país altamente violento: el caso de Colombia. Recuperado en octubre 3 de 2016 de: [http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/11445/2098/3/Co\\_Eco\\_Marzo\\_2001\\_Sanchez\\_y\\_Nu%c3%b1ez.pdf](http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/11445/2098/3/Co_Eco_Marzo_2001_Sanchez_y_Nu%c3%b1ez.pdf)
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A. y Parra, Á. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 21(3), 259-71.
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A., y Muela-Martínez, J. A. (2013). Relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(30), 429-50.

- Sánchez, J. (S.F.) *Bullyng*, toxina social, proyecto ideas cinco pasos para una intervención inmediata. Recuperado el 22 de junio de [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e5/PROYECTO\\_BULLYING\\_veneno\\_social.pdf](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e5/PROYECTO_BULLYING_veneno_social.pdf)
- Saura, C. J. I., Gil, G. B., Redondo, J., Fernández, J. M. G., Esteban, C. R., Casellas, C. E. y Huescar, E. (2009). Conducta prosocial y rendimiento académico en estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *Anales de psicología*, 25(1), 93-101.
- Schwartz D. & Proctor, L.J. (2000). Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: The mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 670-83.
- Senovilla, H. (2004). *Bullying*: un miedo de muerte. Recuperado de [http://asociacionrea.org/BULLYING/8\\_04\\_Documentos\\_Extensos/08.04.15](http://asociacionrea.org/BULLYING/8_04_Documentos_Extensos/08.04.15)
- Silva, J. (2015, mayo 26). Alerta ambiental se derrite la Sierra Nevada. El Tiempo. Recuperado en octubre 03 de 2016 de <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/ciencia/se-derrite-la-sierra-nevada-de-santa-marta/15823817>
- Skinner, B. F. (2011). *About behaviorism*. Vintage. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=K7WkKwPzNqSC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Skinner&ots=3f5Nq2Bkyh&sig=kp0B7bMTZhrdNDNU-VcHcqr4#v=onepage&q=Skinner&f=false>
- Slaby, R.G. & Guerra, N.G. (1988). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 1. Assessment. *Developmental Psychology*, 24, 580-88.
- Smith, A. (1994). *Riqueza de las naciones* (1776). Madrid: Alianza, 37.
- Spencer, H. (2015). *Primeros principios*. España: Editorial Minimal.
- Torrente, C.E. y Kanayet, F. (2007). *Contribución de las competencias ciudadanas al rompimiento de la violencia en Colombia: Un estudio a nivel nacional*. Documento CESO #15. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) 2013. *Global study on homicide: trends, contexts, data*. 2013.
- Valencia, G. y Cuartas, D. (2009). Exclusión económica y violencia en Colombia, 1990-2008: una revisión de la literatura. *Perfil de Coyuntura Económica* 14, Universidad de Antioquia.

## Capítulo 9

# Análisis de la comunicación familiar: Un estudio realizado con estudiantes universitarios de Valledupar\*

**Lorena Cudris Torres<sup>1</sup>**  
**Yolima Borja Acuña<sup>2</sup>**  
**Marly Johana Bahamón<sup>3</sup>**  
**Mónica Lourdes Morón Cotes<sup>4</sup>**

\*Este trabajo hace parte del proyecto de investigación: Percepción de la comunicación con padres y rendimiento académico en estudiantes universitarios de Valledupar.

1. Psicóloga, Especialista en Pedagogía para la Docencia Universitaria, Especialista en Gerencia Pública, Maestrante en Psicología de la Universidad Simón Bolívar. Docente Fundación Universitaria del Área Andina, Valledupar. [lcudris@areandina.edu.co](mailto:lcudris@areandina.edu.co)
2. Psicóloga, Maestrante en Psicología de la Universidad Simón Bolívar. [yolimaborja0477@hotmail.com](mailto:yolimaborja0477@hotmail.com)
3. Psicóloga, Magíster en Educación y Desarrollo Humano, Doctorante en Psicología, Docente Investigador de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Colombia [mbahamon@unisimonbolivar.edu.co](mailto:mbahamon@unisimonbolivar.edu.co)
4. Psicóloga, Magíster en Pedagogía para el Desarrollo del Adulto, Especialista en Gestión para el Desarrollo Empresarial. Docente Fundación Universitaria del Área Andina, Valledupar. [mmoron2@areandina.edu.co](mailto:mmoron2@areandina.edu.co)

## INTRODUCCIÓN

Estudios realizados por el Ministerio de Educación Nacional durante el año 2011 señalan que una de las causas que ocasiona el bajo rendimiento académico en las Instituciones de Educación Superior en Colombia, es de origen familiar, específicamente las crisis familiares (separaciones, cambios de residencia, nuevos hermanos, etc.), disfunción familiar (abandono, manejo inadecuado de padres, disfunciones de crianza). Lo anterior se ve reflejado en las principales causas de consultas psicológicas en las divisiones de Bienestar Universitario de las Universidades Popular del Cesar y Fundación Universitaria del Área Andina Sede Valledupar, en las cuales se observa un gran número de estudiantes que consultan por dificultades en la comunicación con sus padres, sienten que a estos les falta vinculación afectiva en el acompañamiento del proceso de formación de pregrado y los perciben como proveedores de bienestar económico y no emocional; esto genera crisis de ansiedad, episodios depresivos y sentimientos de soledad que pueden afectar el desempeño académico.

Los estudiantes que presentan bajo rendimiento académico se encuentran en riesgo de desertar del sistema de educación superior en un 45 %, según el Boletín de Educación Superior en cifras, emitido por el Ministerio de Educación Nacional en abril de 2016 y teniendo en cuenta que solo un 34,6 % de los jóvenes que se gradúan de bachiller, pueden ingresar al sistema de educación superior y de los cuales un 46,1 % deserta; por tal motivo, se hace imperativo estudiar las variables que afectan el rendimiento académico, tales como la comunicación familiar, con el fin que desde las áreas de Bienestar Institucional, reformulen el rol de los padres de familia en el medio universitario, promoviendo una vinculación participativa en los procesos de acompañamiento académico de sus hijos, fortaleciendo el vínculo, la relación y comunicación, para favorecer el desempeño académico y de cara a disminuir los índices de mortalidad académica y deserción a futuro, asociada al origen familiar.

En este estudio se tuvo en cuenta la categoría comunicación con padres. Las investigaciones indican que cuando el estudiante universitario recibe apoyo y acompañamiento de parte de sus padres en la escogencia de la carrera universitaria o cuando les informa que tiene dificultades académicas, esto mejora sus procesos

de aprendizaje y desempeño académico. Asimismo, la literatura plantea que cuando existe buena comunicación y demostración de afecto en la familia, el estudiante se siente motivado a tener un buen rendimiento académico y como consecuencia, disminuye la deserción y el abandono de los estudios (Falcon 1991). Es relevante la manera en que percibe el estudiante su ambiente, su dinámica, la importancia que sus padres le dan al estudio en casa, a las tareas en equipo, al tiempo que pasa en la universidad, al apoyo familiar, a su percepción acerca de las capacidades y habilidades de los hijos. El contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desempeño personal y educativo.

Los fundamentos teóricos de esta investigación se sustentaron en la teoría del enfoque sistémico, el modelo de la comunicación familiar precursor en la terapia familiar, cuyos pioneros fueron los miembros del estudio del modelo de la comunicación de la esquizofrenia, desarrollada por Jackson y Haley en el Mental Research Institute, en los decenios de 1950-1979. Se revisó la teoría de la comunicación propuesta por Watzlawick, Beavin y Jackson (1976), quienes combinaron datos clínicos, con ideas, observaciones e investigaciones de la hipótesis del doble vínculo de Bateson y presentaron una serie de cinco axiomas de la comunicación. También se revisó el concepto central del enfoque terapéutico sobre comunicación interpersonal y los procesos de comunicación en las familias, desarrollado por Virginia Satir (1991), quien propone cinco estilos de comunicación: el culpar o criticar al otro, racionalizar o intelectualizar, distraer o desviar la atención a otro tema, abdicar o complacer al otro, y congruencia o asertividad.

La teoría desarrollada por Virginia Satir (1991), está basada en los principios fundamentales humanistas de que el hombre es bueno por naturaleza; la tendencia innata del ser humano hacia el crecimiento; el punto de vista holístico que enfatiza la interacción del cuerpo, la mente y los sentimientos; la importancia de la autoestima y autovalía y el sentido de congruencia. La esencia de la terapia familiar de Satir es el fortalecimiento de la autoestima en cada miembro de la familia, lo que influirá en el proceso de relación interpersonal, estableciendo que existe una correlación entre la autoestima y la comunicación.

De los trabajos pioneros y que han funcionado como pilares en la construcción de la teoría familiar sistémica, figuran los realizados por Watzlawick, Beavin y Jackson (1976) sobre la teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. En su obra elabora una propuesta centrada en la pragmática de la comunicación. Los autores combinan datos clínicos con ideas, observaciones e investigaciones de la hipótesis del doble vínculo de Bateson, y presentan una serie de cinco principios o “*axiomas pragmáticos*” acerca de la comunicación (Garibay, 2013).

*Primer axioma:* en un contexto interpersonal es imposible no comunicarse e interactuar (Watzlawick, *et al.*, 1976), en consecuencia, toda conducta emitida en un marco interrelacional implica un mensaje.

*Segundo axioma:* toda interacción comunicativa cuenta con dos dimensiones; una de contenido y otra de relación, de tal modo que la relación implica el contenido dando paso a la metacomunicación (Watzlawick, *et al.*, 1976). La dimensión del contenido se refiere al mensaje emitido por vía verbal, mientras que la dimensión de relación (relacional) se emite por vía no verbal, y en ella entra en juego la definición de la relación, es decir, quién es quién en dicha relación. El nivel relacional es “meta” del nivel de contenido (es decir, en un nivel lógico superior al que se encuentra el contenido). Dentro de este segundo axioma se incluyen los tipos posibles de respuesta que existen para los dos niveles de comunicación. Para el nivel de contenido, la respuesta de la otra persona puede ser: el rechazo del contenido expresado por el otro, la aceptación o acuerdo acerca del contenido del mensaje y, por último la descalificación, esto es, ignorar el mensaje del contenido del mensaje de la persona que lo emite. Para el nivel relacional existen a la vez tres formas posibles de respuesta por la persona que recibe el mensaje: rechazar dicha propuesta, confirmarla y la desconfirmación según estos especialistas esta última es la más grave (Watzlawick, *et al.*, 1976).

*Tercer axioma:* define que la esencia de la relación se da en función de la secuencia de comunicación entre los comunicantes (Watzlawick, *et al.*, 1976). El que la naturaleza de una relación dependa de la puntuación de la secuencia de la comunicación entre los comunicantes significa que una relación depende de la

forma en que cada uno de los integrantes perciba o realice inferencias acerca de la secuencia de conductas del otro. La puntuación se refiere a la estructuración y organización que hace un observador de una secuencia continua de sucesos y conductas. El modo en que es puntuado un proceso de comunicación o una secuencia de interacción determina el significado que se le asigna y la manera en que se evalúa la conducta de cada persona, es decir, quién es el responsable o “culpable” (Pedro y María) y cómo decide actuar (reaccionar) con base en la evaluación realizada (Watzlawick, *et al.*, 1976).

*Cuarto axioma:* la comunicación entre los seres humanos se da en dos niveles, digital y analógicamente. El lenguaje digital tiene una sintaxis lógica poderosa y muy compleja, pero carece de una semántica adecuada en el campo de las relaciones, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica, pero no tiene una sintaxis adecuada para definir sin ambigüedad la naturaleza de las relaciones (Watzlawick, *et al.*, 1976).

*Quinto axioma:* independientemente de que los intercambios se den en la igualdad o en la diferencia sus dinámicas son simétricas o complementarias. En este sentido, la comunicación familiar no solo constituye un vehículo de transmisión de la información entre los miembros de la familia sino que impregna completamente la naturaleza y la calidad de la vida familiar. Por ello, la comunicación familiar puede entenderse como un índice del clima y la calidad del sistema familiar. En tanto que soporte de la vida familiar, es previsible una sólida relación entre los distintos tipos de comunicación familiar, incluyendo diálogo y conflictos (Watzlawick, *et al.*, 1976).

En el modelo de Olson y Wilson (1982) se analiza la comunicación familiar como una dimensión que además de un recurso básico en la familia, facilita su funcionamiento. La comunicación familiar no solo constituye un vehículo de transmisión de la información entre los miembros de la familia sino que impregna completamente la naturaleza y la calidad de la vida familiar. Por ello, la comunicación familiar puede entenderse como un índice del clima y la calidad del sistema familiar. En tanto que soporte de la vida familiar, es previsible una sólida relación entre los distintos tipos de comunicación familiar (diálogo y conflictos en la comunicación).

Desde el modelo de Olson y Wilson (1982) la comunicación familiar es una dimensión que además de ser un recurso básico en la familia, facilita su funcionamiento. Se evalúa la presencia de dobles mensajes, criticismo, empatía, mensajes que implican apoyo, etc. Desde este punto de vista, el efecto que una u otra forma familiar presenta en el desarrollo y evolución de la familia está estrechamente vinculado al tipo de comunicación familiar presente en el sistema.

La comunicación positiva y eficaz entre sus miembros facilita la resolución de las transiciones familiares de una manera adaptativa, mientras que una comunicación negativa obstruye el desarrollo familiar. En este sentido, la comunicación familiar es más que un vehículo de transmisión de mensajes que presumiblemente están impregnados de un clima familiar determinado. En muchas ocasiones, la comunicación familiar es tanto el origen como la consecuencia de la incapacidad del sistema familiar para evolucionar de una forma armoniosa.

De este modo, la presencia de problemas en la comunicación familiar se constituye en un indicador muy fiable de que el funcionamiento familiar dista de ser el adecuado para el bienestar de sus miembros.

Teniendo en cuenta que en las Instituciones de Educación Superior colombianas, una de las principales causas de deserción es de origen familiar en dos coyunturas: crisis familiares y disfuncionalidad familiar (Ministerio de Educación Nacional, 2011), estudiar la comunicación entre padres y estudiantes universitarios permite conocer mejor este fenómeno social para diseñar a futuro estrategias psicológicas desde el Modelo Sistémico, con el fin de mejorar los patrones comunicacionales e impactar en otras áreas como su funcionamiento personal y académico.

En investigación efectuada por Guzmán y Pacheco (2014), se analizó la relación entre la comunicación familiar y el desempeño académico en estudiantes universitarios, con el objetivo de formular una teoría de la comunicación social y un modelo pedagógico con valor en la competencia comunicacional para el desarrollo sociocultural en el Caribe colombiano.

El estudio examinó los resultados del análisis categorial: comunicación familiar en la enseñanza-aprendizaje; factores personales, sociales e institucionales implicados en el desempeño académico; ámbito universitario; comportamiento y expectativas de la familia; e interacción entre educación, universidad, familia y sociedad a partir de un procedimiento metodológico interpretativo, generado a través de grupos de discusión conformado por estudiantes y padres de familia, y entrevistas a profesores y expertos de programas académicos de la Universidad del Sinú de Montería, Colombia.

La comprensión de los elementos del proceso comunicativo de la base teórica fundamentada, junto con la discusión, interpretación y el análisis reflexivo de las unidades hermenéuticas, comprueba un proceso de comprensión entre comunicación familiar, desempeño académico y desarrollo sociocultural.

Otro estudio llevado a cabo en México por Torres y Rodríguez (2006) sobre rendimiento académico y contexto familiar en universitarios, pone en manifiesto, cómo a lo largo de la investigación educativa no se ha prestado mucho interés a la relación que existe entre el rendimiento académico y el contexto familiar en los estudiantes universitarios. En la mayor parte de la literatura sobre rendimiento académico se describen una serie de determinantes que explican el fracaso o éxito académico.

En este sentido, García (2005) manifiesta que cuando se recibe el apoyo de los padres ya sea al tomar la decisión de qué carrera se va a estudiar, o al informar cuando hay dificultades académicas, ayuda a que los jóvenes desarrollen aún más sus procesos cognitivos, ayudándoles a mejorar su desempeño académico.

Es relevante la manera en que el estudiante percibe su ambiente, su dinámica, la importancia que sus padres le dan al estudio en casa, a las tareas en equipo, al tiempo que pasa en la escuela, al apoyo familiar, a su percepción acerca de las capacidades y habilidades de los hijos. El contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desempeño personal y educativo.

