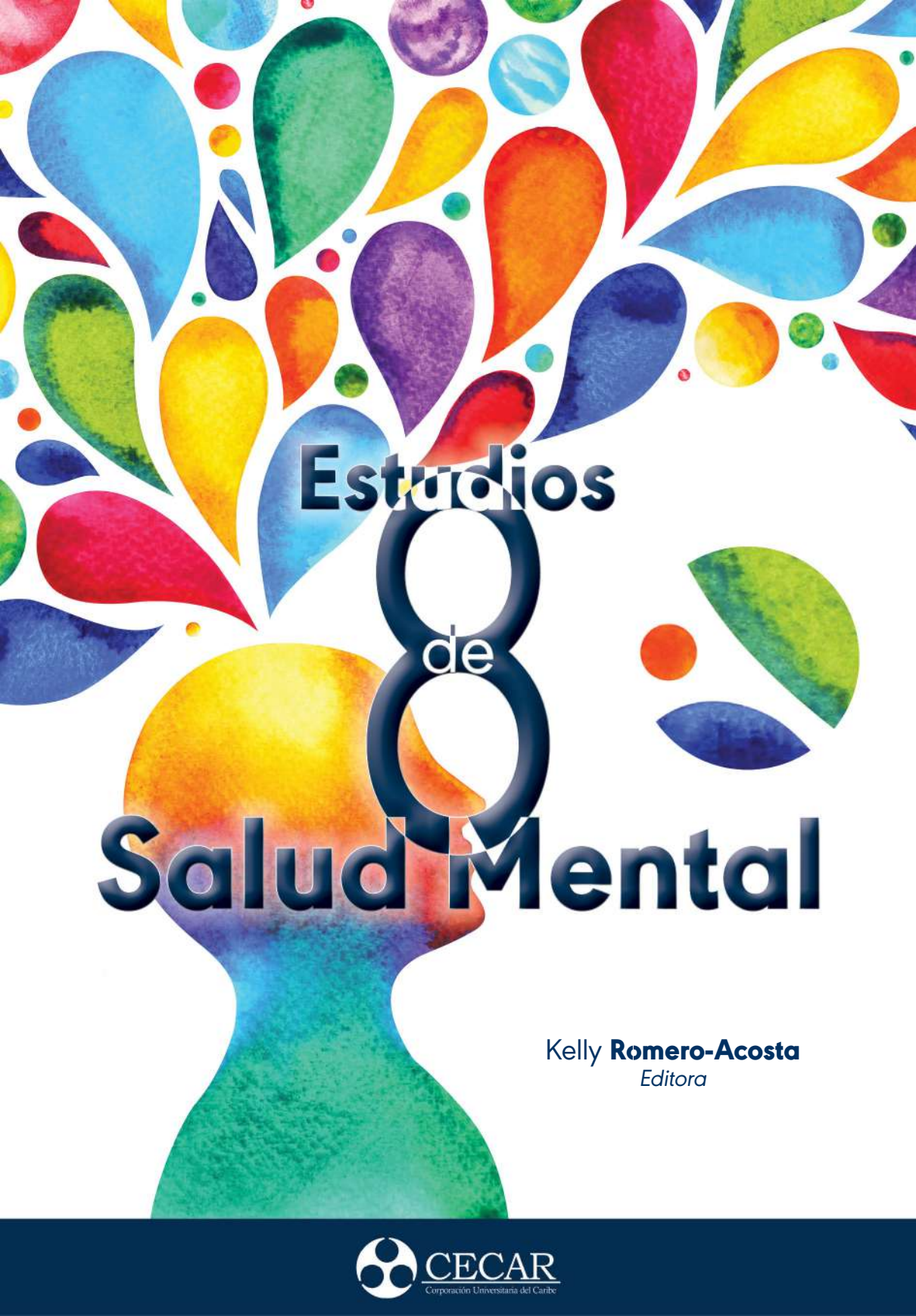




Estudios de Salud Mental

Kelly **Romero-Acosta**
Editora

Ocho Estudios de Salud Mental

Kelly Romero-Acosta
Editora/compiladora



2019

Este libro es producto resultado de investigación, evaluado bajo el sistema doble ciego por pares académicos.

Corporación Universitaria de Caribe – CECAR

Rector

Noel Morales Tuesca

Vicerrector Académico

Alfredo Flórez Gutiérrez

Vicerrector de Ciencia Tecnología e Innovación

Jhon Víctor Vidal

Director de Investigaciones

Luty Gomezcáceres

Coordinador Editorial CECAR

Jorge Luis Barboza

editorial.Cecar@cecar.edu.co

© 2019. Kelly Romero-Acosta, editora/compiladora.

Autores: Viana Ángela Bustos Arcón, Ana Rita Russo de Sánchez, Kelly Romero-Acosta, César Argumedos De La Ossa, Diego Pérez Vásquez, Rossy Jaraba, Ubaldo Ruiz, Jorge Navarro-Obeid, Paula Vanessa Acosta Castilla, Alexandra María Cáez Quesada, Yulieth Patricia Dávila Serpa, Kelly Saucedo, Karina Martínez, Gloria Reyes, Bárbara Sofía Córdova Witeczek, Edgar Andrés Córdova Witeczek, Manuel Guerrero-Martelo, Gonzalo Daniel Galván, Francisco Javier Vásquez-De La Hoz, Darlyn Danessa Anaya Mercado, Viviana Patricia Romero Pérez.

ISBN: 978-958-5547-34-6 (digital)

DOI: 10.21892/978-958-5547-34-6

*Colección***Investigación**

Sincelejo, Sucre, Colombia.

Ocho estudios de la salud mental / Kelly Romero-Acosta, editora/compiladora.
-- Sincelejo : Editorial CECAR, 2019.

196 páginas : gráficas, tablas.

Incluye referencias al final de cada capítulo.

ISBN: 978-958-5547-34-6 (digital)

1. Salud emocional. 2. Autoestima en la adolescencia. 3. Autoestima en niños. 4. Adolescencia-aspectos psicológicos. 5. Psicopatología del adolescente. 6. Psicopatología de la mujer. I. Romero-Acosta, Kelly Compiladora II. Título.

152 O163o 2019

CDD 23 ed.

CEP - Corporación Universitaria del Caribe, CECAR. Biblioteca Central - COSiCUC

Tabla de Contenido

Introducción	5
DESARROLLO PSICOAFECTIVO Y SALUD MENTAL INFANTIL	11
Viana Ángela Bustos Arcón	
Ana Rita Russo de Sánchez	
ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN MAMÁ-BEBÉ PREMATURO A TRAVÉS DE LA ESCALA BRAZELTON Y ALGUNAS IMPLICACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LAS MADRES	39
Kelly Romero-Acosta	
César Argumedos De La Ossa	
Diego Pérez Vásquez	
MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN EMOCIONAL Y LA PERCEPCIÓN EMOCIONAL EN NIÑOS CON TDAH Y TOD	73
Rossy Jaraba	
Ubaldo Ruiz	
Jorge Navarro-Obeid	
PRÁCTICAS PARENTALES, SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES, SAN PEDRO – SUCRE	97
Paula Vanessa Acosta Castilla	
Alexandra María Cáez Quesada	
Yulieth Patricia Dávila Serpa	

**CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE
ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO.....115**

Kelly Saucedo

Karina Martínez

Gloria Reyes

**AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS SEXUALMENTE ACTIVOS133**

Bárbara Sofía Córdova Witeczek

Edgar Andrés Córdova Witeczek

**RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS Y LA
SEVERIDAD DEL USO DE DROGAS EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE MONTERÍA.....157**

Manuel Guerrero–Martelo

Gonzalo Daniel Galván

Francisco Javier Vásquez–De La Hoz

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS
DESPLAZADAS DEL CORREGIMIENTO DE EL SALADO,
BOLÍVAR.....175**

Darlyn Danessa Anaya Mercado

Viviana Patricia Romero Pérez

La ley 1616 de 2013 de Colombia define a la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción”, y que permite utilizar los recursos emocionales, cognitivos y mentales de los individuos y de los grupos humanos, para vivir su cotidianidad de la manera más adaptativa posible. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define la salud mental como ese estado de bienestar que permite al individuo ser consciente de sus capacidades y afrontar las tensiones normales, trabajar productivamente y ser capaz de contribuir a su comunidad. La salud mental es mucho más que la ausencia de trastornos mentales, es la capacidad de adaptarse al contexto, de manera que el individuo se sienta bien consigo mismo, a pesar de las circunstancias ambientales, sociales y/o socioeconómicas.

Este libro contiene ocho estudios sobre la salud mental en diferentes etapas del ciclo vital. El primer capítulo estudia la relación entre el desarrollo psicoafectivo y la salud mental infantil, teniendo en cuenta la importancia de cuidar la salud mental desde la infancia, pues es en ese momento donde se cimientan las bases de la salud mental de los individuos en la etapa adulta; ciertamente, los acontecimientos vitales estresantes tempranos pueden ser una pieza clave en el desarrollo de psicopatologías en la adultez. La agresión, el maltrato, el abuso sexual y/o el desplazamiento forzado son algunas de las situaciones a las que se enfrentan los niños y niñas de Colombia. Los autores concluyen que la salud mental infantil debe ser comprendida como un efecto del desarrollo infantil y se debe atender desde una perspectiva psicoafectiva.

El segundo capítulo del libro es una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el estudio de la interacción de la madre y del bebé prematuro, a través de una escala que permite identificar situaciones de riesgo en neonatos y que ofrece la posibilidad al clínico y a sus padres de conocer mejor las

capacidades y competencias del bebé. También se analizan las posibles implicaciones de la salud mental de las madres, en el apego o vínculo madre-bebé. Así, se resalta la necesidad de indagar más sobre la salud mental desde los primeros meses de vida.

Todas las experiencias infantiles y, más aún, aquellas que producen marcado estrés, son cruciales para la protección o el riesgo de psicopatologías en la infancia y la adolescencia. No obstante, algunas de las afectaciones psicopatológicas infanto-juveniles también pueden deberse a problemas en el neurodesarrollo. El capítulo tercero estudia la cognición social en niños y adolescentes con diagnóstico de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD). Una de sus conclusiones es que los niños diagnosticados con TDAH y con TOD tienen problemas en la percepción de las emociones, dificultades para procesar contenidos afectivos y problemas en la detección de conductas inapropiadas en una situación social. En efecto, la cognición social tiene un papel fundamental en el establecimiento de convivencias sanas y pacíficas que contribuyen a una vinculación afectiva más sana.

Otro de los factores protectores para la salud mental infanto-juvenil es el vínculo familiar; el papel de la familia resulta crucial en la conformación del desarrollo psicoafectivo. Los padres pueden ser factores protectores para el desarrollo de psicopatologías y/o problemas emocionales. En el capítulo cuarto los autores estudian las prácticas parentales y su asociación con síntomas ansiosos y rendimiento académico. Ellos encuentran que el bajo rendimiento académico se determina por las prácticas parentales negligentes y la ansiedad estado, por las prácticas parentales autoritarias y democráticas.

Conocer los factores protectores y de riesgo determinantes de la salud mental permite que los gobiernos diseñen programas más eficaces de promoción de la salud y de prevención del trastorno mental. En Colombia, la situación del desplazamiento ha causado un sinnúmero de afectaciones en la salud mental de los ciudadanos en todos los grupos de edad. Muchos niños y adolescentes de Sucre vivieron situaciones estresantes durante el conflicto armado. No se tienen datos precisos sobre las secuelas de la guerra en la salud mental de los ciudadanos que ahora son adolescentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) indica que vivir en épocas de guerras puede ser factor de riesgo para desarrollar trastornos

mentales y conductas suicidas en el mundo (OMS, 2014). El capítulo quinto compara las características psicosociales de adolescentes -víctimas y no víctimas del conflicto armado- con intento de suicidio, durante el año 2017, en el departamento de Sucre. Hubo más adolescentes víctimas del conflicto armado con diagnóstico de depresión, pero más allá de eso, no se encontraron diferencias entre los dos grupos.

El capítulo sexto estudia la relación entre autoestima y ansiedad en universitarios venezolanos del estado Zulia. Los autores encuentran una fuerte relación entre niveles de autoestima y ansiedad en estudiantes sexualmente activos. También, el capítulo séptimo estudia la relación entre síntomas psiquiátricos y la severidad del uso de drogas en estudiantes universitarios de la ciudad de Montería. Los autores encuentran una correlación significativa negativa entre el consumo de anfetaminas y la presencia de ansiedad fóbica en hombres.

El capítulo octavo, trata no solo de las estrategias de afrontamiento en víctimas desplazadas del corregimiento de El Salado, Bolívar, sino también, de las afectaciones psicológicas de las víctimas muchos años después de desplazadas, relacionadas con el hecho victimizante. Los hechos vividos generan en las víctimas aún hoy pesimismo, desesperanza, frustración, impotencia, sentimientos de angustia, de ansiedad y desesperación. Actualmente algunos necesitan de visita al psiquiatra y medicación. Los autores sugieren que las víctimas del desplazamiento forzado El Salado desarrollaron estrategias de afrontamiento cognitivas, afectivas y conductuales. La investigación arroja una nueva estrategia: estrategia de afrontamiento basada en la fe.

Más allá de las secuelas del conflicto armado en la salud mental de los ciudadanos colombianos afectados, en general, los trastornos mentales en Colombia son un problema de salud pública y pueden tener implicaciones a nivel individual, familiar, escolar y social. Los costos del tratamiento, los efectos sociales, la disminución del capital social y de la productividad son algunas de las razones por las que se hace necesario investigarlos en diferentes contextos: lugares de trabajo, colegios y universidades, por ejemplo. El interés por el estudio de la salud mental en estudiantes universitarios crece cada día más, pues en ese contexto se generan sinergias que pueden generar deserción. Además, la literatura científica nos indica

que los estudiantes universitarios están bajo altos niveles de exigencia que pueden generar estrés y afectar su salud mental.

La línea de investigación sobre salud mental se expande en diferentes dimensiones de la vida de los individuos y cobra importancia a nivel nacional para el desarrollo de políticas públicas, y programas de promoción y prevención basados en la evidencia. De hecho, La Ley 1616 de Colombia, en su artículo treinta y nueve le concede un importante papel a la investigación en Salud Mental y faculta a las universidades del país y a Colciencias a diseñar proyectos de investigación y de innovación en salud mental. Esperamos que estos Ocho Estudios de Salud Mental contribuyan al cuerpo del conocimiento sobre la salud mental en los diferentes ciclos de vida.

Kelly Romero-Acosta
Editora/compiladora

Ocho Estudios de Salud Mental

DESARROLLO PSICOAFECTIVO Y SALUD MENTAL INFANTIL¹

Viana Ángela Bustos Arcón²

Ana Rita Russo de sSánchez³

Universidad del Norte

Resumen

El periodo infantil es uno de los más importantes del desarrollo humano, en tanto que, es allí donde se cimentan las bases de la personalidad y la salud mental de los individuos. La Organización Mundial de la Salud (2018) ha señalado la crítica situación de la salud mental en el mundo, adicionalmente, establece que los trastornos mentales se manifiestan a final de la adolescencia (antes de los 14 años) y a principios de la edad adulta, lo cual advierte acerca del impacto de las experiencias tempranas y la psicopatología en el adulto. Considerando la importancia de este planteamiento se realizó la investigación con el objetivo de comprender la relación existente entre el desarrollo psicoafectivo y la salud mental infantil. El estudio tiene como método el análisis de contenido (Valbuena, 2013; Piñuel, 2002) desde una perspectiva psicodinámica. Los resultados indican que se requiere que la salud mental sea comprendida como efecto del desarrollo infantil (Bustos y Russo, 2018) y su atención ha de centrarse en una perspectiva psicoafectiva del desarrollo.

Palabras clave: trastornos mentales, desarrollo infantil, salud mental, infancia, personalidad.

1 Texto derivado de la tesis doctoral: “Evaluación de un programa de intervención psicológica para la recuperación psicoafectiva aplicado a niños y niñas de 6 a 12 años con interferencias en el desarrollo”, Universidad del Norte.

2 Becaria Colciencias-Uninorte-Doctorado en Psicología, Universidad del Norte. Magister en Psicología, Universidad del Norte. Especialista en Psicología Clínica, Universidad del Norte. Representante del Campo de Psicología Clínica, Zona Norte, Colpsic. Miembro Internacional de APA y Miembro Profesional de SIP. Correo: bustosv@uninorte.edu.co.

3 Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación, Universidad de Salamanca (España). Directora de la Maestría en Psicología, Universidad del Norte. Creadora y directora del Programa de Desarrollo Psicoafectivo y Educación Emocional, Universidad del Norte. Correo: arusso@uninorte.edu.co.

Abstract

Childhood is one of the most important periods in human development, as the foundations of the personality and mental health of individuals are laid in the bases founded during those years. The World Health Organization (2018) has pointed out the critical situation of mental health in the world, additionally, it establishes that mental disorders manifest themselves at the end of adolescence (before age 14) and at the beginning of adulthood, which warns about the impact of early experiences and psychopathology in adults. Considering the importance of this approach, research was carried out with the objective of understanding the relationship between psycho-affective development and children's mental health. The study has the method of content analysis (Valbuena, 2013; Piñuel, 2002) from a psychodynamic perspective. The results indicate that mental health is required to be understood as an effect of child development (Bustos and Russo, 2018) and its attention must focus on a psycho-affective perspective of development.

Keywords: child development, mental health, childhood, personality.

Introducción

La época actual se caracteriza por una intensa hipermodernidad; la tecnología, el uso de las redes sociales y el conocimiento están al alcance de todos, las personas se ven cada día más absortas en los contratiempos diarios y en la preocupación de cubrir las necesidades económicas. La falta de empleo, estudios y oportunidades evidencia problemas sociales, políticos y económicos presentes en el mundo. Estas situaciones han afectado las dimensiones del desarrollo humano, y en particular de la infancia, pues han transformado las condiciones que permiten su despliegue.

La infancia es considerada como el momento evolutivo más importante del desarrollo humano, pues es allí donde tienen lugar los procesos más significativos del individuo, de acuerdo con el crecimiento y la personalidad. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2004) la población infantil representa un objetivo primordial en sus investigaciones, proyectos y programas, debido a la naturaleza de sus potencialidades. Es decir, que lo realmente indispensable es el favorecimiento de las más altas garantías para que las potencialidades del desarrollo durante la infancia puedan tener lugar, desde la alimentación hasta lo psicoafectivo.

De este modo, según la citada organización desde que se aprobó la Convención de los derechos del niño se han producido avances notables en el cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas, en relación la salud y la educación, mediante la prestación de bienes y servicios esenciales, y un reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de crear un entorno protector que les defienda contra la explotación, el abuso y la violencia.

No obstante, los niños, niñas y adolescentes siguen siendo víctimas de problemáticas diversas que desfavorecen el curso esperado del desarrollo, limitando el despliegue de sus potencialidades y la de sus familias. Lamentablemente, en muchos casos, son sometidos a situaciones adversas que ponen a prueba sus recursos afectivos, psíquicos, cognitivos y sociales -por el carácter negativo de esos eventos-, por ello, urge atender los efectos de las situaciones adversas durante la infancia, pues, en ella, el niño/a crece y desarrolla sus habilidades emocionales, cognitivas y sociales, se relaciona con el mundo, con la cultura, así lo señalan Romo y Patiño (2014, p. 69): Es vital comprender “la importancia de las experiencias tempranas y su impacto en la psicopatología del adulto”, razón por la que no han sido

pocos los esfuerzos internacionales, y en particular de Colombia, en favor de leyes, decretos y estándares de educación, entre otros para lograr tal cometido.

En este orden de ideas, en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) se precisa favorecer acciones específicas para la atención en materia, “estrategias eficaces de intervención para promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales, tratar y atender a los afectados y hacer posible su recuperación” (p. 19). Es crucial para la disciplina psicológica y desde los distintos enfoques de la psicología clínica se interroguen además de los hechos clínicos, la importancia de desarrollar acciones que permitan atender el desarrollo psicoafectivo cuando este ha sido afectado como resultado de interferencias en el desarrollo como: abuso, abandono, negligencia, desplazamiento.

La OMS (2001) en su concepto de salud reconoce la condición biopsicosocial de los seres humanos, y la relación que dichos factores tienen en beneficio o no de la salud en sí misma. Es decir, que la salud en general es un conjunto de condiciones positivas, individuales y contextuales de los individuos que favorecen el desarrollo de sus potencialidades. Así mismo, la salud mental es entendida como “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (OMS, 2013, p. 42), hace referencia al despliegue de las potencialidades humanas, a la vitalidad individual y a las relaciones sociales. Es importante, reconocer en esta definición, que la salud mental implica también afrontar la adversidad, o sea, las dificultades, ansiedades o conflictos que hacen parte de la vida a lo largo del ciclo vital, y que no constituyen en sí mismo problemas o trastornos emocionales.

En este sentido, se entiende que la salud mental-como “una parte indivisible de la salud general contribuye a las funciones de la sociedad y tienen un efecto sobre la productividad general” (OMS, 2004, p. 23), porque atañe al desarrollo en sí mismo, y a la materialización de las potencialidades y capacidades humanas en una relación directa con la comunidad, la sociedad y la cultura. Por lo tanto, es indispensable para el desarrollo del país en todos sus ámbitos.-

Dada la naturaleza de la salud mental, su atención y seguimiento se complejizan. Son innegables los logros de la ciencia médica y las ciencias humanas, en especial la disciplina psicológica en lo que respecta a la atención en salud y enfermedad (vacunas, medicamentos, tratamientos, psicoterapia, programas de atención en salud, protocolos de atención, pruebas, test psicológicos, etc.), que han permitido a las sociedades disponer de mejores instrumentos y recursos para la atención en materia de salud y enfermedad.

Las cifras generales en materia de salud mental se consideran preocupantes, por ejemplo, la OMS (2018) estima que cerca de 300 millones de personas en el mundo padecen de depresión o trastornos bipolares. Esto evidencia la necesidad de mantener los esfuerzos mancomunados de todos los sectores posibles para seguir acompañando la promoción, prevención e intervención en salud mental.; de este modo, es necesario—atender estas situaciones desde las ciencias de la salud y las ciencias humanas, la investigación científica, la cooperación internacional, participación sectorial, la sociedad civil y la política desarrollando acciones y técnicas destinadas a la promoción y prevención en salud, pero muy especialmente a la detección temprana de las afectaciones mentales en los individuos.

Por lo tanto, si se comprende que “las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico” (OMS, 2004, p. 17), cuyo objetivo es “ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva” (OMS, 2004, p. 17). No obstante, solo será posible favorecer la salud mental al advertir las dimensiones que comprenden a los seres humanos como una totalidad, o sea, sus condiciones biopsicosociales y emocionales particulares, pero a la vez integradas. En este sentido, se considera que la promoción en salud y la prevención en salud mental, se encuentran íntimamente relacionada, puesto que la *promoción* del desarrollo biopsicosocial, de individuos y/o comunidades, incide directamente en la *prevención* de trastornos mentales.

Sería correcto afirmar: “Cuando la promoción de la salud mental tiene el objeto de mejorar la salud mental positiva en la comunidad, también podrá tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de los trastornos mentales” (OMS, 2004, p. 18). Así, “la salud mental positiva actúa como un poderoso factor de protección contra las enfermedades

mentales” (OMS, 2004, p. 18); y en general, cuanto más se favorece el desarrollo humano y las potencialidades humanas más se promueve la salud mental y se previenen trastornos mentales en las personas, al igual que en las comunidades.

Es fundamental comprender que la salud y la salud mental es el resultado de las relaciones posibles entre todos los factores que participan en el desarrollo humano, lo biológico, lo psicológico, lo psíquico y lo social. El desarrollo humano es “un proceso de co-construcción entre los factores constitucionales y adquiridos en el devenir evolutivo del individuo. Dichos factores van sucediendo en un continuo relacional en compañía de padres, sustitutos, pares, maestros, escuela y comunidad” (Bustos y Russo, 2018, p. 2). Por ello, es mucho más urgente comprender que “la perfección tiene que ver con las máquinas, y las imperfecciones que son características de la adaptación humana a la necesidad constituyen una cualidad esencial del ambiente que facilita” (Winnicott, 1968, p. 216), es decir, que la salud no es un esquema, esto implica que no es universal, y por ende es singular.

La salud es en esencia una particularidad, pues teniendo en cuenta las condiciones del desarrollo emocional de los individuos y la subjetividad que trasciende a cada ser humano, el resultado de lo que se denomina *salud mental* dependerá del contexto de cada individuo y sus peculiaridades históricas, que supone pensar que las acciones de los Estados deben estar dirigidas a la intervención psicológica de las personas y comunidades, especialmente en materia de atención, cuidado y recuperación de niños, niñas y adolescentes, desde una perspectiva evolutiva, histórica y clínica.

La intervención temprana en salud se refiere a un modelo de salud que supera las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfatizando la necesidad de dar solución a situaciones complejas de la salud en los individuos y su comunidad. La OMS (2013) promueve el diseño y aplicación de estrategias que “mediante la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta, sobre todo en la infancia y la adolescencia” (p. 18) respondan a la solución de problemáticas relacionadas con la salud mental; pues es de recordar, el lugar privilegiado que ocupa la infancia en el panorama mundial. Lo anterior, alerta sobre la necesidad de los niños, niñas y adolescentes de hacer frente a las complejidades culturales, sociales, económicas y políticas que afrontan, la vulnerabilidad en la que se encuentran (tanto la infancia

como la adolescencia), por lo que es una urgencia favorecer el desarrollo de las potencialidades y salud mental en todos los escenarios posibles, en condiciones positivas y en la adversidad.

Salud mental y su detección temprana en la infancia

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2004) establece que la infancia se define en función a la calidad en que transcurre su vida, precisa con ello que la prioridad es la constitución de las potencialidades humanas; tal condición de *calidad*, se ve comprometida, en razón de la vulnerabilidad que aún se encuentra en la infancia, desde las dificultades en el acceso al agua potable, la educación, los servicios de salud, hasta los obstáculos para el curso esperado del desarrollo psicoafectivo.

Son reconocidos los logros alcanzados por las naciones en el mundo en materia de protección de los derechos en la infancia, empero, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2012) expresa su preocupación por la población infantil, debido a las adversas circunstancias que los niños y niñas enfrenta alrededor del mundo, particularmente los referidos al acceso a servicios de salud, agua potable, educación y al trabajo al que son sometidos, advirtiendo que: “Ofrecer a todos los niños y niñas el mejor comienzo en la vida” (Unicef, 2014, p. 1) debe ser la prioridad. Lo anterior, convoca a considerar la urgencia de acciones centradas en la promoción, prevención e intervención en la infancia para asegurar el adecuado despliegue de las potencialidades humanas tempranamente.

Resulta oportuno destacar que las acciones ya no solo deben dirigirse a la promoción en salud y prevención de la enfermedad, sino a un estatuto superior, es decir, la detección temprana y la intervención específica. La OMS (2013) promueve el “diseño y el establecimiento de sistemas de salud mental y apoyo psicosocial que faciliten la resiliencia de la comunidad y ayuden a la población a afrontar las emergencias humanitarias” (p. 41), en particular de la infancia, atendiendo las necesidades en beneficio de la recuperación psicoafectiva en situaciones de vulnerabilidad o adversidad, comprendiendo acciones centradas en la detección temprana e intervención específica.

En el caso específico de la *recuperación psicoafectiva* en la infancia, la Convención de Derechos del Niño (1989) estableció que es indispensable “promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados” (Unicef, 1989, artículo 39, p. 36). Se requieren acciones de detección temprana e intervención específica cuando las potencialidades de los niños y niñas se encuentren comprometidas en situaciones de interferencias en el desarrollo. Apremia contar con programas de intervención para la recuperación psicoafectiva dirigidos a la población infantil que permitan favorecer el curso normal del desarrollo de sus potencialidades, maduración, adaptación, y desarrollo emocional.

Para ello, es indispensable comprender que “las pautas básicas se establecen durante el proceso de maduración emocional, y los factores más influyentes son los que actúan al comienzo” (Winnicott, 1970a, p. 48-49). O sea, que lo primordial es el cuidado de la infancia, atender sus necesidades vitales y conflictos propios de los momentos evolutivos en el curso esperado del desarrollo y en casos de interferencias en el desarrollo. Teniendo en cuenta, además, que la infancia supone un momento cumbre del desarrollo de todo ser humano, acuciante por sus condiciones y experiencias directas de crecimiento y adaptación.

Más abiertamente es preciso comprender que “la salud mental no depende solo de la herencia ni de acontecimientos fortuitos, sino que sus fundamentos se construyen en forma activa en la primera infancia” (Winnicott, 1965, p. 206). Es decir, que cuanto más se cuide de la infancia, y se asistan sus necesidades, mayores posibilidades de salud mental habrá en las generaciones futuras, pues, la infancia requiere de condiciones biopsicosociales adecuadas para el óptimo despliegue de sus potencialidades humanas. Asimismo, la integración de todo niño a un entorno familiar que aporte a su crecimiento psicoafectivo. Es importante destacar que toda familia implica urgencias y conflictos emocionales que deben ser atendidos con base en las atribuciones subjetivas que el niño va construyendo.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2015) advierte que “los datos epidemiológicos hasta el 2005 sugerían una prevalencia de trastornos mentales hasta del 20% de los niños y adolescentes; de estos, entre un 4% y un 6% requieren atención en servicios de salud” (p. 206), al tiempo que

“para la población infantil de 7 a 11 años se incluyen: depresión mayor, ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta” (Minsalud, 2015, p. 206), lo que implica que en el caso de la infancia, en particular en el caso de interferencias en el desarrollo, la recuperación y reintegración “se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño” (UNICEF, 1989, artículo 39, p. 36).

En relación a la Encuesta Nacional de Salud Mental (Minsalud, 2015), estudios científicos recientes del Programa Desarrollo Psicoafectivo y Educación Emocional de la Universidad del Norte, a saber: *Resultados de la implementación del Programa de Desarrollo Psicoafectivo y Educación Emocional en la Primera Infancia* (2013-2014), y *Estudio longitudinal para el diseño del programa de intervención para la Recuperación Psicoafectiva* (2014) ponen en evidencia las interferencias en el desarrollo más frecuentes en Colombia, y que corresponden a: agresión-maltrato (35%), abandono-negligencia (27%), desplazamiento forzoso por violencia (23%) y abuso sexual (15%); lo que obliga a la disciplina psicológica a atender las necesidades reales de cuidado y protección del desarrollo emocional en la infancia y el despliegue de las potencialidades humanas.

Infancia, salud psíquica y desarrollo psicoafectivo

Es claro hasta aquí, que la infancia ocupa un lugar importante en el desarrollo de las sociedades. Los esfuerzos de los Estados se centran en atender sus necesidades y en proteger sus derechos, pues también es allí donde habita lo primordial en materia de salud mental. Como bien señala Freud (1979) la infancia es el escenario de la “maduración, adaptación y estructuración” (p. 65), por esto su especial cuidado, pues es el resultado de los procesos *madurativo-constitucionales* (Greenspan, 1992) que determinarán las condiciones de la salud mental. El desarrollo “denota los procesos vinculados temporalmente, los cambios progresivos del funcionamiento adaptativo” (Tamez, Ortega, Roa, Russo, Galindo, 2006, p. 15); es decir, el desarrollo es de carácter progresivo e inagotable. Winnicott (1967) señala una característica de la salud, y es que: “(...) nunca deja de desarrollarse”, por tanto, si el desarrollo es progresivo e inagotable, la salud lo es de igual manera.

Pues bien, es necesario considerar la salud en términos psíquicos. En este sentido, “el crecimiento no es una simple tendencia heredada, sino, además, un entrelazamiento de suma complejidad con el ambiente facilitador” (Winnicott, 1968, p. 223), lo que da lugar durante la infancia a transformaciones psíquicas vitales a partir de los conflictos específicos de acuerdo con los momentos del desarrollo (Phillips, 1998; Rangel, 2009; Guillerault, 2009; Serguéyevna, 2015). De acuerdo con Stolorow y Atwood (así como es citado por Ávila, 2009, p. 4) se refiere a la salud psíquica como “la habilidad que tiene la persona saludable para lograr un balance óptimo entre el mantenimiento de su organización psicológica, por un lado, y su apertura por otro a nuevas formas de experiencia”. Este balance se tiene lugar durante la infancia cuando el niño/a desarrolla recursos psicológicos, relacionales y de adaptación.

Siendo que “Freud, Klein, Bowlby, Jung, Erikson, Piaget y Vygotsky, (...) han dejado una indeleble huella en el entendimiento actual de como el humano vive y experimenta la salud mental y cómo la pierde” (Romo y Patiño, 2014, p. 68). El estudio de la salud mental y del desarrollo “(...) debe ir más allá del conteo de frecuencias y de la descripción detallada de síndromes y trastornos en las etapas discretas de la vida.” (Romo, Patiño, 2014, p. 68), se debe profundizar en las complejidades de lo psicoafectivo; en la salud emocional y los aspectos biopsicosociales como un todo, como una unidad y la comprensión de la salud mental como una condición particular (Duro, 2012).

De lo expuesto, se puede inferir que el desarrollo psicoafectivo es el resultado de las complejidades de lo biopsicosocial, frente a lo que es vital “conocer las tensiones que son inherentes a la vida y los medios que se emplean para hacerles frente” (Winnicott, 1961, p. 20). El desarrollo psicoafectivo es un modelo integral, conjuga las condiciones biopsicosociales, dando un especial valor a lo psíquico, y a los conflictos vitales del crecimiento. “Las fuerzas de la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia, son extremadamente poderosas y, si las condiciones son buenas, el niño progresa (...) Nuestra concepción del desarrollo es dinámica” (Winnicott, 1970b, p. 20). Se trata de otorgar valor al modo como cada niño crece y despliega sus propias capacidades.

La integración es la característica principal del desarrollo psicoafectivo, y por ende, de la salud mental, y la base de esta, a su vez, “La base de la

salud mental es una personalidad bien integrada” (Klein, 1960, p. 272), o bien, “a lo que sucede en las etapas tempranas del desarrollo de la personalidad. (...) es integración, aplicable a casi todas las tareas evolutivas” (Winnicott, 1967, p. 35). El desarrollo psicoafectivo es el resultado de los procesos madurativo-constitucionales y relacionales, o sea “los procesos de la evolución mental y su comprensión de la interacción entre las fuerzas externas e internas que forman la personalidad del individuo” (Freud, 1979, p. 11), referidos a la “red de impulsos, afectos, relaciones objetales, aparatos del yo, con sus funciones y defensas” (Freud, 1979, p. 12), esto permite que los conflictos vitales transcurran de forma esperada, dando lugar a nuevos y más complejos procesos mentales y relaciones con el mundo interno y externo, pues como señala Blos (2011) “cada fase del desarrollo contribuye de manera característica al desenvolvimiento de la personalidad” (p. 35) y conduce a formas más integradas de la vida mental, que resultan en la adaptación y la consolidación de la personalidad. Por lo que el desarrollo psicoafectivo supone más una integralidad de elementos dialécticos y no lineales o simplemente cronológicos.