Por lo tanto, un ambiente familiar que propicia que la comunicación, el afecto, la motivación, el manejo de la autoridad y una valoración del estudio permitirán un mejor desempeño académico. Por el contrario, un ambiente de disputas, reclamos, recriminaciones y devaluación del estudio limitará el espacio, tiempo y calidad de actividades. Así mismo Falicov (1991) expone cómo las relaciones familiares tienen que ver con aspectos como el rendimiento académico de los estudiantes universitarios. Por ello se deben fortalecer los vínculos entre padres de familia y estudiantes, y una manera de hacerlo es a través de una buena comunicación; de esta manera se forman profesionales exitosos en el ámbito individual, familiar y social.

Es importante considerar que actualmente la estructura familiar ha cambiado ya que se ha encontrado un aumento de desintegración familiar, la participación de la mujer en el ámbito laboral y el nacimiento de nuevas formas de agrupamiento (Anabalón y Carrasco 2008). Por lo tanto, podemos decir que la familia se encuentra en un constante cambio donde se deja atrás a la constitución de la familia nuclear dando paso a nuevos tipos de estructura familiar que repercuten en el desarrollo de los hijos. En los nuevos agrupamientos podemos encontrar a las familias uniparentales, familias ensambladas, familias reorganizadas, hijos que no conviven con sus padres, convivencias de miembros que no poseen lazos consanguíneos denominados “parientes sin nombre” (el hijo de la novia de mi papá, exconsuegros o excuñados), padres del mismo sexo, hijos engendrados en úteros ajenos, hijos de un padre del que solo se requirió su esperma y todas estas nuevas estructuras se deben a los cambios que ha generado la sociedad. Además se han construido familias uniparentales donde la mujer es quien se encarga de la crianza, la manutención, el cuidado y educación de los hijos (Baeza, 2000).

Por lo anterior los terapeutas de la familia sostienen que su labor no consiste tan solo en comprender las formas en que las causas de los problemas de un individuo pueden tener su origen en la familia. Más bien, acentúan la importancia de conceder atención a las características de la interacción entre los miembros de la familia que inhiben y promueven el funcionamiento de los individuos y la familia como un todo (Garibay, 2013).

## MÉTODO

### Diseño de investigación

Esta investigación es cuantitativa, de tipo no experimental transversal y de alcance descriptivo; los datos reunidos se obtuvieron de los estudiantes universitarios activos en la modalidad de pregrado de la Universidad Popular del Cesar y de la Fundación Universitaria del Área Andina.

### Población de estudio

Total estudiantes universitarios de pregrado de Valledupar matriculados en las siguientes universidades: Universidad Popular del Cesar con aproximadamente 13.000 estudiantes y Fundación Universitaria del Área Andina sede Valledupar con 2.921 estudiantes, son las universidades que cuentan con mayor población estudiantil presencial.

### Muestra

Estudiantes de la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Popular del Cesar y estudiantes de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y Humanísticas de Fundación Universitaria del Área Andina sede Valledupar.

Se trabajó con una muestra de 713 estudiantes, utilizando un nivel de confiabilidad del 95 %.

### Muestreo

Se utilizó un muestreo intencional teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Estudiantes de la Fundación Universitaria del Área Andina y Universidad Popular del Cesar de los programas de Psicología y Derecho con matrícula activa.

- Que hubieran cursado mínimo tres semestres del programa académico.
- Que vivieran con sus dos padres.

### **Instrumentos**

Los instrumentos que se utilizaron en el estudio para el logro de los objetivos fueron:

- Cuestionario que midió características sociodemográficas como: edad, género, universidad, programa académico y semestre.
- Cuestionario de comunicación familiar (C.A.-M//C.A.-P) de Olson y Wilson. El Cuestionario de Comunicación Familiar (Olson et al., colaboradores, 1982) se compone de dos escalas. La primera evalúa la comunicación entre los hijos y la madre y la segunda evalúa la comunicación con el padre –ambas, desde el punto de vista de los hijos–. Cada escala consta de 20 ítems tipo Likert que representan dos grandes dimensiones de la comunicación padres-hijos: el diálogo en la comunicación y las dificultades en la comunicación. La apertura en la comunicación tiene que ver con la presencia en la díada padre-hijo/a de una comunicación positiva, basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción. Los problemas de comunicación, por su parte, tienen que ver con la comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la díada. Así, se centra en aspectos como la resistencia a compartir información y afecto o estilos negativos de interacción. La escala es la misma para la madre que para el padre.

### **Análisis de la información**

Para el proceso de tabulación y análisis de la información, se realizó un análisis estadístico descriptivo teniendo en cuenta las medidas de tendencia central y las medidas de variabilidad y un análisis inferencial mediante el uso del coeficiente de correlación de Pearson.

### **Procedimiento**

El trabajo investigativo se realizó en tres momentos diferentes:

#### **Etapas preliminar**

Se hizo una revisión teórica de diversos autores sobre la teoría de la

comunicación humana, dando especial importancia a la propuesta por Olson y Wilson (1982). Esta etapa la realizaron las investigadoras principales y tuvo una duración de un mes.

#### **Etapas intermedia**

Se establecieron los contactos pertinentes con cada una de las universidades para socializar el proyecto, pedir los permisos para la aplicación de instrumentos.

El cuestionario se aplicó de manera conjunta a grupos de estudiantes, reunidos en salones de su misma Institución de Educación Superior; fue realizada por las investigadoras principales.

Posteriormente se procedió a calificar los instrumentos. La información se organizó en sábanas para facilitar su posterior tabulación y manejo estadístico. Esta actividad se realizó en cuatro meses.

#### **Etapas final**

Esta parte de la investigación se realizó con base en las sábanas levantadas, unos cuadros donde se resumió toda la información obtenida de los cuestionarios. A partir de ese momento se dio inicio al proceso estadístico de estudio.

Finalmente se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de los resultados, proyectando un informe final para la elaboración de un artículo científico.

### **RESULTADOS**

El análisis e interpretación de los diferentes resultados derivados de la presente investigación indican que el 62,5 % de los estudiantes universitarios no tiene grandes dificultades en el “diálogo con la madre”, pero se pueden presentar dificultades a nivel del contenido en la comunicación y la interacción. El 15,6 % de la muestra presenta altas dificultades en el diálogo con la madre, es decir, que pueden tener algunas dificultades relacionadas con la presencia de dobles mensajes y criticismo. Un 22 % posee buen diálogo con la madre, que se interpretaría como una comunicación positiva, basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción.

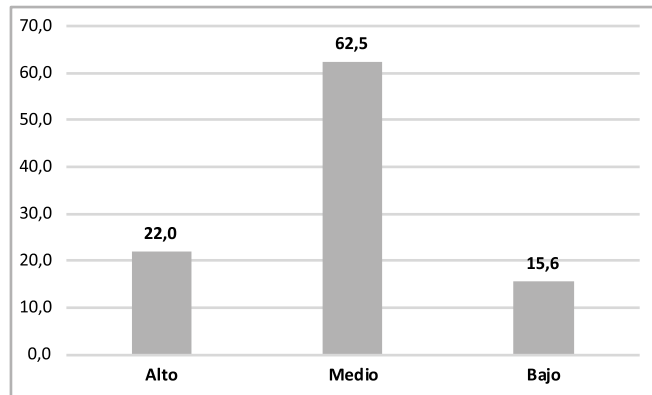


Gráfico 1. Resultados descriptivos sobre el diálogo con la madre

En cuanto a la dimensión “dificultades con la madre” se encontró que el 65,3 % no presenta grandes dificultades con la madre, pero se pueden dar; el 22 % presenta un alto nivel de dificultad, lo que indica que los problemas de comunicación, por su parte, tienen que ver con la comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la diada; así, se centra en aspectos como la resistencia a compartir información y afecto o estilos negativos de interacción. Un 13 % tiene pocas dificultades con la madre.

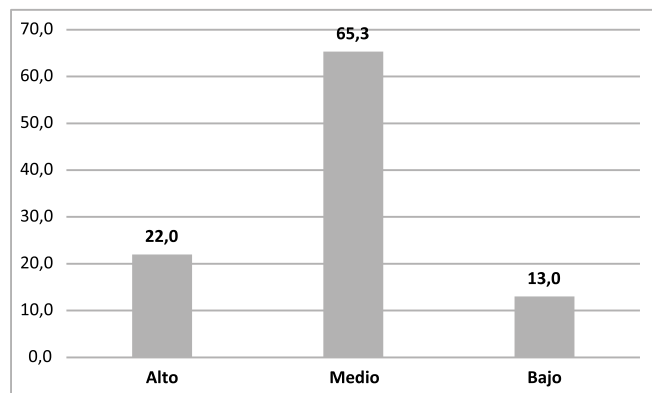


Gráfico 2. Resultados descriptivos sobre dificultades con la madre

Respecto a la dimensión “percepción positiva de la madre”, se encontró que el 57 % la ubica en término medio, el 30 % positiva y el 13,9 % bajo.

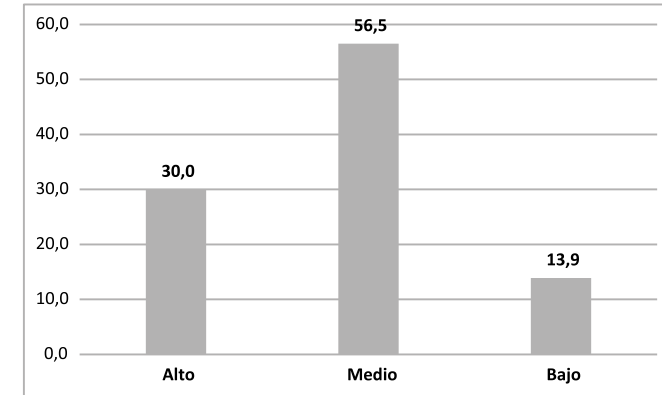


Gráfico 3. Resultados descriptivos sobre percepción positiva de la madre

Respecto a la percepción de la comunicación de los estudiantes universitarios con el padre, se encuentra que en las dimensiones “diálogo con el padre y dificultades con el padre”, los ubican en término medio en un 72,9 %. Lo cual no indica que existe una gran dificultad en la comunicación, pero no se descarta que exista.

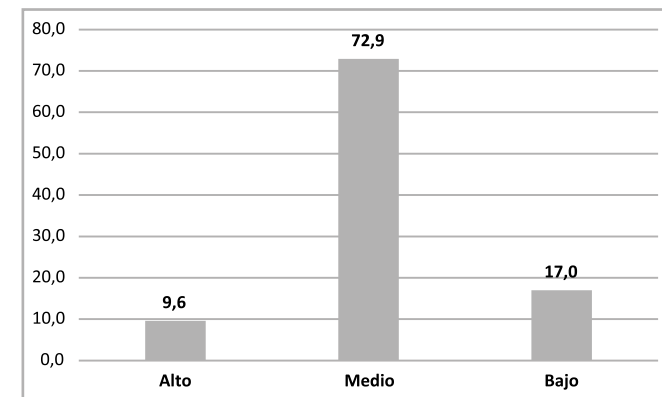


Gráfico 4. Resultados descriptivos sobre diálogo y dificultades con el padre

El 50 % de la población posee una baja percepción positiva del padre, el 47 % la ubica en término medio y el 3 % alto.

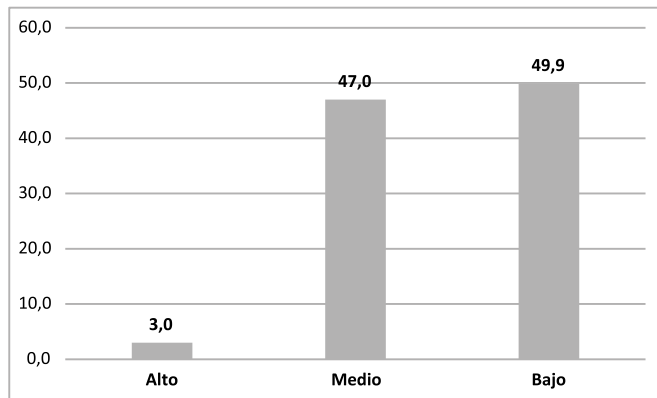


Gráfico 5. Resultados descriptivos sobre percepción positiva padre

## DISCUSIÓN

La investigación se basó en estudiar la comunicación familiar (diálogo y conflictos en la comunicación), especialmente entre padres e hijos universitarios de Valledupar, desde su punto de vista los resultados indican que la población estudiantil tiene un nivel adecuado del contenido en la comunicación y la interacción con la mamá, más que con el papá.

Cuando se evalúan las dimensiones: diálogos y dificultades, se encuentra que con el padre los estudiantes tienen dificultades en la comunicación en un término medio, lo que no descarta que existan problemas. Según Olson y Wilson (1982), el análisis de la comunicación en los grupos de edad –12/14, 15/17, 18/20– revela que mientras los problemas con los padres no aumentan con la edad, sí disminuye el diálogo con ambos padres. Estos resultados vienen a identificar con claridad un proceso de distanciamiento entre padres e hijos que se inicia en la adolescencia y que culmina en posteriores fases del desarrollo individual.

El hecho de que disminuya el diálogo entre padres e hijos puede esconder una multiplicidad de procesos, probablemente asociados con la búsqueda de independencia y la configuración de una red de apoyo extrafamiliar en el adolescente. Lo interesante de este proceso es que no va necesariamente asociado con el incremento de dificultades de comunicación; probablemente, las técnicas de socialización tengan aquí un papel crucial para explicar porqué unos padres asumen mejor que otros la búsqueda de autonomía en los hijos durante la adolescencia.

Los estudiantes perciben de manera positiva a las madres, caso contrario ocurre con los padres. Los problemas comunicacionales, por otra parte, están negativamente relacionados con la percepción de cohesión y adaptabilidad así como con la satisfacción con la cohesión y la satisfacción con la adaptabilidad. Se observa además cómo los problemas comunicacionales con el padre tienen una mayor influencia en la percepción del funcionamiento familiar que los problemas de comunicación con la madre. De este modo, conforme mayor es el nivel de problemas de comunicación con el padre, los participantes describen de forma más negativa su percepción y satisfacción frente al funcionamiento de sus familias.

Lo anterior permite inferir que los problemas en la familia se presentan cuando no se permite el sentido de individualidad y valía personal entre sus miembros, cuando sus padres no son adecuados modelos de interacción, cuando la comunicación es incongruente con mensajes ambiguos o poco claros y cuando esta es incompleta o se hacen supuestos sin confirmar las dudas. En los patrones comunicativos disfuncionales se encuentran también los mensajes dobles o incompatibles, incongruentes o ambiguos, los juicios de valor y la crítica a los otros.

La comunicación es un factor fundamental en las relaciones humanas, cuando se presentan dificultades en la misma, pueden llegar a afectar otras áreas en las que se desenvuelve el ser humano, distinta a la familia, como pueden ser la social, laboral, educativa, entre otras. Teniendo en cuenta que el estudio se realizó en un contexto educativo, ya con unos resultados claros es viable diseñar un programa de intervención psicológica desde el Modelo Sistémico Familiar, que promueva una comunicación funcional entre los estudiantes universitarios y en los padres de familia.

La búsqueda en artículos, investigaciones y documentos, señalan cómo la comunicación es un tema que siempre ha despertado gran interés en investigadores y docentes. Ahora también, los padres de familia están interesados en dominar buenas estrategias comunicativas que les permitan construir con sus hijos una buena base para sus relaciones afectivas. Para establecer unos criterios que dirijan estas estrategias es preciso no perder de vista los cambios generacionales a nivel de comunicación que se han producido con la evolución progresiva de las tecno-

logías desde la radio y la televisión hasta la llegada de Internet. Estas estrategias, además, han de basarse en la construcción de un auténtico diálogo que marque la pauta comunicativa (Crespo, 2011).

Lo antes expuesto puede contrastarse con un estudio realizado por García (2004), en su artículo Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios, en el cual manifiesta que cuando se recibe el apoyo de los padres ya sea al tomar la decisión de que carrera se va a estudiar, o al informar cuándo hay dificultades académicas, ayuda a que los jóvenes desarrollen aún más sus procesos cognitivos, ayudándoles a mejorar su desempeño académico.