En consecuencia, el desarrollo psicoafectivo pleno da lugar a las condiciones de la salud mental desde la infancia, pues al conjugar las dimensiones biopsicosociales del niño/a los conflictos vitales se resuelven en asocio con el ambiente facilitador, que impulsan la adaptación y los cimientos de la personalidad. Cuando más favorable son las condiciones biopsicosociales, mejor es el tránsito durante la infancia de las necesidades, demandas y conflictos de cada periodo evolutivo. Mientras que, cuando alguna o varias dimensiones del desarrollo psicoafectivo falla, las complejidades de los procesos madurativo-constitucionales se entorpecen, retrasando el despliegue esperado del desarrollo, y los conflictos vitales, la adaptación y la personalidad se obstaculizan, generando entonces una interferencia en el desarrollo que, de no ser atendida en el momento evolutivo, tendría consecuencias desfavorables en el desarrollo y en la salud mental.

Interferencias en el desarrollo y Recuperación Psicoafectiva

El concepto de recuperación psicoafectiva, si bien no pertenece al constructo teórico de la psicología dinámica, su función está dirigida a superar los embates del trauma. De acuerdo con el Diccionario de

psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996), el trauma se define como “un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (p. 447). O como expresa Winnicott (1967): “Un trauma representa la ruptura de la continuidad de la línea de la existencia del individuo” (p. 28). Por tanto, la complejidad del desarrollo psicoafectivo y el desarrollo emocional en particular permitiría aportar a la atención de fenómenos sociales como el abuso, el maltrato, la negligencia, el abandono, etc., que afectan de forma directa los procesos psicoafectivos en la infancia.

La psicología dinámica comprende las condiciones psíquicas y relacionales de los individuos desde su nacimiento en función del desarrollo emocional y la personalidad. Winnicott (1965) señala que su interés radica “esencialmente el ser humano: el ser humano en tanto es, siente, actúa, se relaciona y medita” (p. 201). Y es precisamente esto lo que nos conduce a advertir “la división misma de la personalidad en ello, yo y superyó se nos presenta como una estructura psíquica en la cual cada parte tiene sus derivaciones, sus alianzas, sus fines y su modo de funcionamiento específicos” (Freud, 1979, p. 15), siendo esto lo que otorga una constitución particular e histórica que ha de ser contemplada en la comprensión de la salud mental.

Bajo estas premisas se hizo fundamental conocer el desarrollo infantil, caracterizando los conflictos vitales en los momentos evolutivos, trabajo que autores como los ya citados, Melanie Klein, Anna Freud, Donald Winnicott, estudiaron con rigurosidad, evidenciando las dimensiones del desarrollo emocional de los niños/as y la importancia de este en la personalidad y adultez. De acuerdo con Freud (1979) era necesario:

Rastrear las combinaciones que conducen desde la completa dependencia emocional del niño hasta la comparativa autosuficiencia, madurez sexual y de relaciones objetales del adulto, una línea graduada de desarrollo que provee la base indispensable para la evaluación de la madurez o inmadurez emocional, la normalidad o anormalidad. (p. 55)

Es decir, conocer las características de los procesos anímicos y emocionales de los niños/as permite establecer las condiciones de la adaptación, madurez y la normalidad, o sus interferencias. El objetivo del

desarrollo psicoafectivo, así como la recuperación psicoafectiva, radica en el “desarrollo emocional del niño y las interferencias con los procesos de maduración provenientes del medio y los conflictos internos” (Winnicott, 1961, p. 270).

Las interferencias en el desarrollo obedecen a situaciones, eventos o condiciones que afectan de forma directa o indirecta el curso esperado del desarrollo, por ejemplo: el abuso, el maltrato, el abandono, la negligencia, el desplazamiento, entre otros. Esto obstaculiza que las líneas del desarrollo, los conflictos vitales, los mecanismos de defensa o las relaciones con el medio puedan transcurrir de acuerdo con las necesidades propias del ciclo vital, y por el contrario, generan dificultades psicoafectivas y emocionales como inhibición, depresión o agresividad, que impiden a corto y a largo plazo una buena salud mental cuando no pueden ser atendidas oportunamente. Es comprensible que “la experiencia indica que los efectos psicológicos son más severos si el trauma es generado por el ser humano, perpetrado por una figura de apego, con crueldad, repetido y en la infancia.” (Marrone, citado por Gómez, 2013, p. 133).

El desarrollo psicoafectivo obedece a la progresión, y con ello es posible pensar que aún en los casos de las interferencias es posible direccionar favorablemente todos los procesos del desarrollo; su condición dinámica, así lo evidencia. Winnicott (1963) afirma que existe “la tendencia a la recuperación” (p. 85), es decir, aunque no es posible evitar las adversidades, si es posible transformar sus efectos negativos. Esto permite sostener que en los casos de niños/as en interferencias en el desarrollo, la recuperación psicoafectiva es un proceso emocional posible y una necesidad científica en las ciencias humanas.

No estamos de acuerdo con que la salud sea simplemente la ausencia de trastornos psiconeuróticos (...) podemos afirmar que salud no es comodidad, los temores, los sentimientos conflictivos, las dudas y las frustraciones con tan característicos en la vida de una persona sana como los rasgos positivos. (Winnicott, 1967, p. 34)

Por otra, parte, la OMS (2013) define recuperación en los términos expresados en el siguiente párrafo, aunque deja muy en claro que no se refiere a la curación, sino más bien a la resiliencia:

La aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, y un sentido positivo de sí mismo. (p. 42)

No es posible negar las consecuencias de la adversidad, y en el caso de la infancia mucho menos, aun así, si es posible minimizar las consecuencias negativas de éstas y favorecer el curso esperado del desarrollo psicoafectivo.

Recuperación no es sinónimo de curación. Aquella está vinculada con situaciones internas de las personas que se consideran en recuperación —esperanza, mejoría, autonomía y vinculación— y situaciones externas que la facilitan: el respeto de los derechos humanos, la existencia de una cultura que propicia la mejoría y los servicios de apoyo a la recuperación. (OMS, 2013, p. 42)

La recuperación psicoafectiva al corresponderse con la adversidad en un momento determinado del ciclo vital debe también acogerse a los conflictos, necesidades y potencialidades de los procesos madurativo-constitucionales interrumpidos. Por lo que, “si examinamos en detalle nuestras nociones con respecto a la normalidad descubriremos que esperamos una estrecha correspondencia entre las distintas líneas de desarrollo” (Freud, 1979, p. 71), las interferencias deberán ser atendidas bajo las condiciones mencionadas anteriormente en el desarrollo psicoafectivo (...), de igual modo, los procesos defensivos, que “son aquellos medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social” (Cárcamo, 1993, p. 9).

Ningún niño está exento de conflictos y obstáculos que debe afrontar a lo largo de su desarrollo, pero es posible, que con su maduración y desarrollo, frente a ellos logre afianzar mecanismos psíquicos, que le permitan asumir y tramitar su historia.

En casos de interferencias en el desarrollo, en particular en la recuperación psicoafectiva, se centrarán en la integración de los ámbitos que

componen a los seres humanos, es decir lo psicoafectivo, la resignificación y la resiliencia, como bien refiere Winnicott (1970a):

Un tema muy amplio es el de la provisión de oportunidades a los niños para que vivan, tanto en el hogar como en la escuela, y es un axioma que los niños que arriban con facilidad al sentimiento de que existen son los más fáciles de manejar. Son los menos vulnerables frente al embate del principio de realidad. (pp. 63-64)

La recuperación psicoafectiva es indispensable para el favorecimiento del desarrollo en la infancia, bajo un modelo de favorecimiento de la elaboración psíquica, las relaciones con el medio y la personalidad. Es claro que “el conflicto psíquico que impide al sujeto integrar en su personalidad consciente la experiencia que le ha sobrevenido” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 448). Por lo que un programa de recuperación psicoafectiva permitiría hacer frente a los efectos negativos de las interferencias en el desarrollo.

La atención de las interferencias en el desarrollo se centra en el yo, pues es el yo quien afronta la adversidad y dado que se encuentra “en su proceso de formación; no está del todo desarrollado y es, por tanto, débil” (Freud, 1993, p. 156). El yo, sufre las consecuencias de las interferencias en el desarrollo debido a su inmadurez, lógico, pero es en particular, porque el impacto de las interferencias supera las capacidades madurativo-constitucionales del yo durante la infancia, se requiere entonces, de acciones dirigidas a favorecer mecanismos más elaborados de acuerdo con el momento evolutivo y el yo, o quedaría en riesgo la integración necesaria para la buena salud mental.

Metodología

Siendo que el objetivo es comprender la relación existente entre el desarrollo psicoafectivo y la salud mental durante la infancia a la luz de la teoría *psicodinámica*, se establecen el diseño y procedimiento, entre otras aspectos de la investigación, como a continuación se desarrollan.

Diseño: El diseño corresponde a la investigación documental, este es un estudio metódico, sistemático y organizado (Uribe, 2013) de

documentos, textos, artículos y demás escritos sobre un tema (Packer, 2013; Strauss & Corbin, 2012; Bernal, 2010), dicho método es “una abstracción científica (...) una labor interpretativa (...) según su naturaleza analítica” (Uribe, 2013, p. 198), quiere decir esto: “Un proceso no matemático de interpretación, realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos (...) luego organizarlos en un esquema explicativo teórico” (Strauss & Corbin, 2012, p. 12). En efecto, la revisión documental sostenida aquí, comprende explicaciones teóricas acerca de la relación entre el desarrollo psicoafectivo y la salud mental durante la infancia desde una perspectiva psicodinámica.

Procedimiento: El procedimiento y análisis de los datos obedece a la investigación cualitativa, a la luz de la investigación *documental atendiendo a* “escritos (artículos, informes, planificadores, etc.), entrevista, observaciones, entre otros” (Valbuena, 2013, p. 214). Los documentos son jerarquizados de acuerdo con las categorías de: *desarrollo psicoafectivo y salud mental*. El procedimiento para la selección de textos comprende: (a) Definición del objetivo: *comprender la relación existente entre el desarrollo psicoafectivo y la salud mental durante la infancia a la luz de la teoría psicodinámica*; (b) Selección y jerarquización de textos, documentos, libros, artículos, publicaciones científicas, boletines, etc., en virtud de las categorías de desarrollo psicoafectivo y salud mental; y (c) Relaciones teórico-comprensivas entre desarrollo psicoafectivo temprano y problemáticas de salud mental.

Instrumentos y participantes: Los instrumentos aquí expresados obedecen a las fuentes de consulta, seleccionadas a partir de la teoría psicodinámica, por lo que comprenden una delimitación conceptual referida a: desarrollo psicoafectivo y salud mental. Los textos son de carácter bibliográfico, corresponde a un “análisis de la información escrita sobre un determinado tema, con el propósito de establecer relaciones, diferencias, etapas, posturas (...) del conocimiento respecto al tema objeto de estudio” (Bernal, 2010, p. 111). Los textos escogidos son de carácter comprensivo e interpretativo, sobre el desarrollo psicoafectivo y la salud mental en la teoría psicodinámica.

Siendo este estudio, una investigación documental, no incluye participación de sujetos, el desarrollo del estudio y sus resultados son de carácter conceptual. Podría ser que en el futuro, los alcances conceptuales

impliquen la participación de sujetos, bajo otras modalidades científicas, metodologías y/o diseños diversos.

Análisis de la información: El análisis de los datos implica “procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior” (Piñuel, 2002, p. 2), se obtienen los resultados en forma de exégesis a la luz de la teoría psicodinámica.

Discusión

La salud mental es un problema actual que implica nuevos retos científicos y aplicados que permitan reducir las consecuencias de los avatares de la vida en una salud mental positiva.

Se estima que la carga debida a los trastornos mentales se incrementará en las próximas décadas. En el 2020 es posible que los trastornos mentales conformen el 15% de los años de vida perdidos y ajustados por discapacidad. Se espera que la depresión se convierta en la segunda causa más importante de discapacidad en el mundo (Murray & López, 1996). Los países en vías de desarrollo con un sistema de salud mental poco desarrollado probablemente verán incrementada de forma sustancial la carga atribuida a los trastornos mentales. (...) Se espera que la esperanza de vida de personas con trastornos mentales pueda incrementarse, y que se mejore también la esperanza de vida de un número creciente de personas mayores que sufren depresión y demencia. (OMS, 2003, p. 12)

A esta dura tarea, De la Fuente (2014) explica los retos de la salud mental a nivel global, cuya perspectiva permite centrarse en fortalecer medios y recurso humano y disminuir factores de riesgo:

Tabla 1
Retos de la salud mental

1	Identificar las causas, factores de riesgo y factores protectores. Identificar factores biológicos y sociales modificables ¿Cuál es el impacto de la pobreza, la violencia, la guerra, la migración?
2	Avanzar en la prevención e instrumentar intervenciones tempranas. Reducir el tiempo de enfermos no detectados, no tratados. Desarrollar intervenciones de prevención primaria Proteger a la niñez, eliminar el abuso a menores.
3	Ampliar el acceso a los tratamientos disponibles y fortalecerlos Detección oportuna en la atención primaria Reducir el costo de medicamentos Servicios de rehabilitación en el seno comunitario
4	Tener claridad sobre el peso de las enfermedades mentales Eliminar el estigma, la discriminación y la exclusión de los enfermos. Desarrollar instrumentos y modelos transculturalmente válidos.
5	Contar con recursos humanos capacitados Crear centros que integren la enseñanza con la investigación y la atención Incorporar a la salud mental en el entrenamiento del personal de salud
6	Transformar los sistemas y las políticas de salud Incluir a la salud mental en los programas para el desarrollo Integrar las enfermedades mentales que correspondan al rubro de las enfermedades crónicas para compartir inversión en investigación e infraestructura.

Fuente: *Grand Challenges in Global Mental Health. Nature*, citado por De La Fuente (2014, p. 8).

Lo anterior comprende las directrices internacionales sobre las cuales deben dirigirse los esfuerzos de atención en materia de salud mental y desarrollo. En este sentido, la prioridad se centra en la infancia y en todo aquello que pueda afectar su curso y el desarrollo de sus potencialidades. Si se piensa en la recuperación psicoafectiva propiamente dicha, puede ubicarse en el objetivo 2 y 3, centrados en *Avanzar en la prevención e instrumentar intervenciones tempranas* y *Ampliar el acceso a los tratamientos disponibles y fortalecerlos* (De La Fuente, 2014).

El bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo

que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. (Oblitas, 2004, p. 3)

Los esfuerzos deben centrarse en la actualidad a recuperar la vitalidad humana en general, y en la infancia a propiciar la resiliencia frente a la adversidad en casos de interferencias en el desarrollo, comprendiendo que “La resiliencia, es la forma como estos individuos reaccionan a esta pérdida y se ajustan a la situación, lo cual determina el impacto final sobre el bienestar” (DPN, 2007, p. 7).

Las investigaciones en psicología evolutiva y los grandes teóricos del desarrollo concuerdan en que las experiencias tempranas son fundamentales en la constitución de la mente, pues esta se construye en relación con un otro, quien puede fortalecerla a través de un lazo satisfactorio o, por el contrario, destruirla. (Freud; Fonagy; Vigotsky; Bowlby; Stern; Winnicott; citados por Fossa, 2013, p. 151)

Si se considera estructuralmente frágil a la infancia (Cohen, 2015), entonces, es allí a donde se deben dirigir los esfuerzos para el adecuado desarrollo de su personalidad, la vivencia sin tensiones de las ansiedades esperadas de acuerdo con las condiciones evolutivas, al fomentar un yo libre de conflicto, capaz de sobreponerse a la adversidad y lidiar con los avatares normales de la vida. Winnicott (1951) a propósito de la salud mental advierte luego de la segunda sesión del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS advierte la importancia de que:

Se ocupe principalmente del manejo de la infancia y la niñez, dando por sentado algo que los médicos quizá no habrían aceptado cincuenta años atrás: las bases de la salud mental del adulto se echan en su infancia y niñez y, por supuesto, en su adolescencia. (p. 197)

Mientras Bowlby (1951) en esa misma época, y siendo asesor de salud mental de la OMS, señala que la relación madre-hijo es de extremo cuidado y que requiere de una atención especial. Y advierte muy tempranamente, que las alteraciones de esta relación pueden producir graves complicaciones emocionales. Su descripción, aunque destinada al vínculo madre-hijo, es perfecta para atender de forma precisa las interferencias en el desarrollo.

Esas criaturas no son pizarrones de los que se puede borrar el pasado con un plumero o una esponja, sino seres humanos que llevan consigo sus experiencias previas y cuya conducta actual se ve profundamente afectada por los sucesos pretéritos. (Bowlby, citado por Winnicott, 1951, p. 198)

Desde la psicología dinámica, se entiende la salud como especialmente emocional, por tanto, cuando más favorable es el curso esperado del desarrollo, en sus dimensiones integradas, se gozará en los momentos evolutivos de mayor salud. Por lo que, a esta ardua tarea, la psicología dinámica propone un modelo de recuperación psicoafectiva basado en el fortalecimiento del yo de niños/as en interferencias en el desarrollo, con el propósito de atender las consecuencias psicoafectivas en casos de maltrato infantil.

La discusión aquí propuesta no está terminada. Ocupa, por el contrario, la necesidad de revisar el abordaje que se hace en la actualidad en materia de salud mental y el desarrollo psicoafectivo. Sin embargo, las contribuciones teóricas que se proponen permiten repensar los fenómenos actuales a través de la mirada de la integralidad afectiva vital en la consecución de la salud mental temprana.

Es obligación disciplinar disponer de los recursos científicos, éticos e investigativos en el favorecimiento del desarrollo humano, especialmente en casos de poblaciones vulnerables. La coyuntura nacional convoca a proponer nuevas y renovadas estrategias de atención a los problemas de salud mental en la infancia, y de promover en la disciplina psicológica un compromiso audaz en el uso de nuevas tecnologías al servicio de los niños, niñas, jóvenes y adultos en beneficio de la recuperación psicoafectiva y la salud mental.