Es importante resaltar que la buena comunicación y el afecto de la familia es un factor relevante para que los jóvenes se sientan motivados a realizar sus estudios universitarios con buen rendimiento académico. Así lo muestra la investigación realizada (Torres & Rodríguez, 2006) denominada: Rendimiento académico y contexto familiar en estudiantes universitarios, en el que se realizó un estudio con estudiantes de la carrera de Psicología para examinar sus contextos universitarios y familiares, sus percepciones acerca del apoyo que les brinda su familia, los problemas que enfrentan en su proceso académico, las expectativas propias y las familiares hacia su carrera y otros.

Otro estudio llevado a cabo por los mismos autores sobre rendimiento académico y contexto familiar en universitarios, pone en manifiesto, cómo a lo largo de la investigación educativa no se ha prestado mucho interés a la relación que existe entre el rendimiento académico y el contexto familiar en los estudiantes universitarios. En la mayor parte de la literatura sobre rendimiento académico se describen una serie de determinantes que explican el fracaso o éxito académico.

Es relevante la manera en que percibe el estudiante su ambiente, su dinámica, la importancia que sus padres le dan al estudio en casa, a las tareas en equipo, al tiempo que pasa en la escuela, al apoyo familiar, a su percepción acerca de las capacidades y habilidades de los hijos. El contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desempeño personal y educativo.

En el estudio niveles de satisfacción familiar y comunicación entre padres e hijos, realizado por Chunga (2008) a 1.300 jóvenes universitarios, en edades comprendidas entre los 16 y 30 años de edad, de diferentes facultades académicas, de siete universidades estatales y particulares del Perú, evidenció que a nivel de los estudios universitarios, la formación profesional está direccionada más al desarrollo académico y no al desarrollo personal-humano. Al realizar procesos de observación y entrevistas a estudiantes, encontró que estos presentan las siguientes dificultades de manera significativa:

- Los jóvenes manifiestan que a nivel personal, se sienten inseguros en la toma de decisiones, deficiencias en sus habilidades sociales; problemas comunicacionales en las relaciones familiares por la superficialidad en la comunicación que establecen. Cuando se sinceran con sus padres, respecto a lo que sienten, muchas veces los padres no los toman en cuenta, falta liderazgo, ansiedad, hay actitudes negativas, autoestima y autoconcepto bajos.
- Respecto al grupo familiar, la poca e inadecuada comunicación: gritos, llamadas de atención, no les prestan atención, fiscalizaciones, imposiciones, órdenes, amenazas, maltrato psicológico (insultos y vociferaciones de palabras soeces, etc.), tanto con la figura paterna como materna; una inadecuada comunicación con la figura materna en el hogar, a pesar de que permanecen más tiempo en el hogar; discusiones entre padres por una excesiva sobreprotección o un abandono total hacia los hijos; desautorizaciones o descalificaciones entre los padres respecto a las órdenes que imparten o a la inadecuada administración de los premios y castigos. El nivel de confianza está deteriorado por la falta de confidencialidad de los padres cuando los hijos cuentan sus problemas personales, hay frustraciones y conflictos por la intervención de terceras personas en la crianza de los hijos, sobre todo de los abuelos, quienes en muchos casos establecen diferencias con los nietos; tensión familiar y conflictos con sus padres porque no comprenden las necesidades de ellos cuando lo solicitan, conflictos constantes por el dinero y porque no se dedican a vivir en familia, prefiriendo más sus actividades sociales o profesionales.
- La economía actual obliga a que ambos padres trabajen dejando a

los hijos bajo el cuidado de terceros (abuelos, tíos, empleadas). Una persistente disonancia cognitiva entre lo que ellos refieren de cómo deben ser las cosas y la manera como ellos lo demuestran en la práctica; no son verdaderos modelos. Estos problemas que el estudiante suele vivenciar en su contexto familiar, influyen en su estilo de vida y por lo tanto, afectan sus patrones habituales de comportamiento.

- Uno de los problemas que se presentan con más frecuencia en estudiantes universitarios, es el referido a los niveles comunicacionales entre los subsistemas: parental, filial y de ambos entre sí. Un segundo problema crítico que refieren los estudiantes es el de insatisfacción en el sistema familiar.

En el marco teórico de la investigación de Chunga (2008), estas variables de una u otra forma se relacionan y resultan ser directamente proporcionales, encontrando que: a mayor y mejor nivel comunicacional, mayor será el nivel de satisfacción familiar; de igual forma, en viceversa: a mayor insatisfacción familiar, mayor será la distorsión en la comunicación entre los miembros de la familia.

Estas variables son percibidas y vivenciadas por los estudiantes, generando conductas inadecuadas de incertidumbre, baja autoestima, conflictos y frustraciones, tensión emocional, conductas agresivas, conductas de escape y evitación (drogas), problemas en las relaciones humanas, así como una disminución o bajo rendimiento académico por los niveles de atención afectados por una pobre percepción de sí mismos y del entorno que los rodea y por una carencia de consistentes hábitos de estudios.

En este proceso perceptivo, se asumen diferentes valores, conforme el estudiante va avanzando en su “formación” y en su desarrollo bio-psico-social. Así, esta distorsión, en las expectativas que los familiares tienen de ellos y en los mecanismos de comunicación verbal y no verbal a través de los cuales comunican estas expectativas, les dificulta manejar y controlar adecuadamente los estímulos internos y externos a los que están expuestos tanto en la vida relacional personal en general como en el aprovechamiento de sus capacidades cognitivas y emocionales en particular.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anabalón, M. y Carrasco, S. (2008). El compromiso familiar frente al desempeño escolar de niños y niñas de educación general básica en la ciudad de Chillán. *Horizontes Educativos*, 13(1), 11-21.
- Baeza S. (2000). El rol de la familia en la educación de los hijos. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, No. 3, pp.1-10. Recuperado el 15 de junio del 2016 en: <http://psico.usal.edu.ar/psico/rol-familia-educacion-hijos>
- Chunga, L. S. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Av. Psicol*, 109-137.
- Crespo, J. (2011). Bases para construir una comunicación positiva en la familia. *Revista de Investigación en educación*, 9, 91-98. Recuperado desde: <http://webs.uvigo.es/reined/>
- Falicov, J. (1991). *Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- García, E. (2004). *Conductas desadaptativas de los adolescentes de Navarra: el papel de la familia y la escuela*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- García, N. C. (2005). Habilidades sociales, clima social y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Educativa PEPSIC*, 63-74. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1729-48272005000100008&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1729-48272005000100008&script=sci_arttext&tlng=es)
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicopatología familiar*. México: Manual Moderno.
- Guzmán, A. R. y Pacheco, L. M. (2014). Comunicación familiar y desempeño académico en estudiantes universitarios. *Revista del Instituto de Estudios en Educación Universidad del Norte*, (20), 79-91. Recuperado de: <http://cientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/viewFile/5164/5412>
- Ministerio de Educación Nacional (2011). *Política de Permanencia Estudiantil. Educación con calidad el camino para la prosperidad*. Subdirección de Desarrollo Sectorial. Recuperado el 8 de febrero de 2016, [http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-254702\\_archivo\\_pdf\\_politicas\\_estadisticas.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-254702_archivo_pdf_politicas_estadisticas.pdf)
- Ministerio de Educación Nacional (2016). Datos generales 2013. Recuperado el

20 de septiembre de 2016, [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/articulos-350629\\_pdf\\_2013.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/articulos-350629_pdf_2013.pdf)

Ministerio de Educación Nacional (2016). Estadísticas deserción y graduación 2014. Recuperado el 20 de septiembre de 2016, [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/articulos-350629\\_pdf\\_2014.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/articulos-350629_pdf_2014.pdf)

Olson y Wilson., (1982). *Funcionamiento familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I)*, Recuperado de: <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>.

Satir, V. (1991). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.

Torres, L., y Rodríguez, N. (2006). Rendimiento académico y contexto familiar en estudiantes universitarios. *Revista Educativa*, (22), 255-70. Recuperado de: <http://file:///C:/Users/User/Downloads/Torres.pdf>

Watzlawick, P., Baevin, J., y Jackson, D. (1976). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Argentina: Tiempo contemporáneo.

## Capítulo 10

# Esencialismo en adolescentes acerca de los desplazados\*

**Lizeth Reyes-Ruiz<sup>1</sup>**  
**Yolima Alarcón-Vásquez<sup>2</sup>**  
**Ana María Trejos Herrera<sup>3</sup>**  
**Marly Johana Bahamón<sup>4</sup>**

\*Este capítulo es resultado de la Tesis Doctoral en Psicología titulada Ideas Esencialistas de Jóvenes acerca de personas desplazadas por el conflicto armado.

1. Profesora investigadora. Programa de Psicología, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia. [lireyes@usb.edu.co](mailto:lireyes@usb.edu.co)

2. Profesora investigadora. Programa de Psicología, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia. [yalarcon1@unisimonbolivar.edu.com](mailto:yalarcon1@unisimonbolivar.edu.com)

3. Psicóloga, PhD. en Psicología, de la Universidad del Norte. [atrejos@uinorte.edu.co](mailto:atrejos@uinorte.edu.co)

4. Profesora investigadora. Programa de Psicología, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia. [mbahamon@usb](mailto:mbahamon@usb)

## INTRODUCCIÓN

El conflicto armado ha contribuido a incrementar los niveles de pobreza de la Nación, y el desplazamiento forzado en concreto es uno de los fenómenos que ha afectado de manera negativa los niveles de analfabetismo en la población, el desempleo y la inseguridad social. Las personas desplazadas han sido obligadas a salir de sus lugares de origen, huyendo de los actos vandálicos protagonizados por los grupos ilegales alzados en armas, quienes les han quitado sus tierras y los han condenado a explorar territorios desconocidos y a ejercer la mendicidad.

Según Barón y Valencia (2003), el conflicto también es el resultado de las representaciones sociales que hemos construido sobre este fenómeno, de tal modo que en toda representación hay una intencionalidad (Searle, 1984 en Capra, 2002), pero que se derivan de relaciones sociales entre maestros y alumnos (Castorina y Barreiro, 2007, p.61).

Un ejemplo de lo anterior es la percepción generalizada de la población colombiana sobre los actores del conflicto armado, como los enemigos, culpables y protagonistas de los desastres, secuestros, combates y acciones de violencia, que van en detrimento de los derechos humanos; protagonistas de asesinatos y masacres, entre otros (Barón & Valencia, 2003).

Estas percepciones coinciden con las observaciones en otros estudios, realizados por autores como Sánchez y Jaramillo (1999); Barón y Valencia (2003); Sabucedo, Blanco & De la Corte (2003, 2004); Fiscó (2005); Ballen (2009); Albuja y Ceballos (2010); Bohada (2010), entre otros.

Es urgente, entonces, “promover la convivencia pacífica y prevenir actitudes de rechazo, discriminación y nuevos conflictos violentos” (Sánchez & Jaramillo, 1999; Bohada, 2010, p.261), así como la necesidad de los estudios desde las teorías legas (Ramírez & Levy, 2010; Pereira, Estramiana & Gallo, 2010), por su contribución a la comprensión de los procesos de categorización social, por sus implicaciones en las relaciones intergrupales y, en particular, por su capacidad para promover tolerancia o rechazo hacia las minorías sociales, dado que “todo comportamiento se sitúa en un plano de interdependencia social, siendo al mismo

tiempo respuesta y estímulo, y que por esto no pueden carecer de consecuencias para los comportamientos posteriores de los otros” (Cárdenas y Blanco, 2004, p.32).

Según Gelman (2009), es necesario explorar las implicaciones más amplias de la perspectiva esencialista en el pensamiento de los niños, así como las evidencias de ideas esencialistas en la explicación de la categoría social de pobreza en nuestro contexto (Amar, Abello, Martínez, Monroy, Cortés y Crespo, 2011a; 2011b), que contradicen otros estudios a nivel mundial.

Desde las teorías esencialistas, la reagrupación de las creencias y conocimientos generales son “respuestas a las demandas de cada contexto cultural” (Pozo, 2003). Es por esto que, desde la Psicología Cognitiva, resulta prioritario conocer la existencia de teorías esencialistas de las personas acerca de los actores del conflicto armado en Colombia (Mahalingam, 1998; Ramírez & Levy, 2010).

Las investigaciones anteriormente reseñadas dan cuenta del conflicto armado en Colombia y soportan la necesidad de un tratamiento más detallado de los fenómenos esencialistas por las situaciones de discriminación y exclusión hacia las víctimas del conflicto; se ha venido observando un aumento de la violencia (Reyes y Russo, 2008), y las consecuencias, a nivel psicológico.

La atribución de rasgos negativos a los desplazados por parte de las personas es lo que provoca distanciamiento emocional y psicológico de la población respecto a esos grupos (Sabucedo, y otros, 2004), pero, además, “lo natural tiene que ser estudiado muy de cerca para prevenir su paso a lo patológico” (Burman, 1998, p.29). El grueso de las investigaciones sobre esencialismo psicológico se sitúan en el área de las categorías naturales, con algunos estudios que atañen al mundo de lo social (Rodríguez, *et al.*, 2005; Del Río, 2008; Ramírez & Levy, 2010).

## MÉTODO

El estudio fue de tipo descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental, transeccional o transversal-correlacional-causal.

Se aplicaron cuatro pruebas diseñadas con el objetivo de evaluar, respecto a la categoría social de desplazados, las principales evidencias de un razonamiento esencialista.

Las pruebas de esencialismo se diseñaron adaptándolas a la categoría social de desplazados (Reyes, 2012), tomando como modelo las utilizadas en la investigación doctoral sobre esencialismo y categorías sociales de Del Río (2008), quien a su vez, tomó como modelo a Gelman, Collman & Maccoby (1986).

Los jóvenes fueron seleccionados intencionalmente, pues debían participar voluntariamente, lo que permitió completar 68 jóvenes para la Institución Educativa Pública y 161 para la Institución Educativa Privada, con un tamaño total de la muestra de 229 jóvenes entre 10 y 18 años, quienes fueron entrevistados de manera individual dentro de la institución educativa en donde se encontraban matriculados.

### Instrumento

La Prueba de Esencialismo diseñada por Lizeth Reyes Ruiz (2012), estuvo conformada por cuatro tareas: Tarea 1: Rasgos Subyacentes, Tarea 2: Poder Inductivo, Tarea 3: Presunción de Capacidades Innatas y Tarea 4: Mantenimiento de la Identidad pese a cambios superficiales.

Las cuatro pruebas siempre tuvieron dos opciones de respuesta para cada ítem que evaluaban, y que a su vez, eran puntuados con uno o cero (1/0), dependiendo de los criterios para cada tipo de respuesta en cada una de las tareas.

Para determinar los resultados de las cuatro pruebas de esencialismo aplicadas, se comparó el promedio de las respuestas en las 4 tareas señaladas, mediante una prueba t, con un nivel de significancia del  $\alpha=0.05$ , tomando como referente para la evaluación el valor de una respuesta al azar, donde la hipótesis nula era igual del valor de dos ( $h_0: \mu=2$ ) y la hipótesis alternativa mencionaba que cada tarea de la prueba de esencialismo, tenía la media muestral diferente de dos ( $h_1: \mu_{\text{Tarea 1,2,3,4}} \neq 2$ ).

Seguidamente, se llevó a cabo un análisis estadístico con la t de student, para determinar si los promedios de los jóvenes apoyaban las hipótesis formuladas, para lo cual, se calcularon las medias muestrales para cada una de las tareas del esencialismo.

Finalmente, se hizo un análisis de regresión logística binaria para establecer la relación entre una variable dependiente (las tareas de la prueba de esencialismo) y una o más variables independientes X (género, la institución de procedencia y la edad), lo cual serviría para predecir un comportamiento general de una población.

De igual manera que en los análisis anteriores, el alfa elegido fue de  $\alpha=0.05$ , para ver si la variable es significativa en la ecuación.

Este análisis se realizó para saber el impacto de las variables independientes (edad, género e institución de procedencia) sobre las variables dependientes (Tarea 1, Rasgos Subyacentes, Tarea 2, Poder Inductivo, Tarea 3, Presunción de Capacidades Innatas, y Tarea 4, Mantenimiento de la Identidad); además de indagar qué tipo de relación existe entre las variables en mención.

Debido a esto, se planteó como hipótesis nula, que las variables independientes (edad, género e institución de procedencia), no influyen de alguna manera en los resultados de las Tareas 1, 2, 3 y 4 (variables dependientes). Para que esto sea posible, las variables independientes (edad, género e institución de procedencia) deberán tomar un valor igual a cero ( $h_0: b=0$ ).

Para el caso contrario, se planteó la hipótesis alternativa, en donde las variables independientes (edad, género e institución de procedencia), influyen de alguna manera, en los resultados de las Tarea 1, 2, 3 y 4 (variables dependientes). Para que esto sea posible, entonces, las variables independientes (edad, género e institución de procedencia) deberán tomar un valor diferente de cero ( $h_0: b \neq 0$ ).

Para probar la anterior hipótesis, se formuló la siguiente ecuación de regresión (Briones, 2002, p.135; Kerlinger y Lee, 2001, p.692) para cada una de las

tareas de la prueba de esencialismo:

$$Y = a + bX$$

Donde:

Y= las puntuaciones predichas de la variable dependiente (Tareas 1, 2, 3 y 4).

a= es una constante

b= es el coeficiente de regresión de la variable X (el peso de la regresión).

X= la variable independiente (edad, género e institución de procedencia)

Teniendo en cuenta que las variables dependientes fueron codificadas con dos posibles valores (cero para la ausencia de ideas esencialistas y uno para la presencia de estas), se hizo necesaria la utilización de la regresión logística binaria.

Según Rodríguez y Gutiérrez (2007, p.122-123):

$$\text{Odds ratio (razón de sucesos)} = \frac{p}{1-p}$$

Donde:

P= es la probabilidad de que ocurra el suceso

1-p= es la probabilidad de que no ocurra el suceso

A partir de este odds ratio se puede deducir la probabilidad de un suceso, haciendo uso de la ecuación de regresión logística binaria dada por:

$$P = \frac{1}{1+e^{-z}}$$

Donde:

e= 2,718

z= a + bX

Todos estos análisis, se realizaron con el paquete estadístico SPSS 18.

Se inició el proceso de recolección de la información, con el total de la

población de jóvenes que se encontraban matriculados en dos instituciones educativas de la ciudad de Barranquilla. El retiro voluntario de algunos adolescentes redujo el total de participantes a una muestra representativa de 229 jóvenes adolescentes entre 10 y 18 años de ambos sexos, de la costa Caribe colombiana.

## RESULTADOS

A continuación se describen los resultados de las cuatro tareas que conformaron la prueba de esencialismo, organizando la presentación del análisis de los datos de la muestra total (N=229) por género y edad.

Teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos de identidad de los participantes en el estudio, cuando se presenten diferencias entre las instituciones, se denominará como *Institución 1 Pública* a la muestra de 68 jóvenes entre 10 y 18 años de ambos sexos, y como *Institución 2 Privada* a la muestra de 161 jóvenes entre 10 y 18 años de ambos sexos.

### Prueba t de student y Distribución Normal Z

Los resultados de la prueba t de student, se corroboraron usando una Z, teniendo en cuenta que para todas las tareas de la prueba de esencialismo, los grados de libertad obtenidos fueron  $g/ = 228$ , y que según Hernández, Fernández, y Baptista (2008, 461): cuanto mayor número de grados de libertad se tengan, la distribución t student se acercará más a ser una distribución normal, y usualmente, si los grados de libertad exceden los 120, la distribución normal se utiliza como una aproximación adecuada de la distribución t student (Wiersma & Jurs, 2005).

Los valores Z calculados para cada una de las tareas de la prueba de esencialismo, fueron contrastados con un alfa de los valores Z calculados para cada una de las tareas de la prueba. Tabla 1 Resultados de la prueba de hipótesis usando la distribución T y la distribución normal Z).

**Tabla 1**  
**Resultados de la prueba de hipótesis usando la distribución T y la distribución normal Z**

Tareas/ Estadísticos	Prueba T			Distribución normal	Conclusión
	Valor prueba=2 gl 228	Sig. Bilateral	Conclusión	Z	
Tarea 1 Rasgos Subyacentes	17,004	,000	Rechaza H <sub>0</sub> Acepta H <sub>1</sub>	17,00	Rechaza H <sub>0</sub> Acepta H <sub>1</sub>
Tarea 2 Poder Inductivo Objetivo 1	-0,840	,402	Acepta H <sub>0</sub> Rechaza H <sub>1</sub>	-0,84	Acepta H <sub>0</sub> Rechaza H <sub>1</sub>
Tarea 2 Poder Inductivo Objetivo 2	4,139	,000	Rechaza H <sub>0</sub> Acepta H <sub>1</sub>	4,13	Rechaza H <sub>0</sub> Acepta H <sub>1</sub>
Tarea 3 Presunción de Capacidades Innatas	1,263	,208	Acepta H <sub>0</sub> Rechaza H <sub>1</sub>	1,26	Acepta H <sub>0</sub> Rechaza H <sub>1</sub>
Tarea 4 Mantenimiento de la Identidad pese a cambios superficiales	8,583	,000	Rechaza H <sub>0</sub> Acepta H <sub>1</sub>	8,58	Rechaza H <sub>0</sub> Acepta H <sub>1</sub>

Como se puede apreciar en la Tabla 1, tanto para la Tarea 1, como para la Tarea 4, los datos muestran que existen ideas esencialistas, ya que en la Tarea 1 los sujetos atribuyen la categoría desplazados a rasgos subyacentes o internos de las personas, y por su lado, en la Tarea 4, los datos muestran la presencia de ideas esencialistas, es decir, que las respuestas de los jóvenes reflejaron una resistencia al cambio (el hombre no dejaba de ser desplazado a pesar de los cambios superficiales que se ofrecían).

La prueba de hipótesis que permitió evaluar la presencia de respuestas al azar en las cuatro Tareas del esencialismo, mostró que en la Tarea 2 Poder Inductivo objetivo 1, y en la Tarea 3 que evalúa si la categoría de desplazados era heredable, existe la posibilidad de respuestas de los jóvenes al azar. Sin embargo,

en la Tarea 2 Poder Inductivo en su objetivo 2, se encontró total confiabilidad en el resultado de la prueba.

A partir de los resultados de la prueba de hipótesis, para la Tarea 2 Poder Inductivo se puede afirmar que los jóvenes consideraron que las propiedades asignadas a la categoría desplazados se extendían a todos sus miembros, lo cual podría asociarse con la capacidad perceptiva de la similitud perceptual, con la creencia de los jóvenes, de que no todos los desplazados comparten las propiedades que distinguen a esta categoría.

Por su parte, los resultados de la prueba de hipótesis de la tarea 3 Presunción de Capacidades Innatas, se puede interpretar que los jóvenes no presentan una preferencia por la herencia y resistencia al crecimiento, de la categoría de desplazados, en desmedro de algunos rasgos visibles (como la contextura física o la vestimenta).

### Regresión Logística Binaria

La variable *Género*, únicamente en la Tarea 4, cuando entra en interacción con la variable Institución de Procedencia, influye de alguna manera en los resultados de los jóvenes entre 10 y 18 años; de lo contrario no se observó incidencia en ninguna de las Tareas 1, 2 y 3, ni en la Tarea 4 cuando se analizó su comportamiento individualmente (ver Tabla 2 Regresión Logística de Tareas de la prueba de esencialismo).

Por otra parte, se observa que los hombres muestran una mayor tendencia a las teorías esencialistas en las Tareas 2, 3 y 4, mientras que las mujeres únicamente los superan en la Tarea 1. La diferencia entre ambos sexos es mucho más distante en las Tareas 1, 2 y 4, con porcentajes que oscilan entre el 12 % y el 20 %.

La variable Institución Educativa de procedencia, tiene incidencia en las respuestas de los jóvenes entre 10 y 18 años de todas las tareas de la prueba de esencialismo, siendo significativamente influyente, tanto en el análisis individual, como en el colectivo de las variables independientes.

**Tabla 2**  
**Regresión Logística de Tareas de la prueba de esencialismo**

Variables Dependientes	Variables Independientes	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp (B)
Tarea 1 Rasgos Subyacentes	Genero	-0,123	0,29	0,18	1	0,671	0,884
	Constant	0,868	0,423	4,223	1	0,04	2,383
	Institución Educativa de Procedencia	-1,542	0,392	15,472	1	0	0,214
	Constant	3,422	0,733	21,774	1	0	30,631
	Edad	-0,233	0,077	9,124	1	0,003	0,792
	Constant	3,97	1,102	12,981	1	0	52,962
	Institución Educativa de Procedencia	-1,451	0,411	12,441	1	0	0,234
	Edad	-0,159	0,081	3,886	1	0,049	0,853
	Genero	-0,43	0,315	1,859	1	0,173	0,651
	Constant	6,073	1,375	19,515	1	0	433,876
Tarea 2 Poder Inductivo	Institución Educativa de Procedencia	-1,363	0,315	18,776	1	0	0,256
	Constant	2,311	0,564	16,784	1	0	10,08
	Edad	-0,13	0,071	3,325	1	0,068	0,878
	Constant	1,772	0,995	3,173	1	0,075	5,882
	Genero	0,155	0,275	0,316	1	0,574	1,167
	Constant	-0,237	0,398	0,355	1	0,551	0,789
	Institución Educativa de Procedencia	-1,331	0,332	16,068	1	0	0,264
	Edad	-0,043	0,076	0,316	1	0,574	0,958
	Genero	-0,092	0,295	0,097	1	0,755	0,912
	Constant	2,975	1,199	6,16	1	0,013	19,584
Tarea 3 Presunción de Capacidades Innatas	Genero	0,123	0,29	0,18	1	0,671	1,131
	Constant	-0,868	0,423	4,223	1	0,04	0,42
	Institución Educativa de Procedencia	0,768	0,335	5,269	1	0,022	2,155
	Constant	-2,03	0,607	11,184	1	0,001	0,131
	Edad	0,107	0,075	2,042	1	0,153	1,113
	Constant	-2,189	1,057	4,293	1	0,038	0,112
	Institución Educativa de Procedencia	0,747	0,354	4,454	1	0,035	2,111
	Edad	0,064	0,078	0,663	1	0,415	1,066
	Genero	0,278	0,301	0,849	1	0,357	1,32
	Constant	-3,261	1,247	6,84	1	0,009	0,038

Con relación a la Institución de Procedencia, se encontró una preferencia por las ideas esencialistas de las Tareas 1 y 2 en los jóvenes entre 10 y 18 años de una Institución de Procedencia Pública, mientras que para las Tareas 3 y 4, fue más evidente en los jóvenes provenientes de una Institución Educativa Privada. Sin embargo, no es muy distante la diferencia entre ambas instituciones para la Tarea 3. (ver Tabla 3 Medias Muestrales de los Resultados de las Tareas de la Prueba de Esencialismo por Institución).

Cuando se analiza la distribución de las respuestas de los jóvenes entre 10 y 18 años a partir del género, encontramos que en una Institución de Procedencia Pública, el género femenino muestra mayor tendencia a las ideas esencialistas en todas las Tareas; mientras que en una Institución Educativa Privada, el género femenino solo supera al género masculino en la Tarea 4.

Las diferencias entre los géneros al interior de una Institución de Procedencia Pública, se hacen más evidentes en las tareas 3 y 4. Mientras que en una Institución Educativa Privada la divergencia es mayor en las Tareas 1, 2 y 4.

En lo que respecta a la edad, se observa incidencia en la Tarea 1, y en la Tarea 4, solo cuando interactúa con la Institución de procedencia. En primer lugar, se observó una alta tendencia a las ideas esencialistas a los 10 años (Tareas 1, 2 y 4) y 18 años (Tareas 1, 3 y 4). En segundo lugar, se identificó a los 13 años (Tareas 1 y 4), 14 años (Tareas 1 y 2) y 17 años (Tareas 3 y 4). Y finalmente, se encontró a los 11 y 12 años (ambos Tarea 1), y 16 años (Tarea 4).

En definitiva, se identifican los 11 y los 16 años, como el momento evolutivo con mayor evidencia de ideas esencialistas en los jóvenes.

**Tabla 3**  
**Medias Muestrales de los Resultados de las Tareas de la Prueba de Esencialismo por Institución**

Prueba de esencialismo	Media	Desv. típ.
Tarea1 Rasgos Subyacentes Institución 1	3,51	0,763
Tarea 2 Poder Inductivo_Objetivo 1_Institución 1	1,99	0,938
Tarea 2 Poder Inductivo_Objetivo 2_Institución 1	1,88	1,044
Tarea 3 Herencia_Institución 1	0,99	0,837
Tarea 3 Crecimiento_Institución 1	0,81	0,718
Tarea 4 Mantenimiento de la Identidad_Institución 1	2,31	1,576
Tarea 1 Rasgos Subyacentes Institución 2	2,78	0,844
Tarea 2 Poder Inductivo_Objetivo 1_Institución 2	1,93	0,95
Tarea 2 Poder Inductivo_Objetivo 2_Institución 2	2,06	1,312
Tarea 3 Herencia_Institución 2	1,28	0,644
Tarea 3 Crecimiento_Institución 2	0,93	0,634
Tarea 4 Mantenimiento de la Identidad_Institución 2	2,98	1,237

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta estos criterios: primero, la categorización de las personas como desplazados prestando más atención a las causas subyacentes que a las observables; segundo, la utilización de la categoría social de desplazados para inferir propiedades sobre sus miembros, y tercero, la creencia de que la pertenencia a la categoría social de desplazados es heredable, se puede afirmar que los jóvenes no presentan un pensamiento esencialista, ya que no cumplen con las tres condiciones.

La primera condición fue evaluada con la Tarea 1, Rasgos Subyacentes, en la que los jóvenes categorizaron como desplazados a los personajes que presentaban un rasgo subyacente correspondiente a la categoría desplazados, lo cual significa que atribuyen el desplazamiento a rasgos subyacentes o internos de las personas, y por consiguiente, contradicen los hallazgos para la Categorización por

Rasgos Internos vs Rasgos Externos de Amar, *et al.* (2011b), donde no hubo en los niños una tendencia marcada a categorizar a las personas ni por sus rasgos externos ni por sus rasgos internos, es decir, por la membresía a la categoría.

Por otra parte, coinciden con la indagación de ideas esencialistas para la explicación de categorías sociales realizada por Pereira, *et al.* (2010), quienes comprobaron que sí se produce una menor esencialización de las categorías entitativas relativas a la condición económica, la religión, la orientación política, la nacionalidad y la condición social, en comparación con el grado de esencialización de las categorías naturalizables de sexo, edad y raza. También hay coherencia con los resultados de Amar, Abello, Martínez, Monroy, Cortés y Crespo (2011a; 2011b), pero, a su vez, contradicen los resultados encontrados por Del Río (2008), Diesendruck & HaLevi (2006), Yzerbyt, Rogier & Fiske, 1998, y Demoulin, Leyens e Yzerbyt (2006).

Es necesario aclarar que en investigaciones realizadas anteriormente los rasgos subyacentes utilizados en pruebas similares a la Tarea 1 sobre categorías naturales eran inequívocamente internos, como por ejemplo, una sustancia en la sangre o algo asimilable a la idea del ADN. Sin embargo, esto fue imposible de replicar en esta investigación y en la realizada por Del Río (2008, p.64): “dado que no existe evidencia científica de que ello se aplique a las categorías sociales”.

Debido a esto, se identificaron como rasgos internos para la Tarea 1, Rasgos Subyacentes: “no tiene un hogar donde vivir”, “no tiene qué comer”, que igualmente podrían ser definidos como conductas observables.

La elección de los rasgos internos se basó en el proceso de pilotaje previo al diseño de la prueba, según Del Río (2008), como una estrategia para contrarrestar las limitaciones e interpretación de los resultados de la prueba.

En el pilotaje se identificaron las características de los desplazados que mencionaban ellos mismos, como las características de su condición de desplazamiento, y que, por consiguiente, fueron designados como rasgos internos.

Teniendo en cuenta que “no tiene un hogar donde vivir” y “no tiene qué comer” fueron utilizados con mayor frecuencia en las respuestas de las personas en condición de desplazamiento para describir la categoría de desplazados, muestra que en el imaginario de estas personas probablemente corresponde a los rasgos esenciales (o causas) del desplazamiento, lo que equivale en el nivel cognitivo a abstracciones, y que en palabras de Bar-Tal (1996), a las representaciones mentales acerca de los desplazados.

Todas las verbalizaciones de las personas en condición de desplazamiento en el pilotaje previo correspondían a situaciones externas de las personas desplazadas.

En la segunda condición que fue evaluada con la Tarea 2, Poder Inductivo, los jóvenes no utilizan la categoría social de desplazados para realizar inferencias respecto a las características de un sujeto, y preferiblemente se basaban en atributos superficiales para hacer las inferencias. Pero, si se retoman los resultados para el objetivo 2 de esta Tarea, se podría llegar a afirmar que los jóvenes muestran una tendencia a utilizar la categoría social de desplazados para realizar inferencias respecto a las características de una persona. En otras palabras, los jóvenes consideraron que las propiedades asignadas a la categoría “desplazados” se extendían a todos sus miembros.