Conclusiones

Una sociedad hipermoderna plantea nuevos desafíos a las ciencias sociales y humanas. La vida virtual, las tecnologías y las exigencias del día a día generan nuevas formas de relación mediadas por los dispositivos tecnológicos, y escasez en el tiempo para lidiar con el estrés cotidiano, el trabajo y la vida social. “Los acontecimientos de la era postmoderna se reflejan como organizaciones de lo efímero, en virtud de pensamientos, creencias, ideologías y formas en las que el hombre concibe su vida social” (Mass, 2013, p. 160), y evidencian nuevas complejidades en los individuos.

Las problemáticas sociales, políticas o económicas producen tensiones en las personas que conducen a alteraciones de la salud mental tanto en adultos como en niños/as y adolescentes. Es decir, que todo ser humano se encuentra involucrado con un entorno social que acrecienta sus demandas de producción (por ejemplo, el trabajo), lo que no es ajeno a las condiciones que facilitan trastornos mentales y diversas patologías que afectan la salud de individuos y poblaciones.

Es la salud mental un reto mundial y nacional, en lo referido a la promoción y prevención, pero es en materia de detección temprana e intervención que se requieren nuevos esfuerzos por atender las consecuencias de las tensiones generadas por los desafíos a los que se enfrentan los individuos diariamente, en particular, la infancia, y las interferencias en el desarrollo.

Condiciones sociales desfavorables, durante la infancia, entorpecen el desarrollo esperado, y ponen a prueba los recursos afectivos y relacionales de los niños/as, su inmadurez constitucional requiere mayor atención, pues aún se encuentran en perfeccionamiento las dimensiones del desarrollo psicoafectivo. Y como advierten Tamez *et. al* (2006) cuando las interferencias “no son resueltas favorablemente generan estados de regresión y de fijación que pueden dar como resultado estructuras psicopatológicas” (p. 16). Por tanto, la recuperación psicoafectiva es una urgencia en poblaciones vulnerables.

En Colombia la vulnerabilidad está definida por el Departamento de Planeación Nacional (2007) citando a Moser “como la inseguridad y sensibilidad del bien-estar (well-being) de los individuos, hogares y

comunidades en situaciones de cambio, e implícitamente en su respuesta y resiliencia a los riesgos que ellos enfrentan durante estos cambios negativos” (p. 5). Por su parte, el Banco Mundial (2000) sugiere que la vulnerabilidad se mide de acuerdo con “la capacidad de resistencia ante una crisis [y] la probabilidad de que una crisis dé por resultado una disminución del bienestar” (p. 139). En el caso de la infancia, el impacto de las interferencias del desarrollo, supera la capacidad de sobreponerse a sus efectos, pues su condición vital, o sea, su inmadurez, es en esencia vulnerable.

La vulnerabilidad parece ser un factor asociado a las interferencias en el desarrollo, y como consecuencia, una mala salud. Pues, “un ambiente suficientemente bueno es, podría decirse, el que favorece las diversas tendencias individuales heredadas de modo tal que el desarrollo se produce conforme a esas tendencias” (Winnicott, 1967, p. 28). En este sentido, la recuperación psicoafectiva, a través de la creación de dispositivos de elaboración psíquica, favorece el desarrollo psicoafectivo y la salud mental, al asistir el carácter integral del desarrollo.

Se hace necesaria la implementación de programas de recuperación psicoafectiva, que permitan restaurar la capacidad de integración de los niños y niñas, desde el impulso creador, las funciones del yo libre de conflicto y su relación con el ambiente. Es vital “(...) la educación emocional y el desarrollo psicoafectivo como una respuesta que permite prevenir problemáticas psicosociales, y promocionar la salud psicoemocional del individuo, de manera lúdico-educativa” (Programa Pisotón, 2015).

Si un programa es “un todo coherente, organizado y estructurado con objetivos, medios y personas que los dirigen. Se justifica tomando como base las necesidades definidas como una carencia o una falta que afecta a los individuos, una comunidad o una sociedad” (Plante, citado por Ridde y Dagenais, 2015, p. 21), su propósito se constituye en “lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida” (Hosman y Jané-Llopis, 1999, p. 31), en este caso, en niños/as en interferencias en el desarrollo.

Así, un programa para la recuperación psicoafectiva, de orientación dinámica, se corresponde al “ambiente facilitador [que] es necesario, y si no es suficientemente bueno, el proceso madurativo se debilita o decae” (Winnicott, 1963, p. 86). Es decir que, actúa desde el proceso madurativo-constitucional y relacional, pues, cuanto más positivas resultan las condiciones ambientales, más óptimamente ocurre el desarrollo

psicoafectivo. Así pues, un programa de intervención psicológica para la recuperación psicoafectiva de orientación dinámica debería contar con las siguientes condiciones:

- a. Comprender de las condiciones madurativo-constitucionales y relacionales derivadas del ciclo vital humano.
- b. Conocer las consecuencias biopsicosociales de las interferencias en el desarrollo en los afectados.
- c. Estar basados en técnicas lúdico-educativas y su relación con el ciclo vital.
- d. Fomentar el despliegue del desarrollo psicoafectivo a través de acciones, estrategias y actividades que permitan el reconocimiento y elaboración de las interferencias en el desarrollo.
- e. Propiciar la expresión emocional de los niños/as, y su resignificación.
- f. Incluir a los padres y maestros en las actividades del programa, de modo que se fortalezcan vínculos afectivos saludables.

La prioridad de la recuperación psicoafectiva se dirige al desarrollo integral pues “lo que constituye la base de la salud mental es la culminación de esos procesos” (Winnicott, 1969, p. 93), de los procesos biopsicosociales y emocionales en la infancia que ocupan lo fundamental de la personalidad y la integración emocional, o sea la salud mental.

Si se reconoce que “la exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales” (OMS, 2013, p. 7), entonces, la recuperación psicoafectiva es un compromiso ético y disciplinar que se sustenta en “promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima...” (UNICEF, 1989, artículo 39, p. 36). Y como advierten Amar, Madariaga y Macías (2014) en el caso de recuperación psicoafectiva, se requiere “garantizar tratamiento psicoafectivo a los niños que hayan sido víctimas de un conflicto armado, tortura, abandono, maltrato y explotación para que puedan lograr su recuperación y reintegración social” (p. 34). O sea, en restablecer las dimensiones del desarrollo integral, o sea, lo biopsicosocial.

Referencias

- Amar, J., Madariaga, C. y Macías A. (2014). *Infancia, familia y derechos humanos*. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte.
- Ávila, A. (2009). La psicoterapia psicoanalítica relacional: Conceptos fundamentales y perspectivas. Recuperado de: http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/AAvila/AAvila_Psicoterapia-psicoanalitica-relacional_Interpsiquis_2009.pdf
- Banco Mundial. (2000). Informe sobre el desarrollo mundial. 2000/2001. Lucha contra la pobreza. Recuperado de <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/509031468137396214/pdf/226840SPANISH0WDR0200002001.pdf>.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Editorial Pearson.
- Bowlby, John y World Health Organization. (1951). Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children / John Bowlby, 2nd ed. Geneva : World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/40724>.
- Blos, P. (2011). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bustos, V. & Russo, A. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 21(39), 183-202. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2830>.
- Cárcamo, C. (1993). Prefacio. En: *El yo y los mecanismos de defensa*. 9-10. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Cohen, S. (2015). *La niñez cautiva. Salud mental infantil y juvenil*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De La Fuente, R. (2014). Introducción a la salud mental. En: *Salud mental y medicina psicológica*. 2-5. México: McGraw-Hill.
- DPN (2007). Departamento de Planeación Nacional. Una aproximación a la vulnerabilidad. Recuperado de: https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/desarrollo%20social/boletin34_1.pdf.

- Duro, E. (2012). Prologo. En: Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. UNICEF&KALEIDOS. Recuperado de: https://www.Unicef.org/ecuador/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf.
- Fossa, P. (2013). La desorganización psíquica en el desarrollo infantil. Revista GEPU 4 (1), 150- 159. Recuperado de: <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-.-4-No-.-1.htm>.
- Freud, A. (1977). *Psicoanálisis del niño*. Argentina: Ediciones Hormé.
- Freud, A. (1979) *Normalidad y patología en la niñez*. Argentina: Editorial Paidós psicología profunda.
- Freud, A. (1993). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gómez, E. (2013). Trauma relacional temprano. Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Greenspan, S. (1992). Infancy and Early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges. Madison: International University Press.
- Guillerault, G. (2009). *Dolto/Winnicott. El bebé en psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Hosman C. y Jané-Llopis E. (1999). Retos políticos2: Salud mental. En: *La evidencia de la efectividad de la promoción para la salud: conformando la salud publica en una nueva Europa*. Bruselas, ECSC-EC-EAEC:29-41.
- Klein, M. (1960). Sobre la salud mental. En: *Envidia y gratitud. Y otros trabajos*. 272-278. Argentina: Editorial Paidós.
- Laplanche, J; Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Mass, L.R. (2013). El sujeto y la estética corporal en la sociedad contemporánea (algunas relaciones teóricas con el capitalismo y plus de gozar). *Revista Psicogente*, vol. 17 No.31; 155-162. Recuperado de: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/428/393m>.
- Minsalud. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf.

- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- OMS .(2001). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra. Organización mundial de la salud. Hoja informativa. Nro. 220.
- OMS .(2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78545/1/924159215X_spa.pdf.
- OMS. (2013). Plan de acción para la salud mental 2013-2020. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
- OMS. (2018). Salud mental del adolescente.
. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Packer, M. (2013). *La ciencia de la investigación cualitativa*. Ediciones Uniandes.
- Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis del contenido. Revista Estudios de Sociolingüística, 3(1), 1-42. Recuperado: https://www.researchgate.net/publication/267797356_Epistemologia_metodologia_y_tecnicas_d_el_analisis_de_contenido.
- Phillips, A. (1998). *Winnicott*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Programa Pisotón. (2015). Programa de Educación y Desarrollo Psicoafectivo. Recuperado de: <http://www.uninorte.edu.co/web/pisoton-uninorte>.
- Rangel, M. (2009). *Psicoterapia infantil. Un enfoque psicoanalítico*. México: Editorial Trillas.
- Ridde, V. y Dagenais, C. (2015). Introducción general a la evaluación de programas. En: *Enfoques y prácticas en la evaluación de programas*. 17-34. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Romo, F y Patiño, L. (2014). Ciclo vital y salud mental. En: *Salud mental y medicina psicológica*. 2-5. México: McGraw-Hill.

- Serguéyevna, V. (2015). *Psicología evolutiva*. España: Machado Nuevo Aprendizaje.
- Strauss, A; Corbin, J. (2012). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia.
- Tamez, R., Ortega S., Roa, A., Russo A. y Galindo, J. (2006). Educación y desarrollo psicoafectivo. Barranquilla, Ediciones Uninorte.
- UNICEF. (1989). Convención sobre los derechos del niño. Recuperado de: <http://www.Unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobrelos-derechos.pdf>.
- UNICEF. (2004). Estado mundial de la infancia 2005. La infancia amenazada. Recuperado de: https://www.Unicef.org/spanish/sowc05/sowc05_sp.pdf.
- UNICEF. (2012). Estado Mundial De La Infancia. Informe Ejecutivo. Recuperado de: http://www.Unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC%202012%20Executive%20Summary%20LoRes%20PDF_SP_03132012.pdf.
- UNICEF (2014). El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras. Todos los niños cuentan. Recuperado de: <http://www.Unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/>.
- Uribe, J. (2013). La investigación documental y el estado del arte como estrategias de investigación en ciencias sociales. En *La investigación en Ciencias Sociales: Estrategias de investigación* (pp. 197-212). Bogotá: Universidad Piloto de Colombia.
- Valbuena, E. (2013). El análisis del contenido: De lo manifiesto a lo oculto. En *La investigación en Ciencias Sociales: Estrategias de investigación* (pp. 213-224). Bogotá: Universidad Piloto de Colombia.
- Winnicott, D. (1951). Las bases de la salud mental. En: *Deprivación y delincuencia*. 197-200. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1961). Psicoanálisis y ciencia: ¿amigos o parientes? En: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. 17-23. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1963). El valor de la depresión. En: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. 84-93. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Winnicott, D. (1965). El niño en el grupo familiar. En: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. 149-163. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1967). El concepto de individuo sano. En: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. 27-47. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1968). Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente, y las inferencias que de ellos se desprende en lo que respecta a la educación superior. En: *Realidad y juego*. 215-232. España: Editorial Gedisa.
- Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie á la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. (1970a). Vivir creativamente. En: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. 48-65. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1970b). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris: Payot.

ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN MAMÁ-BEBÉ PREMATURO A TRAVÉS DE LA ESCALA BRAZELTON Y ALGUNAS IMPLICACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LAS MADRES

Kelly Romero-Acosta¹

Corporación Universitaria del Caribe CECAR

César Argumedos De La Ossa²

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Diego Pérez Vásquez³

Apsefacom - Valledupar

Resumen

La interacción madre-bebé es la acción que permite el vínculo entre la figura materna y su hijo, suscitando o no respuestas y/o retroalimentación entre ambos. Esta relación de interacción puede ser difícil, sobre todo si la madre presenta algún tipo de trastorno psicológico —tal como ansiedad, depresión, personalidad, entre otros—. Se ha encontrado que los bebés prematuros pueden nacer con una serie de complicaciones a nivel físico así, como también, de regulación de emociones. En la relación madre-bebé-prematuro, se ha demostrado que las madres de los infantes prematuros son más propensas a desarrollar, entre dos y tres veces, más dificultades psicológicas en comparación con las madres de los bebés nacidos a término. Con el fin de realizar la revisión bibliográfica, se revisaron

1 Doctora en Psicopatología de niños, adolescentes y adultos. Docente investigador tiempo completo. Programa de psicología. Corporación Universitaria del caribe-CECAR. Correo: kelly.romero@cecar.edu.co. orcid.org/0000-0002-6568-1316.

2 Psicólogo. Maestrando en Psicología. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Correo: cargumedod@cecar.edu.co. orcid.org/0000-0002-8664-2690.

3 Psicólogo. Especialista en Investigación aplicada a la Educación. Corporación Universitaria del Caribe-CECAR. Correo: diego.perez@cecar.edu.co. orcid.org/0000-0002- 6089-0127.

artículos científicos que estudian la interacción madre-infante en bebés prematuros a partir de la escala Brazelton. La escala Brazelton brinda valiosa información acerca de las competencias y las habilidades del bebé. A partir de esta revisión bibliográfica, sabemos que en Latinoamérica no hay estudios sobre la interacción madre-bebé-prematuro, utilizando la escala Brazelton.

Palabras clave: bebé prematuro; interacción, salud mental, Brazelton; relaciones madre-hijo.

Abstract

The mother-baby interaction is the action that allows the link between the mother figure and her son. This interaction relationship can be difficult, especially in the mother. It has been found that premature babies can be born with a series of complications at a physical level as well as regulation of emotions. In the mother-baby-premature relationship, it has been shown that mothers of premature infants are more likely to develop two to three times more psychological compared to mothers of full-term babies. In order to carry out the literature review, the articles that are interested in the study of mother-infant interaction in premature babies from the Brazelton scaling are reviewed. Brazelton climbing provides valuable information about the skills and abilities of the baby. From this bibliographical review we know that in Latin America there are no studies on the mother-baby-premature interaction from the Brazelton escalation.

Keywords: premature infant; interaction, mental health, Brazelton; mother-child relationships.

Introducción

La interacción puede definirse como una “acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más objetos, agentes, fuerzas, funciones” —y que, en su aplicación a los seres humanos, hace referencia a las relaciones entre sí— (RAE, 2018). Ahora bien, en el contexto de la interacción madre-bebé, el término se refiere a la acción entre madre-infante que suscita o no respuestas en ambas partes, y que a su vez se retroalimentan mutuamente; esta relación con las figuras cuidadoras se considera fundamental para la estructuración psíquica del niño (Leonardelli, 2009).

Durante los primeros meses de vida se despliega un proceso psicoafectivo y neuro-madurativo del niño, y las principales experiencias son cruciales para acomodarse al medio (Bowlby, 1995, 1998). Bowlby estudia la interacción madre-infante a través de la teoría del apego que es una de las conductas de interrelación más importantes, sucede entre la proximidad de un sujeto hacia otro, estableciéndose vínculos entre ellos (Bowlby, 1995). A partir del apego, el bebé puede mantener representaciones mentales de su madre, incluso, aunque ella no se encuentre presente; además, empieza a desarrollar una imagen de su cuidadora a partir de su interacción (Bowlby, 1982; Papalia & Wendkos, 1992).

Para el estudio de la interacción madre-infante se pueden utilizar diferentes técnicas de observación, instrumentos y escalas que permiten conocer no solo el factor interactivo, sino también, el estado del bebé y de las variables que pueden afectar la relación materno-filial. Entre las escalas más usadas para la evaluación del recién nacido se destacan la *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS) o Escala de Brazelton (Als, Butler, Kosta, & McAnulty, 2005) y la *Neurobehavioral Assessment of the Preterm Infant* (NAPI) (Korner & Thom 1990).

De acuerdo con varios autores, la NBAS es uno de los instrumentos de medición de mayor uso e interés para la evaluación neonatal. Esto es debido a que permite el registro de los efectos tempranos de la condición médica perinatal, en cuanto al comportamiento y al riesgo de los problemas posteriores al desarrollo. Además, tiene una importante aplicación clínica en la intervención para mejorar la vinculación madre-hijo en las muestras conformadas por infantes en riesgo (Brazelton, 1973a; Brazelton, 1973b;

Sostek & Anders 1977; Holmes et al 1982; Green, Bax & Tsitsikas, 1989; Brazelton & Nugent 1995; Costa, et al., 2010).