Estos resultados contradictorios de los objetivos de la Tarea 2, Poder Inductivo, podrían asociarse con la capacidad perceptiva de la similitud perceptual, y con la creencia de los jóvenes de que no todos los desplazados comparten las propiedades que distinguen a esta categoría.

Los jóvenes mostraron una tendencia a realizar inferencias respecto a las características de un sujeto basándose en atributos superficiales. Lo cual es coherente con los hallazgos de Diesendruck y HaLevi (2006) relacionados con las inferencias acerca de las propiedades psicológicas basadas en la categoría social de un personaje, rasgo de personalidad o rasgo de apariencia física, y refuerza las ideas de Miller (2004), que privilegian la pertenencia a una categoría sobre la

similitud perceptual, para hacer inferencias de las propiedades recién encontradas de las entidades.

La categorización de rasgos ayuda a simplificar el complejo entorno social, y según Erdley & Dweck (1993), permite centrar la atención selectiva y hacer predicciones basadas en expectativas generales. El proceso de categorización conduce a la formación de categorías, que “son descripciones internas de las propiedades que permiten que una serie de entes sean agrupados juntos” (Quinn & Eimas, 1997 citados en Del Río, 2008, p.3).

De igual manera, los resultados encontrados en esta investigación coinciden con los hallados en dos estudios de Sandhofer y Smith (2001, 2007), quienes encontraron que los niños aprenden a etiquetar ciertos adjetivos (como los dimensionales, es decir, los que se refieren a propiedades perceptibles de los objetos como azul, suave, grande).

Por su parte, Castorina, Barreiro y otros (2007, p.61) afirman que la formación de hipótesis o la adquisición de conceptos no son elaboraciones individuales, sino que derivan de relaciones sociales entre maestros y alumnos, desde la retórica a los desacuerdos o al desacuerdo potencial, hasta la crítica anticipada.

En este punto de la discusión es importante reflexionar acerca de las características de la categoría de desplazados, ya que en los resultados encontrados se presenta una contradicción en las respuestas de los jóvenes frente a una prueba que tiene dos secciones que miden lo mismo. Si esto es así, entonces lo esperado es que sus resultados fueran iguales en ambas secciones de la prueba, pero no fue así.

En el intento de hallar una explicación para este fenómeno se debe retomar a Sandhofer & Smith (2001, 2007), puesto que indudablemente las características de las personas desplazadas corresponden a propiedades perceptibles visualmente tanto por ellos mismos como por quienes no son desplazados, lo cual replantea lo dicho por Del Río (2008, p.66): “Son las etiquetas y, no la apariencia,

las que tienen un peso mayor para el esencialismo social”, pues en esta parte de la investigación la apariencia se constituye en la etiqueta de la categoría de desplazados.

El fenómeno del desplazamiento es un tema que en la actualidad se ubica dentro de las categorías sociales de nuestro país, donde las investigaciones existentes han demostrado que en Colombia se han desarrollado comportamientos prejuiciosos hacia las personas desplazadas (Sabucedo, *et al.*, 2004; Suárez, 2002, citado en Palacio y Valencia, 2005; Romero, Restrepo y Díaz, 2009; De la Corte, Kruglanski, De Miguel, Sabucedo & Díaz, 2007; Kruglanski & Fishman, 2009).

En este sentido, aunque los resultados son opuestos dentro de la misma prueba, hacen un llamado de atención ante la trascendencia de sus implicaciones en el medio social, puesto que se trata de adolescentes que muy pronto serán adultos jóvenes o, en otras palabras, hombres activos en la sociedad a la que pertenecemos, y si bien es una contradicción el resultado, el medio social está relacionado con la percepción del individuo, su cognición y su nivel de aspiración (Sherif, 1936; Chapman & Volkmann, 1939; Festinger, 1942; Hyman, 1942; Lewin, 1948; Asch, 1956).

Por otra parte, los aportes de Piaget (2006) indican que en estos jóvenes la comprensión del mundo de los niños se encuentra condicionada a una visión externalista, dado que sus respuestas se encuentran asociadas a atributos observables, lo cual es un tema preocupante, ya que la muestra estuvo conformada por jóvenes entre 10 y 18 años, y no por niños entre 6 y 7 años, de los cuales se espera la visión externalista expuesta por Piaget.

Si bien hay elementos que permiten afirmar que los jóvenes entre 10 y 18 años realizan las caracterizaciones de una persona en términos más “superficiales” que “profundos”, por su apariencia, sus posesiones, etc., como si fueran niños entre 6 y 7 años de acuerdo con lo planteado por Piaget (2006), entonces se incrementa la preocupación anteriormente señalada, ya que las investigaciones realizadas por Carnaghi & Yzerbyt (2007) demuestran que resulta muy difícil cambiar un estereotipo, y que la permanencia de estos depende de la relación que

mantienen las personas con su entorno social y de las hipótesis que hacen sobre los puntos de vista de personas que les resultan significativas (Carnaghi & Yzerbyt, 2007; Philip, Mahalingam & Sellers, 2010).

Cobra entonces importancia la proximidad de los niños a los adultos, puesto que algunos autores (Carey, 1985; Gelman, Coley y Gottfried, 2002; Gopnik y Wellman, 2002) han reportado evidencias de la capacidad de los niños en forma similar a los adultos para categorizar los objetos teorizando acerca de lo no observable, y dándoles un sentido para la creación de categorías.

En este sentido, Allport (1971, citado en Amar, *et al.*, 2011) para referirse en forma específica al prejuicio, plantea que la creencia sobre la esencia de los grupos es resultado del uso de atajos mentales para percibir al grupo social dotado de características comunes a todos sus integrantes.

La tercera condición fue evaluada con la Tarea 3, Presunción de Condiciones Innatas, en la que se encontró que los jóvenes no tienen la creencia de que el desplazamiento es una categoría innata o adquirida tempranamente y resistente a cambios como el crecimiento.

Esto contradice la creencia en existencia de esencias, que tiene como consecuencia la percepción de inalterabilidad de la condición de pertenecer a un grupo, planteada por Yzerbyt, Rogier & Fiske (1998); Demoulin, Leyens & Yzerbyt (2006) y Del Río (2008). Y se opone también a las ideas de Carnaghi & Yzerbyt (2007), quienes comprobaron la dificultad para cambiar un estereotipo.

De igual manera, este hallazgo contradice a Barón y Valencia (2003), quienes afirman que “la población civil, es entendida como la eterna víctima de la guerra”, dentro del tema del conflicto armado, apoyados por los resultados de los estudios de Laraña (1993), Sánchez y Jaramillo (1999), Sabucedo y otros (2004), Fiscó (2005), Ballén (2009), Albuja y Ceballos (2010), Bohada (2010), Andrade (2010), Ferris y Winthrop (2010), entre otros.

Se observa entonces la contradicción de los jóvenes al atribuir el des-

plazamiento a rasgos subyacentes o internos de las personas, y la no existencia de la creencia de que el desplazamiento es una categoría innata o adquirida tempranamente y resistente a cambios como el crecimiento. Es decir, que los jóvenes creen que las personas desplazadas pueden cambiar su condición social, lo cual corrobora los resultados encontrados por Del Río (2008, p.67).

Probablemente, la causa de estas respuestas de los jóvenes ante la prueba de esencialismo podría estar asociada a la percepción visual de las características en las otras personas para clasificarlas en los diferentes grupos sociales, como lo ha planteado Del Río (2008), pero igualmente se oponen a estos resultados, cuando al parecer, para esta investigación, es más importante la similitud visible entre dos sujetos para determinar si poseen un rasgo determinado.

Es difícil desligar la categoría de desplazados de los atributos visuales, por sus mismas características constituyentes como fenómeno social.

### CONCLUSIONES

Los jóvenes entre 10 y 18 años de la costa Caribe colombiana no presentan un razonamiento esencialista acerca de las personas desplazadas. Se reafirma así que sí hay una menor esencialización de las categorías entitativas relativas a la condición social, entre otras, en comparación con el grado de esencialización de las categorías naturalizables de sexo, edad y raza (Pereira, *et al.*, 2010). Realmente, no se puede afirmar que existen ideas esencialistas en los jóvenes acerca de personas desplazadas por la violencia.

Los jóvenes le atribuyen el desplazamiento a rasgos externos como la apariencia, que fueron usados como las causas internas, y que sirvieron para la adaptación del cuestionario, pero es importante tener en cuenta que el desplazamiento es una categoría social que responde más a una serie de elementos situacionales que a unas características internas (rasgos psicológicos, por ejemplo) de las personas que se encuentran en esa situación.

Las respuestas de los jóvenes en las diferentes pruebas denotaron en algunos momentos contradicciones frente a un mismo tema evaluado, lo cual nos

lleva a reflexionar respecto al proceso perceptivo de estos jóvenes en su desarrollo cognitivo, así como también es relevante el estudio del impacto en su comportamiento, de estos procesos anteriormente citados, y a la vez aflora la necesidad de comprender la trascendencia que se irradia al medio social al cual pertenecen. Del mismo modo, que este medio se reconfigura para convertirse en el espacio perpetuador de las condiciones preexistentes mencionadas por Montero (2003), quien expresa que la estructura social está conformada por patrones de acción concertada, los cuales se mantienen mientras los miembros de una sociedad involucrados en ellos actúen conforme a las normas establecidas. Ninguna sociedad es independiente de los seres que la constituyen, por más que las instituciones que en ellas se construyen se nos pretendan imponer una y otra vez como superiores e inevitables (Montero, 2003).

La comprensión del mundo de los jóvenes entre 10 y 18 años, de acuerdo con Piaget (2006), se encuentra condicionada a una visión externalista, dado que sus respuestas se encuentran asociadas a atributos observables, lo cual es un tema preocupante, ya que la visión externalista se espera en niños entre 6 y 7 años, y no en jóvenes entre 10 y 18 años.

Si según Allport (1971, citado en Amar, *et al.*, 2011a), los prejuicios son el resultado de la creencia sobre la esencia de los grupos, y que según Carnaghi & Yzerbyt (2007) es muy difícil cambiar un estereotipo, y cuya permanencia depende de la relación que mantienen las personas con su entorno social; entonces se incrementa la preocupación, puesto que las investigaciones existentes han demostrado que en Colombia se han desarrollado comportamientos prejuiciosos hacia las personas desplazadas (Sabucedo *et al.*, 2004; Suárez, 2002, citado en Palacio y Valencia, 2005; Romero, Restrepo y Díaz, 2009; De la Corte, *et al.*, 2007; Kruglanski & Fishman, 2009).

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuja, S. y Ceballos, M. (2010). Desplazamiento urbano y migración en Colombia. *Revista Migraciones Forzadas* 34. p.10. [en línea]. [consultado 3 de abril 2010]. Disponible en: <http://www.fmreview.org/urban-displacement/FMR34.pdf>
- Amar, J., Abello, R., Martínez, M., Monroy, E., Cortés, O. y Crespo, F. (2011a). Categorización social y cogniciones infantiles sobre la pobreza en niños: Una mirada desde el esencialismo psicológico. *Investigación y Desarrollo*. 9(1), (2011), pp.116-139 - ISSN 0121-3261.
- Amar, J., Abello, R., Martínez, M., Monroy, E., Cortés, O. y Crespo, F. (2011b). Creencias sobre la naturaleza de la pobreza en un grupo de niños de nivel socioeconómico alto y bajo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Psicología desde el Caribe*. 27, enero-junio 2011.
- Andrade, J. A. (2010). Mujeres, niños y niñas, víctimas mayoritarias del desplazamiento forzado. *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas*. 16(5), 28-53.
- Asch, S. (1956). Studies of independence and conformity: I. A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs*, 70 .
- Ballen, R. (2009). ¿Cómo terminar nuestra guerra? *Revista Diálogos de Saberes*, julio-diciembre de 2009, pp.37-48 <http://site.ebrary.com/lib/unorte/Doc?id=10127453&ppg=4>
- Barón, L. F. y Valencia, M. (2003). *Representaciones sobre el conflicto en medios y audiencias*. Bogotá. CINEP 2003.
- Bar-Tal, D. (1996). Development of social categories and stereotypes in early childhood: The case of “the Arab” concept formation, stereotype and attitudes by Jewish children in Israel. *International Journal of Intercultural Relations*, 20, 341-70.
- Bohada, M. (2010). Desplazamiento forzado y condiciones de vida de las comunidades de destino: el caso de Pasto, Nariño. *Revista de economía institucional*, ISSN 0124-5996, 12(23), 2010, pp.259-98.
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las Ciencias Sociales*. Programa de Especialización en Teoría Métodos y Técnicas de investigación social. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES.
- Burman, E. (1998). *La deconstrucción de la Psicología evolutiva*. Madrid: Visor.
- Cárdenas, M. y Blanco, A. (2004). Las representaciones sociales del movimiento antiglobalización. *Psicología Política*, 28, 2004, 27-54.
- Carey, S. (1985). *Conceptual change in childhood*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Carnaghi, A. & Yzerbyt, V. Y. (2007). Subtyping and social consensus: The role of the audience in the maintenance of stereotypic beliefs. *European Journal of Social Psychology*, 37, 902-922. doi: 10.1002/ejsp.402
- Castorina, J. A., Barreiro, A., Clemente, F., Faigenbaum, G., Helman, M., Karabelnicoff, D., Lombardo, E. y Toscano, A. (2007). *Cultura y conocimientos sociales: desafíos a la Psicología del desarrollo*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.
- Castorina, J. A. y Barreiro, A. (2007). Las representaciones sociales y su horizonte ideológico, en Castorina, J. A. y cols. *Cultura y conocimientos sociales: desafíos a la psicología del desarrollo*. Buenos Aires: Aique.
- Chapman, D. & Volkman, J. (1939). A social determinant of the level of aspiration. *Journal of abnormal and social psychology*, 34, 225-38.
- De la Corte, L., Kruglanski, A., De Miguel, J., Sabucedo, M. y Díaz, D. (2007). Siete principios psicosociales para explicar el terrorismo. *Psicothema*, 3, 366-74.
- Del Río, M. F. (2008). Esencialismo y categorías sociales: ¿Tienen los niños una teoría acerca de la pobreza? Tesis de doctorado inédita, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Demoulin, S., Leyens, J., Yzerbyt, V. (2006). Lay theories of essentialism. *Group Processes and Intergroup Relations*, 9, 25-42.
- Diesendruck, G. & HaLevi, H. (2006). The role of language, appearance, and culture in children’s social category-based induction. *Child Development*, 77, 539-53.
- Erdley, C. A., & Dweck, C. S. (1993) Children’s implicit personality theories as predictors of their social judgments. *Child Development*, 64, 863-78. <http://www.jstor.org/stable/1131223>.
- Ferris, E. y Winthrop, R. (2010). Education and displacement: assessing conditions for refugees and internally displaced persons affected by conflict. Documento de referencia para el informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2011.
- Festinger, L. (1942). Wish, expectation and group performance as factors influen-

- cing level of aspiration. *Journal of abnormal and social psychology*, 1942, 37, 184-200.
- Fiscó, S. (2005). Atroces realidades: la violencia sexual contra la mujer en el conflicto armado colombiano. *Papel Político*, 17, junio de 2005 (119-179).
- Gelman, S.A., Collman, P. & Maccoby, E.E. (1986). Inferring properties from categories versus inferring categories from properties: The case of gender. *Child Development*, 57, 396-404.
- Gelman, S. A., Coley, J. D. y Gottfried, G. M. (2002). Las creencias esencialistas en los niños: la adquisición de conceptos y teorías. En Hirschfeld, L. A. y Gelman, S. A. (Eds.). *Cartografía de la mente*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Gelman, S. (2009). Essentialist Reasoning about the Biological World. *Neurobiology of "Umwelt": How Living Beings*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009. Perceive the World, Research and Perspectives in Neurosciences.
- Gopnik, A. y Wellman, H. (2002). La teoría de la teoría. En Hirschfeld, L.A. & Gelman, S.A. (Eds.). *Cartografía de la mente*. Barcelona: Gedisa.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2008). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: McGraw-Hill.
- Hyman, H. (1942). The psychology of status. *Archives of psychology*, 269.
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2001). *Investigación del comportamiento*. Cuarta edición. Mexico: McGraw-Hill.
- Kruglanski, A.W. y Fishman, S. (2009). What makes terrorism tick? It's in individual, group and organizacional aspects. *Revista de Psicología Social*, 24, 139-62.
- Laraña, E. (1999). La construcción de los movimientos sociales. Madrid: Alianza editorial.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts*. Nueva York: Harper.
- Mahalingam, R. (1998). Essentialism, power and theories of caste: A developmental study. *Dissertation Abstracts International*, 60(2-B). (UMI No. AAM9919309).
- Miller, P. H. (2004). The Essence of Essentialism: Children's Habit of Mind. *Human Development*, 47(5), 308-313. doi:10.1159/000079159
- Montero, M. (2003). Cambio y estabilidad social. *Revista Interamericana de Psicología*. *Interamerican Journal of Psychology* - 2003, 37(2), 279-293.
- Palacio, M. C. y Valencia, M. R. (2005). El departamento de Caldas: su configuración como territorio de conflicto armado y desplazamiento forzado. *Trabajo Social*, 7, 99 -110.
- Pereira, M. E., Estramiana, J. L. Á. & Gallo, I. S. (2010). Essentialism and the expression of social stereotypes: A comparative study of Spain, Brasil and England. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 808-17. Retrieved from www.scopus.com
- Philip, C., Mahalingam, R. & Sellers, R. (2010). Understanding East Indians' Attitudes Toward African Americans: Do Mainstream Prejudicial Attitudes Transfer to Immigrants? *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(4), 651-71. doi: 10.1080/13691830903525399
- Piaget, J. (2006). *La formación del símbolo en el niño* (17ª reimp.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Pozo J.I. (2003). *Adquisición de conocimientos*. Madrid: Morata.
- Quinn, P. C. & Eimas, P. D. (1997). A reexamination of the perceptual-to-conceptual shift in mental representations. *Review of General Psychology*, 1, 271-87.
- Ramírez, L., & Levy, S. (2010). Common sense and conflict: Impact of lay theories on intergroup relationships. [Sentido común y conflicto: Impacto de las teorías legas sobre relaciones intergrupales] *Universitas Psychologica*, 9(2), 331-44. Retrieved from www.scopus.com
- Reyes Ruiz, L. (2012). *Ideas esencialistas de jóvenes acerca de personas desplazadas por el conflicto armado*. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla.
- Reyes Ruíz, L. y Russo de Sánchez, A. R. (2008). Descripción de la organización estructural de la personalidad de los adolescentes que cursaron primer semestre en un programa de Psicología de la ciudad de Barranquilla. *Psychologia: avances de la disciplina*, 2(2), 65-91, julio-diciembre de 2008.
- Rodríguez, A., Betancor, V., Rodríguez, R., Quiles, M., Delgado, N. y Coello, E. (2005). El efecto de las identidades nacionales con distintos niveles de inclusividad en el prejuicio hacia exogrupos. *Psicothema*, 17(3), 441-446.
- Rodríguez, C. y Gutiérrez, J. (2007). Empleo de modelos de regresión logística binomial para el estudio de variables determinantes en la inserción laboral de egresados universitarios. *Investigación y posgrado*, 22(1).

- Romero, T., Restrepo, N. y Díaz, I. (2009). Factores psicosociales que inciden en la reintegración de tres reclusos con vínculos a los grupos armados ilegales (FARC-EP, UC-ELN y 7) del Centro Penitenciario y Carcelario de Villahermosa. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 219-38.
- Sabucedo, J. M.; Blanco, A. & De la Corte, L. (2003). Beliefs which legitimize political violence against the innocent. *Psicothema*, 15, 550-55.
- Sabucedo, J. M., Barreto, I., Borja, H., López, W., Blanco, A., De la Corte, L. y Durán, M. (2004). Deslegitimación del adversario y violencia política: El caso de las FARC y la AUC en Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 012, 69-85, 2004.
- Sánchez, R. y Jaramillo, L. (1999). Impacto del desplazamiento sobre la salud mental. *Revista Universitas Humanistica*, 47, ene-jun. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Sandhofer, C. & Smith, L. B. (2001). Why Children learn color and size words so differently: Evidence from adults' learning of artificial terms. *Journal of experimental psychology: General*. 130(4), 600-20.
- Sandhofer, C. M. & Smith, L. B. (2007). Learning adjectives in the real world: How learning nouns impedes learning adjectives. *Language Learning and Development*, 3, 233-67.
- Searle, J. (1984). En Capra, F. (2002). *Las conexiones ocultas. Implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Sherif, M. (1936). *The psychology of social norms*. Nueva York: Harper.
- Wiersma, W. & Jurs, S. (2005). *Research Methods in Education: An introduction*. Eighth edition. Pearson.
- Yzerbyt, B. Y., Rogier, A. & Fiske, S. T. (1998). Group entitativity and social attribution: On translating situational constraints into stereotypes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 1098-1103.

## Capítulo 11

# El maltrato infantil y la teoría de la mente: Una revisión\*

**Wilmar Fernando Pineda Alhucema<sup>1</sup>**  
**Edith Teresa María Aristizábal Díaz<sup>2</sup>**  
**Johana Margarita Escudero Cabarcas<sup>3</sup>**

\*Este texto es producto del trabajo de investigación doctoral sobre el "Desarrollo de la Teoría de la mente en niños expuestos a vulnerabilidad social", adelantado en el marco del doctorado en Psicología de la Universidad del Norte y financiado con recursos del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías FCTel-SGR, asignados al departamento del Atlántico por Colciencias para el proyecto "Desarrollo de Programa de Formación de Capital Humano de Alto Nivel" convocatoria 673.

1. Investigador Grupo Neurociencias del Caribe Universidad Simón Bolívar. Doctorante en Psicología. wpinada1@unisimonbolivar.edu.co

2. Docente-Investigadora Universidad del Norte. earistiz@uninorte.edu.co

3. Docente-Investigadora Grupo Sinapsis Educativa y Social. Universidad Simón Bolívar. jescudero1@unisimonbolivar.edu.co

## INTRODUCCIÓN

El estudio de la cognición social, desde la perspectiva de la Neurociencia Cognitiva Social (Lieberman, 2007, 2012, Ochsner & Lieberman, 2001), resulta fundamental para comprender cómo el cerebro procesa la información generada por la interacción con otras personas. Desde esta perspectiva, la teoría de la mente es una de las dimensiones de la cognición social que mejor se ha estudiado, lográndose plantear teorías sobre su desarrollo, métodos de evaluación, neurobiología, e incluso se ha llegado a estudiar su rol en el aspecto moral de la interacción social (Lynn, Buchheister & McGrath, 2016; Ewing, Zeigler-Hill & Vonk, 2016).

En este sentido la presente revisión es sobre el estudio de la teoría de la mente, habilidad neurocognitiva que permite la capacidad de generar atribuciones de intenciones, deseos y creencias a los demás y que en complemento de funciones como la empatía subyacen a las habilidades sociales y la influencia que el medio socioambiental puede generar tanto en su desarrollo como en su funcionamiento. Para delimitarlo se ha elegido el maltrato infantil, como la dimensión socioambiental por el hecho de ser evidentemente una condición negativa, darse en la infancia y presentar antecedentes de estudios que reportan alteraciones cognitivas, afectivas y de desarrollo neurobiológico de los niños víctimas de ella (Chen & Baram, 2015), muy asociados a los reportes que existen sobre el desarrollo de la teoría de la mente en niños con trastornos del desarrollo (Hutchins, *et al.*, 2016).

El texto aborda las generalidades sobre el maltrato infantil enfocándose en las principales consecuencias a nivel cognitivo y cerebral, luego se hace una introducción a la Teoría de la Mente y finalmente se exponen algunos estudios que relacionan ambas variables señalando tanto sus aportes como sus limitaciones. El objetivo del presente capítulo es el de presentar algunos antecedentes de investigación tanto en teoría de la mente como en maltrato infantil que permitan la generación de hipótesis de trabajo, el grado de dependencia de la ToM del ambiente social y sobre cómo el maltrato puede afectar su desarrollo.

## UNA VISIÓN GENERAL SOBRE EL MALTRATO INFANTIL

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2014), el maltrato infantil se puede definir como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (Parr. 1).

De acuerdo con Krug (2002) en el Informe mundial sobre la violencia y la salud y Butchart y Phinney-Harvey (2009), se distinguen cuatro tipos de maltrato infantil. *El abuso físico*, que puede entenderse como el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño; esto incluye golpes, quemaduras, envenenamiento, asfixia y abrasamientos. *El abuso sexual*, que se refiere a la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales; este tipo de abuso puede ser perpetrado por adultos o por menores que manejen algún tipo de poder sobre la víctima. *Los abusos emocionales y psicológicos*, los cuales se refieren al mantenimiento del niño de manera ocasional o prolongada en un entorno inapropiado a su desarrollo y carente de apoyo; en este tipo de abuso se incluyen las restricciones de movimientos, el menosprecio continuado, la culpabilización, las amenazas, los actos de terror, la discriminación o ridiculización, y otras variantes no físicas de rechazo o de trato hostil. Y *la desatención* que implica una ocasional o reiterada dejación por parte de un progenitor u otro miembro de la familia –cuando está en condiciones de proveerlo– con respecto al desarrollo y bienestar del niño en lo relacionado con la salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, hogar y condiciones de vida seguras.

A nivel mundial, los datos siguen siendo alarmantes, pese a que en las últimas décadas se han hecho ingentes campañas para su prevención. De acuerdo a la OMS (2014), una cuarta parte de los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos cuando eran niños y una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, gran número de niños son

objeto de abusos psicológicos y emocionales y de desatención, aunque se desconoce el alcance de estos comportamientos a nivel mundial. En algunos países, la desatención representa la mayor parte de los casos de maltrato infantil conocidos. Por lo general, las niñas están más expuestas a los abusos sexuales, mientras que los niños lo están al castigo físico severo (Butchart y Phinney-Harvey, 2009).

Por otro lado también existen reportes oficiales que indican que entre un 80 % y un 98 % de los niños sufren castigos corporales en el hogar y que un tercio o más de ellos reciben castigos corporales muy graves aplicados con utensilios. Además, en los países en desarrollo entre el 20 % y el 65 % de niños en edad escolar dijo haber sufrido acoso físico o verbal durante los 30 días anteriores a la aplicación de las encuestas y que alrededor de 150 millones de chicas y 73 millones de chicos menores de 18 años tuvieron relaciones sexuales forzadas o sufrieron otras formas de violencia sexual con contacto físico en 2002 (Pinheiro, 2006).

En el caso de Colombia, de acuerdo al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), diariamente un promedio de 45 casos de niños, niñas y adolescentes ingresan al ICBF por causa del maltrato infantil, y tres de cada cuatro casos reportados son perpetrados por sus propios padres o familiares. De acuerdo a los registros, desde enero de 2012 y enero de 2013 se reportaron 16.457 casos de maltrato, de los cuales el 51,5 % eran niños y el 48,5 % eran niñas, siendo Caldas, Bogotá y Nariño, las regiones donde más casos se presentaron (el departamento del Atlántico estuvo ubicado en el puesto 7) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2014).

De acuerdo a Pinheiro (2006), los contextos más comunes en los que se da la violencia infantil son: el hogar y la familia, en los establecimientos educativos, en los sistemas de atención social, en los lugares de trabajo en los casos de trabajo infantil y a nivel comunitario. Y en cuanto a los factores de riesgo, estos se pueden agrupar en cuatro, entre los que se encuentran la edad inferior a 4 años y la adolescencia; el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres y el hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales.

Entre los factores de los padres o los cuidadores, se cuentan las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido; el hecho de no cuidar al niño; los antecedentes personales de maltrato infantil; la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil; el consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación; la participación en actividades delictivas y las dificultades económicas. Los factores relacionales, entre los que se cuentan los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia; la ruptura de la familia o la violencia entre otros; el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyo y la pérdida del soporte de la familia extensa para criar al niño y los factores comunitarios entre los que se cuentan las desigualdades sociales y de género; la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones, los niveles elevados de desempleo o pobreza; la disponibilidad fácil del alcohol y las drogas, las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles, las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo y las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida; inestabilidad o desigualdades socioeconómicas (OMS, 2014).

### CONSECUENCIAS NEUROCOGNITIVAS DEL MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil lleva a múltiples consecuencias perjudiciales en los niños víctimas de ella que van desde trastornos del afecto como la depresión (Infurta, *et al.*, 2016), trastornos de ansiedad (Dorahy, *et al.*, 2015), consumos de sustancias psicoactivas (Potthast, Neuner & Catani, 2015), obesidad (Sørensen, 2015), comportamientos sexuales de alto riesgo y trastornos mentales como la esquizofrenia (Schalinski & Teicher, 2015) entre otras muchas. Sin embargo, dado que el interés del presente artículo es identificar cómo se da el desarrollo de la teoría de la mente en niños que están expuestos a experiencias adversas como el maltrato infantil, y dado que en el presente trabajo se entiende a la ToM como una variable neurocognitiva, en este apartado nos enfocaremos en describir los principales efectos que tiene el maltrato infantil tanto a nivel cognitivo como a nivel neurobiológico, de manera que sirvan como base para generar hipótesis sobre el posible impacto del maltrato infantil en el desarrollo de la ToM.

### IMPACTO DEL MALTRATO INFANTIL EN EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

El impacto del maltrato en el desarrollo cognitivo se puede dar por dos vías, la primera dada por los efectos nocivos que generan altas descargas de estrés en el cerebro que alteran el funcionamiento cerebral, y la segunda por la interacción con un ambiente socialmente nocivo que no estimula adecuadamente las funciones cognitivas (Chen & Baram, 2015). Sin embargo, sea cual fuere la vía, es claro que el maltrato genera un considerable impacto en el desarrollo cognitivo del niño. Quarti *et al.*, (2013) realizó una revisión sistemática en la que se enfocó justamente en este aspecto y tras analizar 17 artículos de manera detallada, y asegurándose de que cada uno de ellos hubiese empleado grupos controles y controlando variables intervinientes como la edad, el sexo y el estatus socioeconómico, encontró que, en adultos con antecedentes de maltrato infantil, las funciones cognitivas que más afectadas se vieron fueron: la memoria episódica verbal, la atención, la función ejecutiva, la memoria visual, el lenguaje y la memoria de trabajo. Por su parte, en niños con recientes historias de maltrato, encontró que en general los estudios identifican como funciones cognitivas alteradas a la resolución de problemas, la denominación de palabras, la planeación, la memoria de trabajo, el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva, la memoria, la función viso-espacial y el lenguaje. Nótese cómo, a diferencia de los adultos, en los niños las funciones que más se ven afectadas, son aquellas relacionadas con las funciones ejecutivas, lo que conlleva a que posteriormente presenten dificultades con el rendimiento académico, y por supuesto, con las relaciones interpersonales.

En otra revisión, Perkins & Graham-Bermann (2012), encontraron que muchos estudios relacionan el maltrato infantil con alteraciones en el desarrollo del lenguaje, la lectura, la autorregulación y las funciones ejecutivas. De acuerdo a los autores, las alteraciones en el desarrollo del lenguaje pueden darse por la influencia de uso de un lenguaje negativo o desestructurado por parte de los transgresores del niño, lo que hace que no se generen las estructuras lingüísticas adecuadas para el correcto uso del lenguaje, esto no solo conlleva a que el niño presente dificultades en la comunicación sino también a problemas en las habilidades lecto-escritoras, haciendo que presenten un bajo rendimiento académico. Conociendo la relevancia del lenguaje para el desarrollo de la autorregulación (Stansbury & Zimmermann, 1999), el retraso en el desarrollo del lenguaje provoca que

también se presenten dificultades en la autorregulación (Perkins & Graham-Bermann, 2012), generando que el niño presente dificultades a nivel relacional tanto con pares como con adultos. Para comprender mejor lo anterior, es importante tener en cuenta que tanto el desarrollo del lenguaje como el de la autorregulación tienen una relación de interdependencia, por lo que alteraciones en cualquiera de los dos aspectos conlleva a un círculo vicioso que implicaría alteraciones en la función ejecutiva, especialmente en lo relacionado con la memoria de trabajo, el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva (Perkins & Graham-Bermann, 2012).