La Escala Brazelton —NBAS—, cuya traducción en castellano es escala para la evaluación del comportamiento neonatal, permite ubicar situaciones de riesgo en el período neonatal, ofreciendo no solamente al clínico, sino también a los padres, la posibilidad de conocer mejor las capacidades y competencias del bebé. Esta escala fue desarrollada por el Dr. Brazelton, profesor emérito de la Harvard Medical School, y sus colegas, en 1973. Estos investigadores consideraron al recién nacido un ser activo y competente que viene al mundo dotado de ciertas características que le permiten comunicarse. El neonato es un ser dinámico que tiene la capacidad para proporcionar una respuesta a ciertos estímulos (Brazelton, 2001).

Algunas aplicaciones de la NBAS en el campo investigativo se han realizado teniendo en cuenta factores de riesgo tales como: la exposición a la cocaína (Richardson, Hamel, Golschmidt & Day 1996; Phillips, Sharma, Premachandra, Vaughn y Reyes-Lee, 1996), la exposición al cigarrillo, la cafeína y/o el alcohol (Jacobson, Fein, Jacobson, Schwartz & Dowler, 1984). Para estos casos, la escala puede ofrecer la posibilidad de averiguar cómo se encuentran los mecanismos de reorganización del sistema nervioso central del bebé, el cual estuvo afectado por la exposición intrauterina de sustancias nocivas. También, se ha estudiado la influencia que tiene el NBAS en la maternidad, pues la escala se puede aplicar en presencia de los padres; ellos pueden cambiar su percepción del bebé conforme vean sus capacidades en el transcurso de la aplicación de la escala (Worobey & Belsky, 1982). Otros estudios se han interesado por la revisión de las propiedades psicométricas del NBAS (Jacobson, Fein, Jacobson, & Schwartz, 1984; Costa et al, 2010), por el análisis del comportamiento neonatal y su interacción en niños sin complicaciones (Green, Bax & Tsitsikas, 1989; Honglin Zhu et al., 2007), por la prematuridad y por las enfermedades respiratorias (Myers, Jarvis, Creasey, Kerkerling, 1992).

Ahora bien, como punto de partida, es importante mencionar que uno de los aspectos involucrados sobre la salud mental se relaciona con el componente psicológico; en este sentido, y en cuanto a la condición de nacimiento de los bebés prematuros, los padres experimentan una serie de tensiones y desbordamientos emocionales que pueden desencadenar síntomas ansiosos, depresivos, sentimientos de culpa, asimismo, de

desorganización psíquica; todo ello por no completar de manera normal su etapa de gestación (González, 2009; 2010; Ruiz 2004). Otras de las implicaciones sobre la salud mental de las madres con hijos bajo esta condición es la presencia de síntomas relacionados con el trastorno de estrés postraumático, los cuales pueden generar un riesgo de padecimiento de hasta el doble para los primeros síntomas internalizantes mencionados e incluso hasta el triple, para los síntomas de estrés postraumático (Puig-Calsina, et al., 2018; Bener, 2013).

Generalidades de la Escala Brazelton

La escala Brazelton es capaz de describir el estado de los sistemas autónomo, motor, estado de conciencia y atención social, en tanto nace de la necesidad de obtener un perfil sobre la organización funcional del neonato (Als, 1986). Estos sistemas los estudia de forma dimensional. También, evalúa cuatro dimensiones: fisiológica, motora, estado de conciencia y atención/interacción. La escala se preocupa por analizar la interrelación de estos sistemas, debido a que el neonato, para adaptarse al medio, debe integrar estas cuatro dimensiones. Por tal razón, la escala es más que una simple evaluación de presentación estímulo-respuesta. En su aplicación, el examinador desempeña un papel de observador-participante, en tanto, intenta facilitar las actuaciones y los recursos organizativos del pequeño. Sus ítems seriados permiten evaluar las cuatro dimensiones en el transcurso de la prueba, así, la estabilidad del *sistema nervioso autónomo* es posible evidenciarla por la presencia o ausencia de la labilidad del color de la piel, temblores y sobresaltos. El funcionamiento del *sistema motor* se evalúa con la observación del tono muscular, la madurez motora, el grado de actividad motora, y el nivel de integración de movimientos (mano-boca, por ejemplo). La *organización del estado* —que es la capacidad del neonato de regular sus estados de conciencia—, se valora por medio del nivel de irritabilidad, del momento de máxima excitación, la capacidad para sustraerse a estímulos negativos, la capacidad para ser consolado y calmarse, entre otros (Brazelton, 1973b).

La NBAS contiene 28 ítems conductuales que se valoran a partir de una escala de nueve puntos. Asimismo, contiene 18 ítems de reflejos que estiman el estado neurológico por medio de una graduación de cuatro puntos. En la segunda edición de la escala (Brazelton, 1984) se añadieron 7

ítems, con el fin de evaluar el grado de fragilidad y la calidad de la conducta de niños de alto riesgo, los cuales evalúan la calidad de respuesta a partir de la cantidad de estímulos que necesita el neonato por parte del examinador para organizar las respuestas. Ahora bien, aunque en el manual de la prueba, no habla exactamente de su estandarización; existen estudios psicométricos de dicha escala con puntuaciones típicas (Costas et al., 2010; Costas, Fornieles, Botet, Boatella, & De Cáceres, 2007). La información sobre los ítems que se tienen en cuenta en la evaluación se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1
Algunos ítems de la escala Brazelton

Ítems de comportamiento	Ítems reflejos	Ítems suplementarios
Disminución de la respuesta a la luz	Prensión plantar	Calidad de la alerta
Disminución de la respuesta al sonajero	Babinski	Esfuerzo para mantener la atención
Disminución de la respuesta a la campanilla	Clonus aquileo	Ayuda por parte del examinador
Orientación visual y auditiva inanimada	De búsqueda o de puntos cardinales	Irritabilidad general
Orientación visual y auditiva animada	Succión	Vigor y resistencia
Alerta	Glabela	Regulación del estado
Tono general	Movimientos pasivos-brazos	Respuesta emocional del examinador
Madurez motora	Movimientos pasivos-piernas	
Rapidez de reacción	Piernas	
Irritabilidad	Prensión palmar	
Respuesta al abrazo	Reflejo del escalón	
Capacidad de ser consolado	Enderezamiento	
Capacidad de consolarse	Marcha automática	
Habilidad mano-boca	Reptación	
Temblores	Incurvación del tronco	
Sobresaltos	Desviación tónica de cabeza y ojos	
Labilidad del color de la piel	Nistagmo	
Sonrisas	Reflejo tónico del cuello	
	Reflejo de moro	

Adicionalmente, la escala Brazelton cuenta con un módulo interactivo social, el cual busca, ante todo, que el neonato presente sus mejores competencias (Hawthorne, 2005). El examinador debe conocer las técnicas

necesarias para lograr que el bebé consiga su mejor actuación (Brazelton & Nugent 1997). Algunos de estos neonatos solo pueden responder a una modalidad sensorial a la vez; por esta razón, solo se les presenta estímulos de una modalidad sensorial, con intensidad reducida, para obtener una mejor respuesta.

En efecto, el objetivo de la escala es obtener la mejor actuación del bebé, solamente con el hecho de que el bebé demuestre ser capaz de responder al estímulo, así sea en el tercer intento, se considera superado el ítem evaluado. En cuanto a la evaluación sobre las capacidades de los niños frágiles (con el fin de que muestren sus capacidades) en ocasiones, es necesario ayudarles un poco. Por ejemplo, se les puede dar el chupete con la finalidad de suministrar un tipo de apoyo que les permita encontrar calma para responder a los estímulos lo mejor posible. Los ítems de *regulación del estado* pueden influir mucho en la interacción madre-hijo; por ejemplo, un niño que le cueste regular su estado y organizarlo podría no tener las herramientas para establecer una correcta interacción.

El ítem 32 de la escala evalúa irritabilidad general. La irritabilidad en la escala Brazelton se evalúa por el número de veces que el niño muestra irritabilidad, así como los estímulos que le han producido ese estado. El ítem de labilidad del estado valora el cambio del estado del bebé. La capacidad de ser consolado valora el número de maniobras que el examinador utiliza para calmar al recién nacido. Por el contrario, la capacidad de consolarse valora las estrategias que utiliza el niño para recuperar el estado de tranquilidad.

Interacción madre-hijo

Los seres humanos, debido a ciertos factores de vulnerabilidad, generan dependencia en los primeros momentos de su vida (Marrone, 2001). La interacción madre e hijo, es un intercambio constante para el desarrollo ontogenético, el cual puede influir en las habilidades y competencias de los niños (Pérez-López 2006). La sensibilidad de la interacción entre madre e hijo aparece por primera vez dentro de la teoría del apego (Ainsworth y colaboradores, 1978), especifican que la sensibilidad maternal es el intento de comunicación por medio de señales de las madres hacia los niños; pero esta definición se ha ido estructurando para la formulación de un amplio rango de conductas maternas que permitan una amplia aceptación en el mundo científico (Ainsworth, Blehar, Waters, & Walls 1978).

Desde una perspectiva diferente, la interacción materna es vista como un proceso eficiente, que implica un conjunto de señales e interacciones entre madre e hijo (Shin, Park, Ryu, & Seomun, 2008; Ainsworth, Bell & Stayton 1974; Nicolaou, Rosewella & Marlow, Glazebrook, 2009). Una madre emocionalmente sensible es capaz de conectarse con su hijo y de responder a las peticiones de este, formando así, un ambiente estructurado entre ambos. La sensibilidad, en la interacción madre e hijo, es apreciada como un indicador de estabilidad emocional, para el proceso de desarrollo del niño (Als, 1986; Fuertes, Lopes-Dos-Santos, Beehgly & Tronick, 2009; Van Zeijl, et al., 2006).

Por otro lado, los problemas en la interacción madre-bebé pueden producirse por la presencia de ansiedad o depresión materna. La falta de comprensión, la inseguridad, la aversión a la mirada fija del infante por parte de la madre y el poco desarrollo neurobiológico, son algunos de los factores que pueden contribuir a la existencia de problemas en la interacción madre-bebé (Klein & Feldman, 2007).

Field (1977) descartó que los problemas en la interacción madre-infante se deban directamente a la separación entre madre y bebé, debido al nacimiento prematuro. Este autor señala que los problemas en la interacción son debidos a que los bebés no cuentan con el suficiente desarrollo neurobiológico como para entablar una relación interactiva con la madre. Este desarrollo insuficiente puede suscitar en las madres algunas respuestas negativas, tales como: miedo, ansiedad, y/o depresión.

Algunos estudios han demostrado que los padres de los infantes prematuros son más propensos a desarrollar dificultades psicológicas, problemas en la interacción con el infante (en su relación madre-hijo), confusión en la interpretación de las señales de sus propios hijos, e incluso, se pueden generar dificultades que favorecen el desarrollo de consecuencias negativas en la relación de los padres (Als, Lester y Brazelton, 1979; Macey, Harmon & Easterbrooks, 1987; Korja et al., 2008; Treyvaud et al., 2010).

Otros estudios revelan que los procesos de interacción madre-hijo durante el periodo del nacimiento pueden ser oportunos para influenciar de manera positiva la relación y familiarización de los miembros de la familia (De Chateau & Wiberg, 1977; Smeriglio, 1981). La expresión afectiva materna como la “sonrisa”, la “cara de juego” o la “expresión vocal animada” favorecen la expresión positiva y afectiva en el bebé (Brazelton,

Tronick, Adamson, Als, & Wise, 1975). Asimismo, otro de los aspectos importantes es la estimulación táctil; por ejemplo, se ha demostrado que al aplicarse en momentos de separación materna temprana tiene un efecto sobre la mejora en la reactividad al estrés, la organización del estado, la maduración fisiológica y la atención (Scadifi et al., 1990; Field, 1995; Wiggera & Neumanna, 1999; Lehmann, Stohr, & Feldon, 2000).

Bebé prematuro

De acuerdo con Amiel-Tison (1999a) los bebés pueden clasificarse en: bebé a término (de 37 a 42 semanas de gestación); bebé postérmino o posmaduro (después de 42 semanas de gestación) y bebé prematuro (de menos de 37 semanas de gestación). El bebé prematuro nace antes de la trigésima séptima semana de gestación (American Pregnancy Association, 2015) y tiene alto riesgo de padecer diversas alteraciones en su proceso de desarrollo (Institute of Medicine US, 2007). Al nacer antes de tiempo, tiene bajo peso –menos de 2.500 gramos– (Amiel-Tison, 1999b), y por ello, podría presentar problemas respiratorios (síndrome de dificultad respiratoria o SDR), piel delgada, casi traslúcida, rasgos de arrugas, cartílago del oído suave y flexible, vello corporal, llanto débil, clítoris agrandado o escroto pequeño, entre otros (Fava, Zorzi & Bottos, 1992). Según Charpak et al. (2005) el bajo peso de los niños al nacer se debe, en muchos casos, a una alimentación regular de la madre.

De acuerdo con Reed & Stanley (1977) algunos factores que influyen en el nacimiento de un bebé prematuro son la hipertensión materna, la infección urogenital y el embarazo múltiple; lo que puede ser causal de parto prematuro. En los infantes nacidos prematuramente se activa rápidamente el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) debido al estrés intenso al que se someten en la unidad de cuidados intensivos neonatal (Tu et al., 2007; Pignotti & Donzelli, 2008).

Algunas de las características presentadas por los bebés prematuro a nivel físico: tamaño corporal más pequeño, musculatura y cerebro menos desarrollado (Holmes et al, 1982); menos sentido de alerta, menos receptividad a la estimulación, menor regulación de las emociones, más irritabilidad y desorganización (DiVitto y Goldberg, 1979; Korja et al. 2008; Feldman, 2009). Así mismo, los infantes prematuros son más vulnerables a los problemas emocionales y conductuales (en lo referido a

exposición temprana al estrés), esta condición tiene un efecto negativo en las interacciones madre-hijo (Hayes & Sharif, 2009; Treyvaud et al., 2010; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2011; Habersaat et al., 2014).

La prematuridad, hasta hace algunas décadas, era una importante causa de muerte infantil. Sin embargo, en estos momentos los avances médicos, ayudan a que el riesgo disminuya considerablemente. Este proceso que tiene el bebé prematuro en su nacimiento puede alterar la interacción con el medio ambiente, en especial con la madre. A partir de todo lo anterior, nuestro objetivo es revisar los estudios sobre la interacción madre-neonato teniendo en cuenta la utilización de la escala Brazelton en bebés prematuros.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica de los estudios publicados en las bases de datos PsycINFO, PsyArticles, Science Direct, Proquest, Francis & Taylor y Scopus sobre la interacción madre-bebé prematuro usando la escala Brazelton. La búsqueda se realizó teniendo en cuenta las siguientes palabras claves: Brazelton, interaction y mother y se encontró 3.173 resultados en todas las bases de datos. La búsqueda se perfiló aún más al agregar un cuarto término clave: “premature birth”, encontrando así un total de 1900 coincidencias. Solo se seleccionaron los artículos científicos con vínculo completo en inglés, los que incluyeran dentro de su investigación las variables a partir de las 4 palabras claves, y que además, estudiaran la relación madre-niño. Finalmente, realizado este filtro, se obtuvo como resultado un total de 7 artículos que estuvieron enfocados específicamente en estudio de las interacciones madre-infante en muestras de bebés prematuros a partir del uso de la *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS). Por otro lado, se incluyó un artículo que no utilizó a la escala Brazelton, pero que se consideró útil para los objetivos de la revisión; uno de los autores de este artículo es el propio Brazelton. En la Tabla 2 se muestra un resumen de las investigaciones encontradas.

Tabla 2
Artículos de la revisión bibliográfica

Autor (es), año	Objetivo	Sujetos	Resultados
Field, 1977.	Investigar los efectos de la separación temprana y manipulaciones experimentales sobre las interacciones cara a cara madre-niño.	12 prematuros con dificultades respiratorias separados de sus padres; 12 post maduros no separados; 12 a término.	No se encontraron diferencias significativas entre la interacción de los 12 niños prematuros y los doce niños postmaduros. Esto le sugirió a la autora que la separación posiblemente no es un causante de problemas en la interacción.
Widmayer & Field, (1981).	Investigar sobre la efectividad del uso de la escala Brazelton para enseñar a madres sobre el comportamiento de sus niños.	30 niños prematuros sanos (nacidos con menos de 37 semanas de gestación).	Los resultados de la investigación indican mejor respuesta en las puntuaciones de los grupos experimentales (Brazelton/MABI y MABI) en comparación al grupo control en los componentes de los procesos interactivos, de alimentación y secuencia cara a cara a partir del uso de la escala Brazelton y su adaptación.

Autor (es), año	Objetivo	Sujetos	Resultados
Lester, Hoffman, Joel, Brazelton, 1985.	Examinar el ritmo social de interacción madre- niño.	87 niños prematuros.	Existencia de comportamientos periódicos en la diada madre- niño y que además proporcionan una estructura temporal para la organización cognitivo- afectiva. Las diferencias en la sincronía entre los bebés a término y los prematuros pueden explicarse luego del informe de las diferencias del lenguaje entre estos grupos.
Feldman, & Eidelman, 2003.	Examinar los efectos de la leche materna sobre el desarrollo de los infantes.	87 niños prematuros.	A mayor cantidad de leche materna, mejor desarrollo neuro-comportamental, mayor alerta durante las interacciones sociales y mayor contacto táctil por parte de las madres. A mayores puntuaciones en depresión materna más bajas cantidades de leche materna, bajo contacto corporal madre- bebé y más bajas competencias cognitivas
Meier, et al., 2003.	Investigar la relación entre sensibilidad materna e irritabilidad del infante.	29 niños prematuros.	En el primer mes neonatal no hubo influencia de la sensibilidad materna sobre el llanto del bebé. Asimismo, la irritabilidad puede ocurrir a pesar de una alta sensibilidad materna, tal y como sucede en los niños a término.