Tanto Quarti, *et al.*, (2013) como Perkins y Graham-Bermann (2012), coinciden en afirmar que para que los futuros estudios sobre el impacto del maltrato infantil en el desarrollo cognitivo, arrojen resultados más esclarecedores, requieren emplear muestras más grandes, usar diseños longitudinales, emplear diseños multicéntricos, enfocarse con mayor detalle en el neurodesarrollo y delimitar los efectos de cada tipo de maltrato.

### IMPACTO DEL MALTRATO INFANTIL EN EL DESARROLLO DEL CEREBRO

De acuerdo a algunos reportes, la exposición a la violencia está asociada a alteraciones en el volumen cerebral, el desarrollo de la sustancia blanca y las áreas relacionadas con el procesamiento de la cognición y la emoción (Andersen, *et al.*, 2008). Específicamente, las evidencias muestran una menor cohesión de la sustancia blanca, lo cual está asociado con la edad en la que se produce el maltrato, pues la plasticidad cerebral a edad temprana hace al cerebro bastante vulnerable (Twardosz & Lutzker, 2010), se ocasionan disfunciones de las regiones del cerebro ricas en dopamina, las cuales afectan el funcionamiento de la autorregulación y el control inhibitorio (Sheu, Polcari, Anderson & Teicher 2010) y ocurren alteraciones en la lateralización del funcionamiento cerebral, las cuales se asocian con alteraciones en el procesamiento general de la información (Miskovic, Schmidt, Georgiades, Boyle & Macmillan, 2010).

De acuerdo a Wilson, Hansen & Li (2011), otras estructuras que también se ven afectadas por la exposición al maltrato infantil son el sistema neuroendocrino, el hipocampo, el córtex prefrontal y el cuerpo calloso. En el sistema neuroendocrino se presentan generalmente desregulaciones en la producción de corticoides.

Respecto a esto, algunos estudios han indicado que en los niños maltratados la producción de cortisol tanto en la mañana como en la tarde está alterada; además, hay una mayor disminución en la cantidad de cortisol que la esperada (Delahanty, Nugent, Christopher & Walsh, 2005; Dozier, *et al.*, 2006). Además, hay hipótesis que dicen que la producción de cortisol puede estar asociada al tipo de maltrato al que haya sido expuesto el niño (Weber & Reynolds, 2004). El hipocampo por su parte ha evidenciado una reducción en su volumen (Bremmer *et al.*, 2003) e incluso hay estudios que reportan diferentes periodos sensibles a la mielinización hipocampal en relación con la edad y el género; así pues la mielinización se reduce en los niños a una edad más temprana que en las niñas. Además, a nivel hipocampal, esta alteración está asociada en los niños cuando son sometidos a negligencia parental y en las niñas cuando son sometidas a abuso sexual (Teicher, *et al.*, 2003). Por otra parte otro estudio demostró que en cuanto al abuso sexual, cuando este se da a edad temprana, tiende a afectar al hipocampo, pero cuando se da a una edad más madura de la primera infancia, tiende a afectar al córtex prefrontal (Teicher, Tamodoo & Andersen, 2006). En relación con el córtex prefrontal este se ve alterado tanto estructural como funcionalmente; de manera estructural se ha observado disminución en el volumen de la materia gris y a nivel funcional alteraciones en el funcionamiento ejecutivo (Reichert, Carrion, Karchemshkiy & Reiss, 2006). Finalmente, también se ha evidenciado reducción del cuerpo caloso, aunque esto depende del género y del tipo de maltrato; así pues, mientras en los niños la negligencia genera dicha alteración, en las niñas lo hace el abuso sexual (Teicher, *et al.*, 2003).

Estas alteraciones que generan el maltrato infantil pueden ser explicadas por la alta plasticidad del cerebro del niño, lo que lo hace altamente vulnerable a altas y permanentes cargas de estrés (Twardosz & Lutzker, 2010); además, el estrés en altas dosis es más tóxico entre más temprano se da en la vida de las personas y genera alteraciones tanto cognitivas como emocionales que son altamente perdurables en el tiempo y que pueden desembocar en problemas comportamentales, sociales e incluso en trastornos mentales (Chen & Baram, 2015). Es entonces el estrés generado por el maltrato el factor que mejor explica las alteraciones neuronales que se dan a nivel cerebral.

Perkins & Graham-Bermann (2012), señalan que una de las principales vías por las que la exposición a la violencia y al maltrato produce cambios en el desarrollo y funcionamiento cerebral es por alteraciones en el sistema neuroendocrino que genera cantidad de hormonas muchas veces tóxicas relacionadas con el estrés que desencadenan tales situaciones. La exposición a la violencia está vinculada con altos niveles corticales basales, mayor aplanamiento del ritmo diurno de cortisol (Cicchetti, Rogosch, Gunnar, & Toth, 2010), y un crecimiento más lento en el cortisol en el transcurso del desarrollo (Trickett, Noll, Susman, Shenk, & Putnam, 2010).

Complementando lo anterior, Wilson, Hansen & Li (2011) explican que la influencia del medioambiente social violento en el funcionamiento cerebral del niño se da por el efecto que tiene la cascada neuroquímica que genera el organismo en respuesta al estrés. En este fenómeno participan principalmente tres estructuras cerebrales: el eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal o eje HPA, el córtex prefrontal y el sistema límbico.

El eje HPA es un sistema fundamental para la respuesta al estrés y su principal función es la de evaluar la amenaza, luego desencadenar la cascada neuroendocrina e iniciar la conducta de respuesta. Entre las principales acciones que genera el eje HPA está, aumentar el cortisol, suprimir al sistema inmunológico, incrementar la estimulación de la glucosa y disminuir la respuesta al miedo para evitar sobre-reacciones de esas respuestas y así preservar la homeostasis. La cascada neuroendocrina generada por el eje HPA comienza con la estimación del hipotálamo el cual secreta el factor secretor de corticotropina (corticotrophin-releasing-factor, CRF) el cual facilita el funcionamiento del cerebro mediante el aumento de la excitación, el estado de alerta, la atención y la disposición para actuar. CRF desde el hipotálamo también sirve para estimular la glándula pituitaria para producir ACTH (hormona adrenocorticotropa). El ACTH en la pituitaria estimula las glándulas suprarrenales para producir cortisol, glucocorticoides y corticosterona. De estos dos glucocorticoides, el cortisol sirve para iniciar la respuesta de comportamiento. Este eje HPA es también responsable de regular la producción de cortisol, el cual también tiene un efecto en el córtex (Wilson, Hansen & Li, 2011; Van-Voorhees & Scarpa, 2004).

La principal función del córtex prefrontal (CPF) es mantener el control atencional, la memoria de trabajo, clasificar los *inputs* de información relevante y regular la respuesta inhibitoria; también activa otras regiones del cerebro para prepararlas en responder a una amenaza, incluyendo el eje HPA, al cual básicamente activa o desactiva. El CPF tiene altas concentraciones de receptores dopamina, y es susceptible a ella; por ello, excesiva dopamina puede causar desregulación mediante el bloqueo de glutamato excitatorio haciendo hiporreactividad PFC, que se traduce en una falta de comunicación inhibitoria a otras regiones del cerebro tales como un fracaso para detener la respuesta de miedo en el eje HPA, insuficiencia para inhibir la amígdala de la asignación de valencia emocional a los estímulos sensoriales, y un fracaso para inhibir el hipocampo (Wilson, Hansen & Li, 2011).

Finalmente, el sistema límbico, el cual está conformado por el tálamo, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo, es considerado el centro del control emocional del cerebro. Respecto a la respuesta al estrés, la principal función de este sistema es recibir *inputs* sensoriales y asignar una valencia emocional al estímulo, y ajustando una respuesta conductual a la amenaza. En este sistema, como ya se mencionó, el hipotálamo genera el CRF, responsable de activar la cascada neuroquímica. La amígdala, por su parte, es la responsable de la activación emocional cuando es sometida al estrés traumático extremo, como ocurre en los casos de maltrato y violencia. En esos momentos, se hace hipersensible y evalúa como amenaza estímulos que en realidad no lo son. De manera paralela el hipocampo que está implicado en la codificación de recuerdos útiles para la asociación de respuestas pre-programadas frente a diferentes estímulos. Dado que el hipocampo tiene una alta cantidad de receptores de glucocorticoides lo hacen altamente sensible al cortisol y por lo tanto susceptible a sus efectos tóxicos cuando se presenta en grandes cantidades, generando como consecuencia su degradación (Wilson, Hansen & Li, 2011).

Como se ha evidenciado hasta aquí, el maltrato infantil genera alteraciones tanto cognitivas como del desarrollo cerebral –que bien explica lo primero—. Una de las funciones que más afectas es la función ejecutiva, tanto por los factores ambientales como por los neurobiológicos, ya que el córtex prefrontal es una de las estructuras más afectas, por lo que es fácil suponer que una habilidad como la

teoría de la mente cuyo principal soporte estructural está a nivel de la neocorteza, especialmente en el córtex prefrontal, pero además en el área ténporoparietal, y que funcionalmente está muy ligada a la función ejecutiva; puede verse alterada en aquellos niños y niñas que han sido expuestos a maltrato infantil y situaciones adversas generadores de estrés. Es esta suposición la que motiva la generación de esta propuesta en la que se estudiará cómo se desarrolla la teoría de la mente en condiciones de extremo estrés producido por el maltrato y la adversidad social.

### RESPECTO A LA TEORÍA DE LA MENTE

La Teoría de la Mente es la habilidad para generar atribuciones de estados mentales y emocionales a otras personas y a sí mismo (Tirapú-Ustárroz, Pérez-Sa-yes, Erekatxo-Bilbao y Pelegrín-Valero, 2007; Wellman, Cross & Watson, 2001; Wellman & Liu, 2004; Perner, Huemer, & Leahy, 2015). Diferentes estudios dicen que la mente se cimienta entre los 4 y los 5 años de edad y alcanza su máximo nivel de desarrollo alrededor de los 7 cuando el niño logra comprender las creencias de los demás y cómo estas son usadas para ejecutar conductas, pues esto complementa a la rudimentaria comprensión de intenciones y deseos (Phillips, Wellman & Spelke, 2002; Pineda, Jiménez & Puentes, 2012; Wellman, *et al.*, 2001). Sin embargo, desde edades muy tempranas, alrededor de los primeros meses de vida, ya se han reportado ciertas evidencias que se pueden interpretar como precursoras de la Teoría de la Mente; se trata básicamente de conductas que prueban no solo el interés por parte del niño en el otro sino el involucramiento de este otro en el contexto del niño (Siegler & Wanger, 2005; Carlson, *et al.*, 2013). De todas maneras, es importante aclarar que para hablar del desarrollo de la teoría de la mente en los niños, es necesario hablar del desarrollo de la cognición social, entendiendo que la teoría de la mente es solo uno de sus componentes. Siegler & Wanger (2005) plantean que el desarrollo de la cognición social empieza primero por la comprensión de sí mismo facilitando la posterior comprensión de los demás.

Desde la perspectiva neurocognitiva, actualmente se sugiere que en la red de trabajo de la teoría de la mente está incluido el córtex prefrontal medial (CPM), el área ténporoparietal (en adelante TPJ), el cíngulo posterior y el precúneo. También se tiene evidencia de la participación del córtex orbitofrontal (COF), especialmente en las tareas de tipo afectivo (Carlson, *et al.*, 2013). Recientemente

se ha generado un creciente interés por el área ténporoparietal, especialmente el derecho; en este sentido, Saxe & Kanwisher (2003) sugieren que esta región es más selectiva que otras regiones en la red de la teoría de la mente, pues demostraron que mientras el córtex prefrontal medial se activaba cuando se generaban pensamientos generales sobre los demás, el TPJ se activaba específicamente con el pensamiento de los estados mentales de los demás (Saxe & Powell, 2006). Por otro lado, Perner, Aichhorn, Kronblicher, Staffen & Ladurner (2006), hallaron una mayor respuesta del TPJ durante las tareas de falsa creencia que en el razonamiento de falsa fotografía, y finalmente, lesiones en el TPJ alteran el razonamiento de la falsa creencia, aun en tareas que demandan poco uso del lenguaje y la función ejecutiva.

En cuanto a la relación de la ToM con otras funciones cognitivas, se ha planteado una estrecha relación entre la teoría de la mente y la función ejecutiva (en adelante PE). En este sentido se asume que la relación entre la ToM y la FE puede depender de un proceso específico de inhibición y capacidad de memoria de trabajo; por ejemplo la retención de información en la memoria a corto plazo es importante para responder cuestionamientos que implican una respuesta pragmática y de inferencia, mientras, simultánea y precisamente se retienen diferentes piezas de información en la memoria. Para esto es importante inhibir información irrelevante y/o abolir respuestas impulsivas de acuerdo a lo más obvio del fenómeno (Papadopoulos, Panayiotou, Spanoudis & Natsopoulos 2005; Carlson, Moses & Breton, 2002; Pennintong & Rogers, 2006; Carlson, Moses & Claxton, 2004).

#### EL MALTRATO INFANTIL Y LA TEORÍA DE LA MENTE

Pensar en la hipótesis de que el desarrollo de la teoría de la mente puede verse afectado por la exposición a situaciones adversas como el maltrato infantil puede alterar el desarrollo, es completamente viable ya que como se ha presentado hasta aquí las funciones ejecutivas se ven involucradas en ambas situaciones, lo mismo que el córtex prefrontal y estructuras secundarias (para el caso de la teoría de la mente) como los son el cuerpo calloso y el sistema límbico. A continuación entonces, se presentarán una serie de estudios en los que se evidencian los principales esfuerzos por comprender cómo impacta el maltrato infantil en el desarrollo de la ToM. La revisión inicialmente se basa en las investigaciones de Luke &

Benerjee (2013) y Benarous, Guillé, Consolí & Cohen (2015), por ser dos trabajos tanto de revisión sistemática como de meta-análisis recientes que además ofrecen una panorámica detallada sobre el estado del conocimiento en este campo.

La revisión hecha por Luke y Benerjee (2013) fue tanto sistemática como un meta-análisis; se evaluaron en total 51 artículos, los cuales fueron seleccionados teniendo en cuenta que hicieran medidas de ToM y reportaran el estado del maltrato y el grado de severidad. La teoría de la mente la interpretaron como un componente de la comprensión social y tuvieron en cuenta tanto las tareas de tipo cognitivo como las de tipo afectivo (Henry, Phillips, Ruffman & Bayle, 2013). En la revisión se hallaron, 34 que emplearon medidas emocionales, 5 tareas de toma de perspectiva, 3 tareas de falsa creencia y 10 tareas de atribución social. Para el meta-análisis se utilizaron solo 19 ya que el resto no reportaba tamaños de efecto de los datos y se tuvo en cuenta como moderadores del meta-análisis el tipo de habilidad medida, la edad media de la muestra, y el tipo de maltrato.

Los resultados del meta-análisis indicaron que en cuanto al tipo de habilidad medida, se halló un tamaño de efecto negativo, lo que indicó que los niños maltratados presentaron un pobre rendimiento en las tareas de teoría de la mente, en cuanto a la edad se encontró que entre menor fuera la edad de la muestra el tamaño del efecto aumentaba de manera negativa, lo que indica una mayor vulnerabilidad en la niñez temprana. De acuerdo al tipo de maltrato se encontró que el tamaño del efecto aumentaba negativamente entre mayor hubiera sido la intensidad y severidad del abuso.

En la revisión se encontró que en algunos estudios los niños tenían dificultad para relacionar una situación específica con una reacción emocional específica, así mismo se encontró que al controlar el coeficiente intelectual y otras variables cognitivas como la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas presentaban un mejor rendimiento en las tareas de teoría de la mente, aunque se mantiene la dificultad para el reconocimiento de emociones y en especial el sesgo hacia la atribución de ira; también se encontraron correlaciones entre el funcionamiento de la amígdala y el córtex prefrontal ventromedial en el etiquetaje de emociones. Finalmente se halló que los niños maltratados tienen una pobre toma de perspectiva y una limitada capacidad para generar atribuciones de falsas creencias.

Los autores concluyeron que definitivamente sí hay una relación entre la ToM y el maltrato infantil; sin embargo hay pocos estudios sobre falsas creencias que son las tareas con las que más se ha medido la ToM (Henry, *et al.*, 2013) Por último concluyeron también que la edad influye, pues entre más temprano se dé el maltrato más posibilidad hay de que se altere la ToM; lo mismo que la exposición al maltrato, pues aquellos estudios que involucraron sujetos que recibieron maltrato de manera directa mostraron peor rendimiento en las tareas de ToM que aquellos que solo lo atestiguaron. Como limitaciones de los estudios señalaron que cada artículo evaluó el maltrato de con definiciones muy diversas, lo que hace que los resultados varíen de un estudio a otro; el poco uso de grupos control; la gran cantidad de estudios transversales, señalando que serían los estudios longitudinales los que mejores y más confiables resultados pueden aportar; los pequeños tamaños muestrales y el poco control de funciones cognitivas y en especial de la función ejecutiva.