Autor (es), año	Objetivo	Sujetos	Resultados
Feldman & Eidelman, 2006	Examinar las relaciones entre la neuromaturación, interacción madre-hijo y el desarrollo cognitivo en recién nacidos prematuros.	120 neonatos prematuros nacidos con <36 de gestación.	Las madres de los infantes con un peso al nacer <10 percentil reportan ser más intrusivas en la relación de interacción madre-hijo, así como también se evidencia un mayor compromiso negativo en comparación con los otros grupos de estudio de la investigación.
Habersaat et al, 2014.	Evaluar el impacto de la intervención temprana en la relación madre-hijo en recién nacidos prematuros.	60 niños nacidos en menos de 33 semanas de gestación, entre 2005 y 2009, y hospitalizados en la UCIN del Hospital Universitario de Lausana.	Se encontró una diferencia significativa en la comparación de grupo en los niveles de cortisol a los 6 meses, mostrándose más bajos en los niños prematuros sin intervención. Sin embargo, en la medición de los 12 meses, no se encontró diferencias entre los grupos.

Autor (es), año	Objetivo	Sujetos	Resultados
Holditch-Davis et al 2014.	Examinar las intervenciones administradas por vía materna en recién nacidos prematuros sobre la angustia psicológica materna, estrés de crianza, y la relación madre-infante.	240 neonatos (con sus madres) pertenecientes a 4 hospitales de EE. UU	Los efectos de mostraron un mejor resultado en el grupo con intervención en la interacción madres-infante encontrando un efecto menor sobre el estrés en la crianza. Así mismo, se reportó beneficios en la capacidad de respuesta de las interacciones, en el peso de los bebés, en el sueño, llanto, regulación de la respiración y crecimiento de la cabeza. En general, se encontraron efectos positivos sobre la angustia psicológica materna y las interacciones (sobre todo a corto plazo), sin embargo, se deben seguir estudiando, con el fin de seguir examinando la eficacia de las intervenciones a largo plazo y sobre si alguna técnica es mejor que la otra, o si se deben combinar.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados, las generalidades y características de la interacción madre-bebé prematuro; esto se hizo dividiendo los resultados en varios subpuntos.

Generalidades en la interacción madre-bebé-prematuro

Como fue señalado anteriormente, la interacción madre e hijo se caracteriza por tener un intercambio constante en la comunicación de la diada, y la calidad de este intercambio puede influir en las habilidades comunicativas de los mismos (Pérez-López 2006). Esa comunicación constante tiene un ritmo determinado. En la búsqueda bibliográfica se halló un interesante trabajo sobre el ritmo en la interacción de la madre y del bebé prematuro y a término. Lester et al. (1985) cuantificaron los ritmos de interacción social en bebés prematuros y a término (de tres a cinco meses de edad).

Los autores mencionados se basaron en la existencia de “ciclos” biológicos en los seres humanos, tales como el ciclo del sueño, el ritmo circadiano, el ritmo cardíaco, entre otros. A partir de ello, se pensó que la interacción madre-hijo tiene un ritmo, basado en miradas, sonidos y movimientos. Para estudiar la interacción se filmaron cara a cara las diadas durante tres minutos. Los resultados mostraron la existencia de periodicidad en los comportamientos de cada infante y de sus madres (entre 0,22 y 10Hz). También se encontró un incremento de periodicidad entre los tres y cinco meses, los bebés a término mostraron más coherencia que los prematuros en su periodicidad y frecuentemente, ellos mismos iniciaban la interacción llamando la atención de la madre, los bebés prematuros presentaron más dificultades en iniciar la interacción con su madre. Lester et al. (1985) indican que los ciclos de atención e inatención se reconocen como parte del desarrollo de la interacción social y, por supuesto, estos ciclos en la interacción madre-hijo pueden ser cruciales para las experiencias afectivas y para la organización cognitiva del neonato. Como se puede apreciar, en los bebés prematuros este ritmo puede verse afectado en periodicidad y frecuencia, entonces la interacción puede verse afectada dependiendo de las habilidades del propio bebé.

Sabemos que la interacción madre-bebé puede verse influida por las habilidades del bebé prematuro. En estudios anteriores se ha encontrado que los neonatos prematuros tienen dificultades para mantener la atención visual durante el juego (Eckerman, Hsu, Molitor Leung & Goldstein, 1999) y no pueden autorregularse tan bien como un bebé a término. Estos factores, combinados con el decremento de la sensibilidad materna, producen una baja sincronía entre las madres y sus bebés (Lester et al., 1985).

Vale la pena preguntarse: ¿tendrá la sensibilidad materna relación con la irritabilidad del bebé prematuro en la interacción madre-bebé? Meier, Wolke, Gutbrod & Rust (2003) estudiaron la relación entre irritabilidad y sensibilidad materna en 29 niños prematuros y sus madres. Ellos definieron como “sensibilidad” a la capacidad materna para reconocer, interpretar y responder apropiadamente a la comunicación y a las necesidades del bebé.

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron tres escalas: la escala Brazelton, la escala madre-bebé-*Mother and Baby Scale*, MABS- (James-Robert, 1988) y la *Crying Pattern Questionnaire*-CPQ (James-Roberts, & Halil, 1991); también, se realizó una entrevista filmada, semi-estructurada, de 6 minutos de duración (2,5 min. juego; 2,5 min. juego libre; 1 min. observando al bebé ver a su madre). Se encontró que en el primer mes no hubo influencia alguna de la sensibilidad materna sobre el llanto del bebé. Así mismo, la irritabilidad pudo ocurrir a pesar de una alta sensibilidad materna, tal y como sucede en los niños a término. Entonces, la irritabilidad que puede presentar un bebé prematuro se da independientemente de la capacidad de las madres para reconocer, interpretar y responder a las necesidades del bebé. Sin embargo, aunque la sensibilidad materna no se relacione con la irritabilidad del bebé, influiría en la interacción madre-bebé propiamente dicha. Ciertamente una madre que no sea capaz de reconocer, interpretar y responder adecuadamente a los llamados del bebé no podría mantener una frecuencia y una periodicidad adecuadas del ritmo de la interacción. No obstante, se requieren más estudios al respecto.

Influencia de la madre en la interacción madre-bebé

La interacción cara a cara proporciona una base para el desarrollo de las herramientas comunicativas del bebé. El interés del bebé por la cara de la madre se despierta antes del interés por los objetos, por tanto, puede considerarse como básico para la posterior adaptación al medio. En un

estudio realizado por Field, en 1977, se formaron tres grupos: (a) se le aplicó la escala Brazelton a 12 bebés separados de sus madres, prematuros y con estrés respiratorio; (b) se les aplicó la escala Brazelton a 12 bebés con sus madres presentes, y postmaduros; y (c) se les aplicó la escala Brazelton a 12 bebés sanos y a término, no separados de sus madres.

Los resultados del instrumento en los dos primeros grupos fueron bajos, tanto en los ítems de orientación animada e inanimada, como en los ítems de consolación y respuesta al abrazo. En las puntuaciones motoras, las cuales incluyeron interacción cara a cara, madurez muscular, tono muscular y flexibilidad motora, también puntuaron bajo. No se encontraron diferencias significativas entre la interacción de los posmaduros y prematuros. La autora sugiere que la separación contribuye menos sobre los problemas de interacción madre-bebé, que los déficits tempranos encontrados en la escala Brazelton. En general, se pudo observar que hubo diferencias entre la interacción de los bebés normales y los de alto riesgo. Si los bebés solo hubiesen sido observados, se atribuiría a un efecto de la separación temprana, sin embargo, esta información se cotejó con los resultados de la escala Brazelton y en los resultados fue más significativo el déficit temprano que la separación temprana.

También se halló en un estudio muy interesante el efecto que la intervención de las madres tenía sobre el bebé (Holditch-Davis et al., 2014). Se trataban de bebés prematuros que necesitaban intervenciones administradas por las madres. Se examinó el efecto de estas intervenciones sobre la angustia psicológica, materna síntomas depresivos, ansiedad, estrés postraumático —EPT— y al igual que el estrés de crianza) y la relación madre-infante. El estudio estuvo conformado por 240 madres organizadas de forma aleatoria en tres grupos: un para la aplicación de la técnica de intervención auditivo-táctil-vestibular visual-vestibular (ATVV); otro para la técnica de atención canguro (KC) y el último para realizar una atención del grupo control.

También se halló en un estudio muy interesante el efecto que la intervención de las madres tenía sobre el bebé (Holditch-Davis et al., 2014). Se trataba de bebés prematuros que necesitaban intervenciones administradas por las madres. Se examinó el efecto de estas intervenciones sobre la angustia psicológica materna, síntomas depresivos, ansiedad, estrés postraumático —TEPT— estrés hacia la crianza y la relación madre-infante.

El estudio estuvo conformado por 240 madres organizadas en tres grupos, dos grupos recibieron intervención y uno no.

Se utilizaron instrumentos de cribado para depresión, ansiedad y estrés postraumático. También, se aplicaron escalas que medían estrés de la crianza, preocupación por la salud infantil, vulnerabilidad infantil y la escala Brazelton –esta última para medir la capacidad de respuesta de los infantes en el alta hospitalaria. Se halló que el estrés en la crianza de los hijos fue menor para las madres que recibieron intervención. Del mismo modo, se encontró que, dentro de los efectos, las intervenciones tienen importantes beneficios para los lactantes como: un mejor aumento de peso, aumento de la lucidez mental (antes y después de las comidas), una mayor capacidad de respuesta durante las interacciones madre-infante, más sueño, menos llanto, mayor regularidad respiratoria y mejor crecimiento de la cabeza en comparación con el grupo control. Sin embargo, aunque los resultados tuvieron efectos positivos sobre la angustia psicológica materna y las interacciones, su eficacia pudo ser comprobada en mejor medida en un periodo de corto plazo, por lo que requiere futuros estudios que permitan comprobar su efecto a largo plazo y el uso continuo de las intervenciones. De igual manera, en cuanto a otros resultados, se encontró que uno de los dos grupos de intervención fue más alto que el otro, por lo que no es posible aseverar si estas intervenciones pueden combinarse de manera efectiva.

Influencia del desarrollo neuromotor y cognitivo en la interacción madre-bebé prematuro

Ya sabemos que la madre influye en la buena interacción con su bebé prematuro, ahora bien, ¿el desarrollo del bebé cómo puede afectar esa relación? Feldman & Eidelman, en el 2006, examinaron la relación entre la maduración neurológica del bebé, su desarrollo cognitivo y la relación madre-hijo. Participaron neonatos prematuros, nacidos entre las 25 y 35 semanas (o <36 semanas) de gestación y con un peso entre los 530 y 1790 gramos. Para la evaluación de la interacción madre-bebé prematuro se utilizó la escala Brazelton a los 3 y 24 meses.

Se encontró que las madres cuyos bebés se encontraban más inmaduros, mostraron un comportamiento significativamente más intrusivo

a los tres y a los veinticuatro meses, en comparación con los otros grupos de madres.

Otros aspectos que influyen en la interacción madre-bebé

Efectos positivos de la aplicación de la escala Brazelton en la interacción madre-bebé

A partir de esta revisión bibliográfica conocemos que la observación y evaluación de bebés utilizando la escala Brazelton puede tener efectos positivos en la percepción de la madre sobre las habilidades de su hijo. En la década de los ochenta, Widmayer & Field (1981) realizaron un estudio sobre el efecto de la escala Brazelton en las madres, a ellos les interesaba observar si enseñar a las madres sobre el comportamiento de sus infantes tenía un efecto positivo en ellas. La muestra estuvo conformada por 30 niños neonatos prematuros sanos (<37 semanas de gestación) hijos de madres afroamericanas y con bajo nivel socioeconómico. Los bebés prematuros fueron asignados aleatoriamente a uno de tres grupos (dos experimentales y uno control). Se realizaron cuatro mediciones en cada grupo: al mes, a los cuatro meses y a los doce meses. En el primer grupo experimental las madres estuvieron presentes en la aplicación de la escala Brazelton y luego se les pidió que respondieran una serie de preguntas sobre el comportamiento de su recién nacido; en el segundo grupo experimental las madres no observaron la aplicación de la escala Brazelton, pero se les solicitó que respondieran las preguntas sobre el comportamiento de su recién nacido; Al tercer grupo, llamado control, no se le aplicó la escala Brazelton, pero si completaron un cuestionario sobre los hitos del desarrollo de sus bebés.

Las comparaciones de los grupos durante el mes inicial indicaron que el primer y segundo grupo experimental mostraron mejores puntuaciones en los procesos interactivos (como el cara a cara) y de alimentación en comparación con el grupo control. En el cuarto mes la interacción cara-a-cara de los dos grupos experimentales fue significativamente mejor que el grupo control. Finalmente, en el décimo segundo mes los bebés de los grupos experimentales presentaron mejores puntuaciones en una escala sobre desarrollo mental, en comparación con el grupo control.

Los autores concluyen que compartir con las madres las habilidades del bebé prematuro a partir de la escala Brazelton puede mejorar la

interacción de la madre y del bebé, y con ello se puede contribuir a la mejora de su desarrollo cognitivo.

Efectos de la leche materna en la interacción madre-bebé prematuro

Feldman & Eidelman (2003) se interesaron por examinar los efectos de la leche materna (LM) sobre el desarrollo del bebé prematuro. Para ello, organizaron tres grupos: 1) recepción mínima (<25% de nutrición), recepción media (25%-74%) y recepción substancial de leche materna (> 75%). Para llevar a cabo el estudio se analizó un video y se aplicó la escala Brazelton, con el fin de conocer la madurez neurocomportamental. Se argumentó en la investigación que la LM, debido a su contenido nutricional, es considerada como un factor que tiene un impacto directo sobre el funcionamiento cognitivo y neuronal del bebé, en especial de los prematuros.

Para obtener los resultados se explicitaron muy claramente las categorías a tener en cuenta en la videograbación, a saber, mirada fija materna; afecto maternal; habla materna; contacto maternal; y estado del infante. Así mismo, se aplicó a las madres el Beck Depression Inventory —BDI— (Beck 1978) y a los niños la escala Brazelton. Se les aplicó aproximadamente de 36 a 38 semanas, es decir, cuando se les daba de alta.

Se encontró que las madres quienes proporcionaban una cantidad substancial de leche establecían significativamente más contacto táctil-afectivo que las madres pertenecientes a los otros dos grupos. No obstante, las madres que no daban una cantidad significativa de leche materna hablaban mucho más con los niños que las otras madres. Se halló diferencias significativas entre los neonatos que recibieron altas cantidades de leche materna y los otros dos grupos; este grupo de neonato obtuvo los mejores puntajes en la escala Brazelton. Por otra parte, se halló alta correlación entre la depresión materna y el contacto afectivo táctil. No hubo correlación entre la depresión materna y funcionamiento neuro-comportamental. En la Tabla 3 se encuentra la significancia de la leche materna. La investigación comprobó que la ingestión de altas cantidades de leche materna en el periodo neonatal de niños prematuros se relaciona con un elevado peso y un mejor desarrollo neurológico y cognitivo.

El impacto de la intervención de la relación madre-bebé-prematuro

En nuestra revisión bibliográfica encontramos un artículo que utilizó la escala Brazelton para medir el impacto de la intervención temprana en la interacción madre-hijo en bebés prematuros (Habersaat et al, 2014). La muestra estuvo constituida por 60 niños recién nacidos prematuros hospitalizados, quienes se dividieron en dos grupos: (a) bebés prematuros con intervención; (b) bebés prematuros sin intervención; y un grupo control de bebés nacidos a término. El programa de intervención se estructuró en tres fases; la primera: 33 semanas después de la concepción del bebé; la segunda a las 42 semanas; y la tercera a los 4 meses.

La primera fase de la investigación consistió en una observación conjunta de las madres y sus bebés en un procedimiento de atención estándar en la Unidad de Cuidados intensivos; en este procedimiento se exponía al bebé a ciertos estímulos para ver su desarrollo; estas observaciones tuvieron una duración aproximada de 60 y 70 minutos y se grabaron en videos.

En la segunda fase se utilizó la escala de evaluación del Comportamiento Neonatal de Brazelton para la identificación de las capacidades de los bebés; de igual modo, el proceso se registró en video.

En la tercera fase se realizó una guía de interacción estructurada programada en tres citas durante tres semanas consecutivas (McDonough, 2005); en cada cita se le pedía a las madres que jugaran libremente con su bebé durante 10 minutos. Todas las interacciones fueron grabadas en video y las madres estaban acompañadas por un especialista de orientación interactiva; el objetivo era promover las cualidades de cuidado y mejorar la sensibilidad de los padres hacia el bebé a través de la observación; estas citas tuvieron una duración entre 60 y 90 minutos en promedio.

Posteriormente, se convocó a los dos grupos casos y al grupo control para realizar la misma actividad de juego y registrarla nuevamente en video. Los niveles de cortisol diurno salival se evaluaron a los 6 y 12 meses. Los resultados de la investigación reportaron un impacto significativo de la intervención en los niveles de cortisol diurno a los 6 meses, los cuales fueron más bajos en los recién nacidos prematuros sin intervención en comparación con otros grupos. A los 12 meses, no se encontró tal diferencia.

Discusión

El fenómeno de la interacción madre-bebé ha sido estudiado de múltiples maneras y teniendo en cuenta diferentes situaciones. Ciertamente, los bebés no pueden expresar sus primeras palabras hasta casi un año después de nacer, sin embargo, pueden interactuar con el mundo que les rodea a partir de un rico vocabulario corporal, gestual, visual y, sobre todo, a través del llanto. Por esta razón, la escala Brazelton tiene en cuenta un amplio rango de comportamientos del bebé, permitiendo obtener un perfil del infante a partir del conocimiento de sus fortalezas, respuestas adaptativas y posibles puntos vulnerables. Todas estas características han facilitado que sea mayormente aplicada en el área clínica y de la investigación, tanto en neonatos sanos, como en aquellos que se encuentran en riesgo (Brazelton & Nugent, 1997).

En las investigaciones revisadas se estudió la interacción madre-neonato a partir del fenómeno “cara a cara” y de la comparación de resultados con la escala Brazelton. Se sabe que algunos de los problemas de interacción madre-bebé pueden deberse a factores tales como: la presencia de ansiedad o depresión materna, la aversión de la madre a la mirada fija del infante, el poco desarrollo neurobiológico (mucho más si es prematuro) y/o a la sobre-estimulación materna (Belsky & Fearon, 2002). Sumado a esto, se encuentran otros factores importantes: el bajo nivel socioeconómico, los problemas maritales y la presencia de psicopatologías en la madre (Zeanah, Boris & Larrieu, 1997).

Ahora bien, iniciando con la investigación de Field (1977) a partir de la escala Brazelton, se ha descartado que la separación madre-niño tuviera un efecto directo y altamente significativo en la interacción de ambos. De acuerdo con este autor, la interacción madre-infante puede verse más perturbada por el poco desarrollo neurobiológico del neonato, por la baja madurez motora, por el bajo tono muscular y por las bajas puntuaciones en consolación y orientación inanimada y animada, que por la separación madre-bebé propiamente dicha. En efecto, estos déficits contribuyen a que la conducta de los recién nacidos de alto riesgo afecte la interacción madre-bebé (Brazelton & Nugent, 1995).

Cuando el bebé nace a término y en condiciones normales, puede establecer el control de su conducta y organizar sus funciones fisiológicas.

Por el contrario, los prematuros, tienen que completar el desarrollo de estas habilidades fuera del vientre de la madre. También es cierto que cuando un bebé presenta cualquier dificultad, la respuesta de los padres hacia el niño puede estar ausente de tranquilidad y aceptación inmediatas, esto influiría negativamente en la estabilidad de la diada materno-filial, sobre todo si la madre se ve superada por la situación.

Ciertamente, las condiciones psicológicas de la madre pueden facilitar las condiciones de adaptación del bebé prematuro. En efecto, existe evidencia empírica que avala la importancia que tiene la relación madre-hijo, en el desarrollo, mantenimiento y cura de síntomas de carácter psicológico, especialmente en la infancia temprana, esto es, cuando ese bebé prematuro ya ha superado el año de vida (Chu & Lieberman, 2010; Gunnar & Quevedo, 2007; Romero-Acosta & Ruiz, 2015).

Esta realidad se acerca a los hallazgos de la mayor parte de los estudios revisados en la presente investigación, por ejemplo, en Habersaat et al. (2014) ha informado que la vivencia del estrés es mayor en los niños prematuros en comparación con sujetos en su misma condición que fueron intervenidos para mejorar la eficacia de la relación madre-hijo. Estos hallazgos tienen relación con otros estudios que han encontrado que la interacción establecida por la madre sobre el lactante-prematuro tiene un papel importante sobre la autorregulación del estrés y sobre el apoyo de las experiencias difíciles que experimenta el infante (Feldman, 2007; Warren et al, 2003; Ahnert, Gunnar, Lamb, & Barthel, 2004).

En línea con estos hallazgos, Widmayer & Field (1981) encontraron que existe una mejor interacción madre-bebé cuando se utiliza la escala Brazelton en presencia de las madres. De manera similar Holditch et al. (2014), Feldman & Eidelman (2006) y otros (White-Traut, Schwertz, McFarlin, & Kogan, 2009; Ahn, Lee & Shin, 2010; Neu & Robinson, 2010) hallaron que las interacciones materno-filiales pueden mejorar con intervención y que esto a su vez optimiza la respuesta al estrés de los niños prematuros, sobre todo en la regulación del llanto, en el crecimiento y en la respiración.

Es necesario destacar que la escala Brazelton es cualitativa, da un perfil general sobre el estado del neonato y puede ayudar a los padres a valorar mucho más las potencialidades del bebé. En ese caso, el solo hecho de aplicarla junto a la madre podría influir en una mejoría de la relación

madre-niño. A partir de esta revisión bibliográfica damos cuenta sobre el uso de la escala Brazelton dentro del campo investigativo en la relación madre-infante prematuro, presentando en nuestros resultados los aportes de los estudios encontrados.

Estos hallazgos pueden contribuir al desarrollo de nuevas líneas de investigación; por ejemplo, en Colombia no se encontraron estudios que indaguen sobre la interacción madre e hijo en bebés prematuros, y mucho menos que apliquen la escala Brazelton en bebés.

Debido a nuestra realidad y a la alta prevalencia de adolescentes embarazadas en el país (De cero a siempre, 2013), se hace necesario una ruta investigativa que permita estudiar la interacción madre-bebés prematuros en las jóvenes mamás colombianas, pues en las adolescentes se encuentran cifras alarmantes de nacimientos prematuros; esto puede terminar afectando la salud mental de las madres en su proceso de interacción con los hijos (Redacción el país, 2014; Opinión & Salud 2015). Con el uso de la escala Brazelton como instrumento de medición y de soporte se pueden proponer nuevas investigaciones que aporten a la discusión teórico-científica, asimismo, que contribuyan al campo de la salud pública a nivel nacional.

Ciertamente, a partir de esta revisión teórica, sabemos que la escala Brazelton es un instrumento fiable y útil para ser utilizado en neonatos, sobre todo en prematuros. De acuerdo con los estudios revisados y disponibles sobre el tema, se recomienda que se realicen más investigaciones de corte longitudinal, con el fin de comprender mejor la interacción madre-hijo, y monitorear así los aspectos psicológicos que pudieran afectar la salud mental de las madres cuyos bebés han tenido un nacimiento prematuro, de esta manera se podrían crear estrategias de intervención psico-emocionales que aborden esta problemática.

Referencias

- Ahn, H. Y., Lee, J., & Shin, H. J. (2010). Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. *Journal of Tropical Pediatrics*, 56, (5), 342–344. <http://dx.doi.org/10.1093/tropej/fmq063>.
- Ahnert, L., Gunnar, M. R., Lamb, M. E., & Barthel, M. (2004). Transition to child care: Associations with infant–mother attachment, infant negative emotion, and cortisol elevations. *Child Development*, 75 (3), 639–650. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00698.x.
- Ainsworth M, Bell S, & Stayton D. (1974). Infant/mother attachment and social development: “Socialization” as a product of reciprocal responsiveness to signals. En P. M. Richards (Ed.), *Integration of a child into a social world*; (pp. 99–135). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillside, NJ. Lawrence Erlbaum Associates.
- Als H. A (1986). Synactive model of neonatal behavioural organization: Framework for the assessment of neurobehavioural development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical Occupational Therapy Paediatrics*. 6 (3), 3-53. https://doi.org/10.1080/J006v06n03_02.
- Als, H., Butler, S., Kosta, S. & McAnulty, G. (2005), The Assessment of Preterm Infants’ Behavior (APIB): Furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants. *Developmental Disabilities Research. Reviews.*, 11 (1), 94–102. Doi:10.1002/mrdd.20053.
- Als, H., Lester, B. M., & Brazelton, T. B. (1979). Dynamics of behavioral organization of the premature infant: A theoretical perspective. In T. M. Field, A. M. Sostek, S. Goldberg, & H. H. Sherman (Eds.), *Infants born at risk* (pp. 173-192). New York: Spectrum Books.
- American Pregnancy Association (2015). *Premature Birth Complications. Risks of complications for premature newborns*. Retrieved from <http://americanpregnancy.org/labor-and-birth/premature-birth-complications/>.

- Amiel-Tison C. (1999a). *Neurologie Perinatale*. Paris: Ed Masson.
- Amiel-Tiso C. (1999b). L'enfant nouveau-né un cerveau pour la vie. In-
serm.
- Beck A. (1978). Beck Depression inventory. The psychological corporation,
San Antonio, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Belsky J, & Fearon P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal
sensitivity, and later child development: Does continuity in develop-
ment depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human
Development*, 4 (3), 361-387. doi:10.1080/14616730210167267.
- Bener A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers
of preterm infants and associated factors: a neglected public
health problem. *Rev Bras Psiquiatr.* 35(3): 231-6. [http://dx.doi.
org/10.1590/1516-4446-2012-0821](http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0821).
- Bowlby J. (1982). Caring for children: some influences on its development.
In *Parenthood*, ed. R. S. Cohen, S. H. Weissman, and B. J. Cohler,
New York: The Guilford Press.
- Bowlby J. (1995). Una base Segura. Buenos Aires. Paidós.
- Bowlby J. (1998). El apego. El apego y la pérdida. Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T. B. (1973a). Neonatal behavioral assessment scale. Philadel-
phia: Lippincott.
- Brazelton, T.B. (Ed.) (1973b). Neonatal Behavioural Assessment Scale.
London: MacKeith Press.
- Brazelton T, B. & Nugent J. K. (1995). Neonatal Behavioral Assessment
Scale. 3ª edición. Mac Keith Press.
- Brazelton, T. & Nugent K. (1997). Escala para la evaluación del comporta-
miento neonatal (1ª edición). Barcelona. Ed Paidós.
- Brazelton, T. B., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., & Wise, S. (1975). Early
mother-infant reciprocity. In M. A. Hofer (Ed.). *The parent-infant
relationship* (pp. 137-155). London: Ciba.
- Brazelton, T.B. (1984). Neonatal Behavioral assessment scale 2ª edición.
Clinics in Developmental Medicine N° 88, Londres: Ed. Spastics
Internacional Medical Publications (SIMP).
- Brazelton, T. (2001). Momentos clave en la vida de tu hijo. Barcelona: Ed.
Plaza & Janés.

- Charpak, N., Gabriel Ruiz, J., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., ... & Mokhachane, M. (2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica*, 94(5), 514-522.
- Chu, A. & Lieberman, A. (2010). Clinical implication of traumatic stress from birth to age five. *The annual review of clinical psychology*. 6, (1) 469 - 494. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.12.1208.131204>
- Costa, R., Figueiredo, B., Tendais, I., Conde, A., Pacheco, A. & Teixeira, C. (2010). Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale: A psychometric study in a Portuguese sample. *Infant Behavior and Development*. 33, (4) 510-517, <https://doi.org/10.1016/j.inf-beh.2010.07.003>.
- Costas, C., Fornieles, A., Botet, F., Boatella, E. & De Cáceres M. (2007). Evaluación psicométrica de la Escala de Brazelton en una muestra de recién nacidos españoles. *Psicothema*, 19(1), 140-149.
- De cero a siempre (2013). El aumento del embarazo de adolescentes en Colombia (boletín N° 2). Recuperado de <https://goo.gl/DVM2VE>.
- De Chateau, P., & Wiberg, B. (1977). Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour post partum: Vol. 2. Follow-up at three months. *Acta Paediatrica Scandinava*, 66 (2), 137- 143. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1977.tb07825.x.
- DiVitto, B., & Goldberg, S. (1979). The effects of newborn medical status on early parent-infant interaction. In T. M. Field, A. M. Sostek, S. Goldberg, & H. H. Sherman (Eds.), *Infants born at risk* (pp. 311-332). New York: Spectrum Books.
- Eckerman, C. O., Hsu, H.-C., Molitor, A., Leung, E. H. L., & Goldstein, R. F. (1999). Infant arousal in an en-face exchange with a new partner: Effects of prematurity and perinatal biological risk. *Developmental Psychology*, 35(1), 282-293. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.282>.
- Fava G, Zorzi C, Bottos M. (1992). Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Feldman, R., & Eidelman A. (2003). Direct and indirect effects of breast milk on neurobehavioral and cognitive development of pre-

- mature infants. *Developmental Psychobiology*, 43(2), 109-119. Doi:10.1002/dev.10126.
- Feldman, R. & Eidelman, A. I (2006). Neonatal State Organization, Neuro-maturation, Mother-Infant Interaction, and Cognitive Development in Small-for-Gestational-Age Premature Infants. *Pediatrics*, 118(3). Doi:10.1542/peds.2005-2040.
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing: Psychological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 329– 354. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x.
- Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*: 80 (2), 544–561. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2009.01278.x.
- Field T. (1977). Effects of early separation, interactive deficits, and experimental manipulations on infant-mother face-to-face interaction. *Child Development*. 48 (3):763-771. <http://dx.doi.org/10.2307/1128325>.
- Field, T. (1995). Massage therapy for infants and children. *Journal of Behavior and Developmental Pediatrics*, 16, 105–111. <http://dx.doi.org/10.1097/00004703-199504000-00008>.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2010). Early dyadic patterns of mother–infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*: 118 (1), 107–114. DOI: 10.1542/peds.2005-1145.
- Fuertes, M., Lopes-Dos-Santos P., Beehgly, M.& Tronick E. (2009). Infant coping and maternal interactive behavior predict attachment in a Portuguese sample of healthy preterm Infants. *European Psychologist*, 14(4): 320–331. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.14.4.320>.
- González S. F. (2009). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: La relación temprana y el apego. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 48 (1) 61 – 80. <http://www.seppyna.com/documentos/articulos/crianza-ninos-prematuros-gonzalez-serrano.pdf>.

- González S. F. (2010). Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 49 (1) 133-152. Recuperado de <http://www.sepypna.com/documentos/articulos/nacer-crianza-ninos-prematuros.pdf>.
- Green, J., Bax, M., & Tsitsikas, H. (1989). Neonatal behavior and early temperament: A longitudinal study of the first six months of life. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 82-93. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01637.x>.
- Gunnar M, & Quevedo K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58 (1), 145–73. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>.
- Habersaat, S., Pierrehumbert, B., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Ansermet, F., Müller-Nix, C., & Borghini, A. (2014). Early stress exposure and later cortisol regulation: Impact of early intervention on mother–infant relationship in preterm infants. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 457-464. <http://dx.doi.org.ez-proxy.unal.edu.co/10.1037/a0033878>.
- Hawthorne J. (2005). *Using the Neonatal Behavioural Assessment Scale to support parent-infant relationships*. *Infant*, 1(6): 213-218. http://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_006_irs.pdf.
- Hayes, B., & Sharif, F. (2009). Behavioural and emotional outcome of very low birth weight infants—Literature review [Review]. *Journal of Maternal–Fetal and Neonatal Medicine*, 22, (1) 849–856. doi:10.1080/14767050902994507.
- Holditch-Davis, D., White-Traut, R. C., Levy, J. A., O'Shea, T.M., Geraldo, V. & David, R. J. (2014). Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: Effects on maternal psychological distress and mother–infant relationship. *Infant Behavior and Development*, 37 (4), 695-710. <https://doi.org/10.1016/j.inf-beh.2014.08.005>.
- Holmes, D. L., Nagy, J. N., Slaymaker, F., Sosnowski, R. J., Prinz, S. M., & Pasternak, J. F. (1982). Early influences of prematurity, illness, and prolonged hospitalization on infant behavior. *Developmental Psychology*, 18(5), 744-750. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.18.5.744>.

- Honglin Zhu, Kek Khee Loo, Lihua Min, Qiongying Yin, Hong Luo, Lian Chen & Shohei Ohgi. (2007). Relationship between neurobehaviours of Chinese neonates and early mother–infant interaction. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25:2, 106-121, DOI:10.1080/02646830701292340.
- Institute of Medicine US. (2007). Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes; Behrman RE, Butler AS, editors. *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Jacobson S., Fein G. G, Jacobson J. L, Schwartz, P. M & Dowler, J. K. (1984). *Neonatal* correlates of prenatal exposure to smoking, caffeine, and alcohol. *Infant and Child Development*, 7(3), 253-265. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(84\)80041-7](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(84)80041-7).
- Jacobson, J. L., Fein, G. G., Jacobson, S. W., & Schwartz, P. M. (1984). Factors and clusters for the Brazelton scale: An investigation of the dimensions of neonatal behavior. *Developmental Psychology*, 20(3), 339-353. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.20.3.339>.
- James-Roberts, & Halil, T. (1991). Infant crying patterns in the first year: Normal community and clinical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32. 951-968. Doi:10.1111/j.1469-7610.1991.tb01922.x.
- James-Roberts, Wolke D. (1988). Convergence and discrepancies among mother' and professionals' assessments of difficult neonatal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29: 21–42. Doi:10.1111/j.1469-7610.1988.tb00686.x 29: 21-42.
- Klein, P. & Feldman R. (2007). Mothers' and caregivers' interactive and teaching behaviour with toddlers. *Early Child Development and Care*, 177 (4): 383-402. <https://doi.org/10.1080/03004430600551682>.
- Korja, R., Maunu, J., Kirjavainen, J., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., ... & PIPARI Study Group. (2008). Mother–infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early human development*, 84(4), 257-267.
- Korner A & Thom V. (1990). *Neurobehavioral Assessment of the Preterm Infant*. Nueva York: The Psychological Corporation. Harcourt, Brace & Jovanovich, Inc.