Los artículos revisados por Luke & Benerjee (2013) incluyeron muestras conformadas tanto por niños como por adolescentes y adultos; además en su mayoría fueron estudios realizados en Estados Unidos (44 artículos), seguidos de 2 artículos de España, 2 de Canadá, 1 de Australia, 1 de Italia y 1 del Reino Unido. Puede notarse que no hay ningún estudio de Latinoamérica y menos de Colombia.

Por su parte Benarous, *et al.*, (2015) particularmente se concentraron en revisar estudios sobre el impacto del maltrato infantil en el desarrollo de la dimensión cognitiva de la ToM. Es importante anotar aquí que dentro de la conceptualización de la ToM hay autores como Henry, *et al.*, (2013), quienes en su revisión sobre estudios que analizan las diferencias de edad distinguen dos tipos de tareas las de ToM caliente, referidas a todas aquellas que tienen componentes emocionales y afectivos, y las tareas de ToM frías, que son aquellas que solo tienen componentes meramente cognitivos. Luego de la selección preliminar de los trabajos a revisar, analizaron 12 artículos en total teniendo el cuidado de que cada uno de ellos usara por lo menos una medida cognitiva de la teoría de la mente, la identificación de al menos un tipo de maltrato infantil, que los estudios hubiesen sido con niños y empleado grupo control. Con estos criterios de inclusión, los autores se

aseguraron de que los estudios analizados hubiesen arrojado resultados confiables con los que se pueda determinar un estado de conocimiento.

En general, los autores encontraron que en los 12 artículos se podían dilucidar tres tipos de tareas empleadas para evaluar la teoría de la mente, la tarea de falsas creencias, la tarea de toma de perspectiva y las tareas de atribución social. En cuanto a las tareas de falsa creencia, estas fueron usadas en dos artículos y ambos encontraron que los niños maltratados puntuaron más bajo que los controles. Aun cuando edad, estatus socioeconómico y coeficiente intelectual fueron controlados, es importante apuntar que en un estudio se empleó la tarea por medio de un video y en la otra con una historieta impresa y una narración verbal. Las tareas de toma de perspectiva fueron usadas en tres artículos, de los cuales uno exploró la toma de perspectiva visual y también encontraron que los niños maltratados mostraban un menor rendimiento que los controles; en los otros dos estudios los resultados evidenciaron una pobre conceptualización de la toma de perspectiva en las tareas en las que se les solicitaba al sujeto repetir una historia desde diferentes puntos de vista, y finalmente siete fueron los estudios que emplearon las tareas de atribución social que en general se evaluaron usando viñetas adaptadas del trabajo de Crick & Dodge (1994) en las que se presentaban historias ambiguas sobre un mismo personaje. De los siete trabajos, tres mostraron que los niños maltratados tendían a generar más atribuciones de tipo hostil, los cuatro estudios restantes hallaron tanto sesgos atribucionales hacia la hostilidad como sesgos no hostiles. Resaltan el estudio de Price & Glad (2003) en niños entre 4 y 6 años cuyo sesgo se presentaba en los niños pero no en las niñas, y explican que esto pudo haber sido porque las niñas del estudio presentaron menores índices de maltrato.

Benarous, *et al.*, (2015) señalaron algunas limitaciones importantes en los estudios que analizaron y que invitan a interpretar la información con cuidado: Primero, los artículos no definieron el maltrato de la misma manera, ya que mientras algunos usaban el MCS (Maltreatment Classification System), otros solo tomaron como referente los reportes clínicos de los terapeutas. Además, solo cuatro estudios reportaron la frecuencia y la severidad del maltrato, lo cual es importante dado que de esto depende el tipo de alteración que sufra el niño. Segundo, ningún

estudio reportó comorbilidades psicopatológicas y mucho menos si estaban presentes antes o después del maltrato; esto es importante que se tenga en cuenta ya que ciertas patologías como el TDAH o el autismo son factores que hacen proclive al niño a ser maltratado (OMS, 2014) pero además, son psicopatologías que claramente presentan una alta relación con el mal funcionamiento de la ToM. Tercero, 11 de los 12 estudios fueron transversales, los cuales por ser una fotografía de un momento específico, resultan insuficientes para explicar el desarrollo y la relación entre la ToM y el maltrato. Y cuarto, entre los estudios hay una amplia disparidad entre los grupos de control pues algunos emplearon niños con estatus socioeconómicos diferentes y otros no reportaron equivalencias entre los grupo de casos y control en cuanto al CI.

Finalmente es importante señalar que de los 12 artículos del estudio de Benarous, *et al.* (2015) el más reciente se publicó en 2009, lo que implica que desde hace ocho años no se publican estudios relacionando con estas dos variables; además todos los artículos fueron estudios hechos en Estados Unidos, lo que sumado a la revisión de Luke y Banerjee (2013), evidencia que en Latinoamérica y mucho menos en Colombia se han realizado estudios de este tipo.

### CONCLUSIONES

La presente revisión teórica sobre el desarrollo de la ToM en niños expuestos al maltrato infantil buscó ofrecer una visión global sobre el estado del conocimiento sobre estudios que relacionen ambas variables, tanto de manera independiente como conjunta. Luego de hacer un recorrido sobre el estudio de la ToM, de las consecuencias cognitivas y cerebrales del maltrato infantil y de algunos estudios que han analizado cómo el maltrato afecta el desarrollo de la ToM, se puede concluir que tanto las nuevas direcciones para la investigación en ToM así como las nuevas direcciones en el estudio del maltrato infantil apuntan en una misma dirección. Esto quiere decir que se llama la atención sobre estudios de corte longitudinal y que tengan en cuenta a las funciones ejecutivas; del mismo modo, para el caso del maltrato infantil, así como en el caso de los estudios que lo relacionan con la ToM resulta fundamental controlar el CI, la severidad e intensidad del maltrato, la edad, el género y el estatus socioeconómico de la muestra así como la comorbilidad con alguna psicopatología asociada.

Por otro lado todos los estudios aquí reseñados se enfocaron en las alteraciones que genera el maltrato infantil, tanto a nivel neurocognitivo en general como en el funcionamiento de la ToM, pero no se han encontrado estudios que expliquen si estas alteraciones son permanentes en el tiempo, lo cual plantea una nueva pregunta de investigación y una nueva dirección en este sentido. Es notorio que en el estudio del maltrato infantil son poco usadas las tareas de falsa creencia, así como tareas que exploren la comprensión de intenciones y deseos, que de acuerdo a la literatura aquí reseñada, son precursores importantes para el desarrollo de la ToM. Así mismo, se espera que este trabajo sirva de guía teórica y conceptual para el desarrollo de nuevas propuestas de investigación que se enfoquen en el estudio de la ToM teniendo en cuenta la influencia socioambiental.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, S., Tomada, A., Vincow, E., Valente, E., Polcari, A. & Teicher, M. (2008). Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20(3), 292-01.
- Benarous, X., Guillé, J.M., Consolí, A. & Cohen, D. (2015). A systematic review of the evidence for impaired cognitive theory of mind in maltreated children. *Frontiers in Psychiatry*, 6:108. doi: 10.3389/fpsy.2015.00108
- Bremner, J. D., Vythilingham, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlasehan, T., Nazeer, A., et al. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 106, 924-32.
- Butchart, A. y Phinney-Harvey, A. (2009) Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Canadá: Organización Mundial de la Salud.
- Carlson, S. M., Koenig, M. A. & Harms, M. B. (2013). Theory of mind. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(4), 391-02. doi:10.1002/wcs.1232
- Carlson, S., Moses, L. & Breton C. (2002). How specific is the relation between executive function and theory of mind? Contributions of inhibitory control and working memory. *En Infant and Child Development*, 11(2), 73-92.
- Carlson, S., Moses, L. & Claxton, L. (2004). Individual differences in executive functioning and theory of mind: An investigation of inhibitory control and planning ability. *En Journal of Experimental Child Psychology*, 87(4), 299-319.
- Chen, Y. & Baram, T. Z. (2015). Toward understanding how early-life stress reprograms cognitive and emotional brain networks. *Neuropsychopharmacology* doi: 10.1038/npp.2015.181
- Cicchetti, D., Rogosch, F., Gunnar, M., & Toth, S. (2010). The differential impacts of early physical and sexual abuse and internalizing problems on daytime cortisol rhythm in school-aged children. *Child Development*, 81(1), 252-69.
- Crick NR, & Dodge KA. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychology Bulletin*, 115, 74-101. doi:10.1037/0033-2909.115.1.74
- Delahanty, D. L., Nugent, N. R., Christopher, C. H. & Walsh, M. (2005). Initial urinary epinephrine and cortisol levels predict acute PTSD symptoms in child trauma victims. *Journal of Psychoneuroendocrinology*, 30, 121-28.
- Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., McGurrin, P., Williams, M. & Chambers, R. (2015). Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups. *Journal of Affective Disorders*, 172, 195-203. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.008
- Dozier, M., Manni, M., Gordon, M. K., Peloso, E., Gunnar, M. R., Stovall-McClough, K. C., et al. (2006). Foster children's diurnal production of cortisol: an exploratory study. *Child Maltreatment*, 11, 189-97.
- Ewing, D., Zeigler-Hill, V. & Vonk, J. (2016). Spitefulness and deficits in the social-perceptual and social-cognitive components of Theory of Mind. *Personality and Individual Differences*, 91, 7-13. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.050
- Henry, J., Phillips, L., Ruffman, T. & Baile, P. (2013). A Meta-Analytic Review of Age Differences in Theory of Mind. *Psychology and Aging*, 28(3), 826-39. doi: 10.1037/a0030677
- Hutchins, T. L., Prelock, P. A., Morris, H., Benner, J., Lavigne, T. & Hoza, B. (2016). Explicit vs applied theory of mind competence: A comparison of typically developing males, males with ASD, and males with ADHD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 21, 94-108. doi:10.1016/j.rasd.2015.10.004
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A. & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 47-55. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.006
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2014). El maltrato infantil. Recuperado de [http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Prensa1/ColombiaSinMaltatoInfantil\\_180313.pdf](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Prensa1/ColombiaSinMaltatoInfantil_180313.pdf)
- Krug EG. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Lieberman, M. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A review of core processes. *Annu. Rev. Psychol.* 58, 259-89.
- Lieberman, M. (2012). A geographical history of social cognitive neuroscience. *NeuroImage*, 61, 432-36. doi: 10.1016/j.neuroimage.2011.12.089

- Luke, N. & Benerjee, R. (2013). Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review, 33*, 1-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2012.10.001>
- Lynn, K., Buchheister, K. & McGrath, K. (2016). Evaluations of intergroup resource allocations: The role of theory of mind. *Journal of Experimental Child Psychology, 142*, 203-211. doi: 10.1016/j.jecp.2015.10.002
- Miskovic, V., Schmidt, L., Georgiades, K., Boyle, M. & MacMillan, H. (2010). Adolescent females exposed to child maltreatment exhibit atypical EEG coherence and psychiatric impairment: Linking early adversity, the brain, and psychopathology. *Development and Psychopathology, 22*(02), 419-32.
- Ochsner, K. & Lieberman, M. (2001). The emergence of social cognitive neuroscience. *American Psychologist, 56*(9), 717-34. doi: 10.1037//0003-066x.56.9.717
- Organización Mundial de la Salud (2014). El maltrato infantil. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Papadopoulos, T., Panayiotou, G., Spanoudis, G. & Natsopoulos, D. (2005). Evidence of Poor Planning in Children with Attention Deficits. En *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(5), 611-23.
- Pennintong, B. & Rogers, S. (2006). Executive Function Deficits in High-Functioning Autistic Individuals: Relationship to Theory of Mind. En *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32*(7), 1081-1105.
- Perkins, S. & Graham-Bermann, S. (2012). Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition, and learning. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 89-98. doi: 10.1016/j.avb.2011.10.001
- Perner J., Aichhorn M., Kronblicher M., Staffen W. & Ladurner G. (2006). Thinking of mental and other representations: the roles of right and left temporo-parietal junction. *Society for Neuroscience, 1*, 245-58.
- Perner, J., Huemer, M. & Leahy, B. (2015). Mental files and belief: A cognitive theory of how children represent belief and its intensionality. *Cognition, 145*, 77-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cognition.2015.08.006>
- Phillips, A.T., Wellman, H.M. & Spelke, E.S. (2002). Infant's ability to connect gaze and emotional expression and intentional action. *Cognition, 85*, 53-78.
- Pineda, W., Jiménez, G. y Puentes, P. (2012). Retrospectiva y prospectiva de la teoría de la mente; avances de investigación en neurociencias. En *Psicogente, 15*(27), 178-97.
- Pinheiro, P. (2006). Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas.
- Potthast, N., Neuner, F., & Catani, C. (2015). When abuse primes addiction - automatic activation of alcohol concepts by child maltreatment related cues in emotionally abused alcoholics. *Addictive Behaviors, 48*, 62-70. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.05.004
- Price JM. & Glad K. (2003). Hostile attributional tendencies in maltreated children. *Journal Abnormal Child Psychology 31*(3), 329-43. doi: 10.1023/A:1023237731683
- Quarti, T., Barbosa, J., Grassi-Olivera, R., Paz, R., De Carvalho, J. & Haag, K. (2013). Child maltreatment and later cognitive functioning: a systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(2), 376-87.
- Reichert, K. A., Carrion, V. G., Karchemshkiy, A. & Reiss, A. L. (2006). Regional differences of the prefrontal cortex in pediatric PTSD: An MRI study. *Depression and Anxiety, 23*, 17-25.
- Saxe R. & Kanwisher N. (2003). People thinking about people: the role of the temporo-parietal junction in "theory of mind". *Neuroimage, 19*, 1835-1842.
- Saxe R. & Powell LJ. (2006). It's the thought that counts: specific brain regions for one component of theory of mind. *Psychological Science, 17*, 692-99.
- Schalinski, I. & Teicher, M. H. (2015). Type and timing of childhood maltreatment and severity of shutdown dissociation in patients with schizophrenia spectrum disorder. *PLoS ONE, 10*(5). doi: 10.1371/journal.pone.0127151
- Sheu, Y.-S., Polcari, A., Anderson, C. & Teicher, M. (2010). Harsh corporal punishment is associated with increased T2 relaxation time in dopamine-rich regions. *NeuroImage, 52*(3), 412-19. doi: 10.1016/j.neuroimage.2010.06.043
- Siegler, R. & Wanger, M. (2005). *Children's thinking*. 4°ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Sørensen, T. I. A. (2015). Childhood maltreatment and obesity. *Obesity, 23*(8), 1528. doi: 10.1002/oby.21179
- Stansbury, K. & Zimmermann, L. K. (1999). Relations among child language skills, maternal socializations of emotion regulation, and child behavior

- problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 121-42.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Andersen, C.M., Navalta, C. P. & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33-44.
- Teicher, M. H., Tomodoo, A. & Andersen, S. L. (2006). Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: Are results from human and animal studies comparable? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 313-323.
- Tirapú-Ustárroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. y Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la Teoría de la Mente? *Revista de Neurología*, 44(8), 479-89.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., Susman, E. J., Shenk, C. E., & Putnam, F. W. (2010). Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Development and Psychopathology*, 22(01), 165.
- Twardosz, S. & Lutzker, J. (2010). Child maltreatment and the developing brain: a review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 59-68. doi: 10.1016/j.avb.2009.08.003
- Van-Voorhees, E. & Scarpa, A. (2004). The effects of child maltreatment on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Trauma, Violence, & Abuse*, (5)4, 333-52. doi: 10.1177/1524838004269486
- Weber, D. A. & Reynolds, C. R. (2004). Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychology Review*, 14(2), 115-129.
- Wellman, H.M., Cross, D. & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. *Child Development*, 72(3), 655-84.
- Wellman HM. & Liu D. (2004). Scaling of theory-of-mind tasks. *Child Development*, 75, 523-41. doi:10.1111/j1467-86242004.00691.x
- Wilson, K., Hansen, D. & Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 87-97. doi: 10.1016/j.avb.2010.12.007