- Lehmann, J., Stohr, T., & Feldon, J. (2000). Long-term effects of prenatal stress experiences and postnatal separation on emotionality and attentional processes. *Behavioral Brain Research*, 107(2), 133–144. [https://doi.org/10.1016/S0166-4328\(99\)00122-9](https://doi.org/10.1016/S0166-4328(99)00122-9).
- Leonardelli, E. (2009). Desarrollo de un modelo para la observación sistemática de situaciones interactivas lúdicas madre-niño. I congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología, XVI jornadas de investigación, V Encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR, Tomo II. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina.
- Lester B, Hoffman Joel, & Brazelton T. (1985). The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Development*, 56(1), 15-27. DOI: 10.2307/1130169.
- Macey, T. J., Harmon, R. J., & Easterbrooks, M. A. (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 846-852. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.55.6.846>.
- Marrone M. (2001). La Teoría Del Apego: Un enfoque actual. Madrid: Editorial Psimática.
- McDonough, S. (2005). Interaction guidance: Promoting and nurturing the caregiving relationship. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent–infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 79–86). New York, NY: Guilford Press.
- Meier P, Wolke D, Gutbrod T, Rust, L. (2003). The influence of infant irritability on maternal sensitivity in a sample of very premature infants. *Infant and Child Development*, 12(2): 159-166. Doi:10.1002/icd.284.
- Myers B, Jarvis P, Creasey G, Kerkerling K. (1992). Prematurity and respiratory illness: *Brazelton* scale (NBAS) performance of preterm infants with bronchopulmonary dysplasia (BPD), respiratory distress syndrome (RDS), or no respiratory illness. *Infant Behavior & Development*, 15(1): 27-41. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(92\)90004-P](https://doi.org/10.1016/0163-6383(92)90004-P).
- Neu, M., & Robinson, J. (2010). Maternal holding of preterm infants during the early weeks after birth and dyad interaction at six months. *Journal*

- nal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39, (4), 401–414. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01152.x>.
- Nicolaou M, Rosewella R, Marlow N, & Glazebrook G. (2009). Mothers' experiences of interacting with their premature infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2): 182–194. <https://doi.org/10.1080/02646830801922796>.
- Opinión & Salud (2015). De cada 100 niños que nacen en Colombia, 12 son prematuros. Revista digital Recuperado de <http://bit.ly/2EAC3f9>.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1992) Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia (5ta edición). México: Editorial McGraw-Hill.
- Pérez-López J. (2006). Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la Atención Temprana. En J. Pérez-López & A. Brito de la Nuez (Coords.), Manual de Atención Temprana; (pp. 27-42). Madrid: Editorial Pirámide.
- Phillips R, Sharma R, Premachandra B, Vaughn A, Reyes-Lee M. (1996). Intrauterine exposure to cocaine: Effect on neurobehavior of neonates. *Infant Behavior & Development*. 19(1); 71-81. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(96\)90045-4](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(96)90045-4).
- Pignotti, M. S., & Donzelli, G. (2008). Perinatal care at the threshold of viability: An international comparison of practical guidelines for the treatment of extremely preterm births. *Pediatrics*, 121(1), 193–198. doi:10.1542/peds.2007-0513.
- Puig-Calsina S, Obregón-Gutiérrez N, Calle del Fresno S, Escalé-Besa M, Cantó-Codina L, Goberna- Tricas J. (2018). Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 19(1): 21-27. Recuperado de http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Revision_Ansiedad-1.pdf.
- RAE- Real Academia Española (2018). Diccionario de la lengua española (23.a ed.) Madrid, España. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=Ls-Cpk2t>.
- Redacción el país (2014). En Colombia los partos prematuros representan el 12 % de los nacimientos. Recuperado de <https://goo.gl/iLTvQ3>.
- Reed, D. M., & Stanley, F. J. (1977). The epidemiology of prematurity. Baltimore, Md.: Urban & Schwansenberg, USA.

- Richardson, G., Hamel, S., Golschmidt, L. & Day, N. (1996). The effects of prenatal cocaine use on *neonatal* neurobehavioral status. *Neurotoxicology and teratology*, 18 (5), 519-528. [https://doi.org/10.1016/0892-0362\(96\)00062-1](https://doi.org/10.1016/0892-0362(96)00062-1).
- Romero-Acosta K., & Ruiz, F. (2015). El trastorno de estrés postraumático en niños preescolares: una revisión literaria. *Katharsis*, 20 (1), 145 – 167. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/732/1036>.
- Ruiz, A.L. (2004). Un nacimiento antes de tiempo. Subjetividad y Procesos Cognitivos; 256-280. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/258/Un_nacimiento_antes_de_tiempo.pdf?sequence=1.
- Scafidi, F. A., Field, T. M., Schanberg, S. M., Bauer, C. R., Tucci, K., Roberts, J., Morrow, C., & Kuhn, C. (1990). Massage stimulates growth in preterm infants: A replication. *Infant Behavior and Development*, 13 (2), 167–188. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(90\)90029-8](https://doi.org/10.1016/0163-6383(90)90029-8).
- Shin, H., Park, Y., Ryu, H. & Seomun G. (2008). Maternal sensitivity: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 6 (3): 304–314. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04814.x.
- Smeriglio, V. L. (1981). Measures of effects of mother-newborn contact: Similarities, differences, conceptual basis and validity. In V. L. Smeriglio (Ed.), *Newborns and parents: Parent-infant contact and newborn sensory stimulation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Sostek, A. M, & Anders T. F (1977). Relationships among the Brazelton Neonatal Scale, Bayley Infant Scales, and early temperament. *Child Development*; 48(1), 320–323. <http://dx.doi.org/10.2307/1128921>.
- Treyvaud, K., Anderson, V. A., Lee, K. J., Woodward, L. J., Newnham, C., Inder, T. E., ... & Anderson, P. J. (2009). Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(7), 768-777.
- Tu, M. T., Grunau, R. E., Petrie-Thomas, J., Haley, D. W., Weinberg, J., & Whitfield, M. F. (2007). Maternal stress and behavior modulate relationships between neonatal stress, attention, and basal cortisol at 8 months in preterm infants. *Developmental Psychobiology*, 49(2), 150–164. doi: 10.1002/dev.20204.

- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IZendoorm, H.M., Bakermans-Kranenburg, J.M., Juffer, M., Stolk, N.M., Koot, M. H. & Alink, L.R. (2006). Attachment-Based Intervention for enhancing Sensitive Discipline in Mothers of 1- to 3-Year-Old Children at Risk for Externalizing Behavior Problems: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 994-1005. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.994>.
- Warren, S. L., Gunnar, M. R., Kagan, J., Anders, T. F., Simmens, S. J., Rones, M. & Sroufe, L. A. (2003). Maternal panic disorder: Infant temperament, neurophysiology and parenting behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42,(7),814–825. doi:10.1097/01.CHI.0000046872.56865.02.
- White-Traut, R. C., Schwertz, D., McFarlin, B., & Kogan, J. (2009). Salivary cortisol and behavioral state responses of healthy newborn infants to tactile-only and multisensory interventions. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38., (1), 22–34. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00307.x>.
- Widmayer, S.M., Field, T.M (1981). Effects of Brazelton demonstrations for mothers on the development of preterm infants. *Pediatrics*, 67 (5), 711-714. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7255001>.
- Wiggera, A., & Neumanna, I. D. (1999). Periodic maternal deprivation induces gender-dependent alterations in behavioral and neuroendocrine responses to emotional stress in adult rats. (2), 66, 293–302. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(98\)00300-X](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(98)00300-X).
- Worobey, J., & Belsky, J. (1982). Employing the brazelton scale to influence mothering: An experimental comparison of three strategies. *Developmental Psychology*, 18(5), 736-743. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.18.5.736>.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W. & Larrieu, J. A. (1997). Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, (2), 165-178. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00007>.

MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN EMOCIONAL Y LA PERCEPCIÓN EMOCIONAL EN NIÑOS CON TDAH Y TOD

Rosy Jaraba¹

Ubaldo Ruiz²

Jorge Navarro-Obeid³

Corporación Universitaria del Caribe CECAR

Resumen

La presente investigación buscó determinar si existen diferencias significativas a nivel de las variables de cognición social, como la percepción de estados emocionales y del comportamiento social en niños con TDAH y TDAH/TOD, en comparación con sujetos normales, con edades comprendidas entre 11 y 15 años y entre los grados 6 a 9 de básica secundaria de una institución educativa regular de la ciudad de Sincelejo. La metodología se basó en un diseño preexperimental de tipo descriptivo comparativo con análisis estadístico del desempeño de los grupos de estudios de casos de niños con: TDAH (G2), TDAH/TOD (G3) y niños controles (G1), con la aplicación de pruebas de cognición social: Test de falso paso y lectura mental de la mirada; igualmente, para la confirmación de diagnósticos se aplicaron *Check List* y la prueba de inteligencia Weschler (WISC-IV). Los resultados

1 Magister en Trastornos Cognoscitivos y del Aprendizaje (Uninorte), Especialista en Trastornos Cognoscitivos y del Aprendizaje (Uninorte). Docente y tutora universitaria en modalidad presencial, distancia y virtualidad en programas de psicología y licenciaturas. Correo: rossy.jaraba@cecar.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8527-9578>.

2 Magister en gerencia del talento humano, master en salud mental y clínica social, especialista en psicología clínica, psicólogo. Docente de la corporación universitaria del caribe Cekar, facultad de humanidades y educación, programa de psicología. Correo: ubaldo.ruiz@cecar.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3918-1940>.

3 Estudiante de primer año del Doctorado en Psicología de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Magister en Psicología. Corporación Universitaria del Caribe – CECAR, Sincelejo, Colombia. Correo: jorge.navarro@cecar.edu.co Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2160-5220>.

principales indican que existen diferencias en el procesamiento de la percepción emocional y del comportamiento social en los niños con TDAH y TDAH/TOD, en relación a niños sin estos trastornos; reflejando dificultades significativas en los niños con TDAH y TDAH/TOD en la percepción de emociones, discapacidad para procesamiento de contenidos afectivos, identificación y comprensión de las expresiones faciales de emociones. Asimismo, se encontró que los niños con TDAH y TDAH/TOD manifestaron dificultades en la detección de conductas inapropiadas de una situación social, incapacidad para interpretar las acciones, palabras, dobles sentidos e intenciones, dificultad para comprender los acontecimientos sociales; de igual modo, incapacidad para predecir el impacto emocional de una acción en otra persona. Se evidenciaron carencias en el procesamiento e interpretación de la información social y la atención a las pistas sociales relevantes.

Palabras Clave: cognición social, TDAH, percepción emocional, percepción del comportamiento social.

Abstract

The present research sought to determine if there are significant differences at the level of social cognition variables such as the perception of emotional states and social behavior in children with ADHD and ADHD/TOD in comparison with normal subjects, with ages between 11 and 15 years and between grades 6 to 9 of basic secondary school of a regular educational institution in the city of Sincelejo. The methodology was based on a pre-experimental design of comparative descriptive type with statistical analysis of the performance of the groups of case studies of children with: ADHD (G2), ADHD/TOD (G3) and control children (G1), with the application of social cognition tests: test of false step and mental reading of the look; also, for the confirmation of diagnoses were applied Check List and the Weschler intelligence test (WISC-IV). The main results indicate that there are differences in the processing of emotional perception and social behavior in children with ADHD and ADHD/TOD in relation to children without these disorders, reflecting significant difficulties in children with ADHD and ADHD/TOD in the perception of emotions, disability to process affective content, identification and compression of facial expressions of emotions. It was also found that children with ADHD and ADHD/TOD, showed

difficulties in detecting inappropriate behaviors of a social situation, inability to interpret actions, words, double meanings and intentions, difficulty in understanding social events and inability to predict the emotional impact of an action on another person. Shortcomings were evident in the processing and interpretation of social information and attention to relevant social clues.

Keywords: social cognition, TDAH, emotional perception, perception of social behavior.

Introducción

Una de las habilidades sociales que tenemos los seres humanos es realizar inferencias del comportamiento de los demás, esta capacidad es la que ha permitido al hombre desenvolverse socialmente en su ambiente, realizando ajustes y modificaciones en su conducta a partir del aprendizaje de sus experiencias previas, facilitando predicciones sobre el curso posible de una acción; esto es, la habilidad para percibir las intenciones y estados mentales de los otros (Brothers, citado en Rodríguez, Acosta y Rodríguez, 2011) se denomina cognición social.

La cognición social es un concepto que aún se encuentra en estudio conceptual y metodológico, sin embargo, en la literatura de la psicología se hace referencia al conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, que integran los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones; disposiciones, así como conductas de los demás (Ostrom; Brothers, como se cita en Ashford & LeCroy, 2009). Es decir, se refiere al conjunto de procesos cognitivos que a partir de su funcionamiento dan cuenta de cómo la gente piensa sobre sí misma y los demás, asimismo sobre las situaciones e interacciones sociales (Penn, Corrigan, Bental, Racenstein, y Newman, 1997).

Partiendo de esta idea es posible atribuir estados mentales tanto a sí mismo como a los demás, es decir: ser capaz de entender el rol del otro y en cierta forma ponerse en el lugar de esa persona; de esta forma, se postula la “teoría de la mente”, la cual es una variable de la cognición social que hace referencia a las inferencias que un individuo puede hacer sobre las actitudes, pretensiones o sentimientos de los demás, estas constituyen una

teoría, pues aun cuando no son estrictamente comprobables, si permiten realizar predicciones sobre el comportamiento del otro, y de esta manera actuar de la manera más conveniente en una determinada situación social (Perner & Lang, 1999; Baron-Cohen, & Wheelwright, 2004; Pineda y Puentes, 2013).

Las variables a estudiar desde la cognición social —objeto de estudio de la presente investigación— son la percepción emocional y la percepción del comportamiento social; la primera apunta a la capacidad de identificar y hacer una lectura de nuestros propios sentimientos y emociones, de igual modo a la de los demás, así como a la capacidad de ser flexible y adaptarse a múltiples facetas afectivas. Esto requiere reconocer las emociones expresadas, tanto a nivel verbal como gestual, en el rostro y en cuerpo de los demás.

Consecuentemente, se puede distinguir y asignar un valor o contenido emocional a los acontecimiento o situaciones sociales, para así describir, expresar y designar una etiqueta a lo que se está percibiendo (Extremera y Fernández, 2003). La segunda variable en estudio, percepción del comportamiento social, se refiere a elementos asociados a valorar reglas y roles sociales, así como para evaluar el contexto social. Estos procesamiento sociales se encuentran fundamentados en procesos perceptivos básicos que permiten la orientación de la atención hacia señales o claves sociales por ende, ayudan a la interpretación de situaciones en las que la persona interactúa. La percepción del comportamiento social, implica dos fases, una fase de identificación o categorización de la conducta, y otra, que permite decidir si la conducta observada es debido a estados emocionales estables o a elementos situacionales (Bellack, Blanchard & Mueser; Newman y Uleman, citados en Ruiz-Ruiz, García & Fuentes, 2006).

En síntesis, la cognición social tiene un papel importante en el desarrollo de relaciones generadoras de confianza y empatía en los grupos sociales. Lo anterior nos lleva a señalar que la cognición social es una de las claves fundamentales para que en la sociedad se evidencie el establecimiento de convivencias sanas y pacíficas que contribuyan a la vinculación afectiva. Cuando tenemos una comprensión de los sentimientos del otro, nos permite desarrollar conductas pro sociales y altruistas (Montoya & Arango, 2015).

Butman, Abel y Allegri (2003), mencionan la existencia de estructuras anatómicas que se relacionan con dicha capacidad, dentro de

las cuales se encuentran: las cortezas sensoriales superiores encargadas de las representaciones perceptuales de los estímulos; así como el contenido emocional que procesa la amígdala; las regiones corticales como el frontal izquierdo, parietal derecho y región del cíngulo que se relacionan con la forma de actuar en un contexto social y la corteza orbitofrontal encargada de la toma de decisiones y el razonamiento social; siendo así, es claro que el funcionamiento ejecutivo resultante de la actividad de áreas prefrontales se encuentra estrechamente ligado con la capacidad para interactuar adecuadamente con el otro, ello implica a su vez el potencial para coordinar los procesos mentales, dirigir la motivación, controlar los impulsos y monitorear la conducta en pro de una mejor adaptación a las demandas del entorno.

Hay numerosos estudios que recogen la presencia de alteraciones en la cognición social en diversos trastornos y/o déficits. Cuando existe déficits o ausencia de cognición social se ven mermadas varias competencias sociales y personales en el individuo. Es el caso de los sujetos que presentan trastornos de conducta, tal es el caso del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el Trastorno oposicionista desafiante (TOD), en los cuales se encuentran ausencias de habilidades sociales como la empatía y la regulación y/o control inhibitorio (Restrepo, Arana, Alvis & Hoyos, 2015).

Ambos trastornos se caracterizan por una alteración de origen poligenético que tienen una base neurológica, caracterizada principalmente por la disfunción de los sistemas fronto-estriados relacionada con el control de impulsos y la autorregulación emocional, esto se refleja en una clara dificultad para relacionarse adecuadamente con las demás personas (Ramírez, 2015).

Se han realizado varias investigaciones y estudios donde se da cuenta de la ausencia de la cognición social en personas con TDAH (García, 1999; Clark, Prior & Kinsella, 2002; Rapport, Friedman, Tzelepis y Van Voorhis, 2002; Yuil y Lion, 2007), todos estos apuntan a que las habilidades sociales se encuentran claramente deterioradas, ya sea por dificultades atencionales, por un sesgo en la percepción del comportamiento social o por el pobre control de impulsos y regulación emocional. Otras investigaciones han hecho referencia a que los niños con TDAH presentan un déficit en el proceso comunicativo no verbal, específicamente, en el proceso perceptivo,

en este sentido, el reconocimiento de expresiones faciales de emociones se vería afectado, por lo que una incorrecta identificación de estas resulta fundamental para establecer y regular relaciones interpersonales (Pardo, Fernández-Jaén & Fernández-Mayoralas, 2009).

Todos estos estudios apuntan a que las habilidades sociales en estos trastornos se encuentran claramente deterioradas, ya sea por dificultades atencionales, por un sesgo en la percepción del comportamiento social o por el pobre control de impulsos y regulación emocional.

En estudios realizados se encontró que entre los aspectos más afectados en la cognición social de niños con TDAH se encontraban “la dificultad para responder a las demandas planteadas en la interacción, la baja tolerancia a la frustración y la conducta agresiva, que lleva a los sujetos que padecen este tipo de trastorno al rechazo y al aislamiento social” (Castaño, 1999, p. 21). Se expone que en los niños con TDAH existe un déficit en habilidades de mediación verbal o autoinstrucciones, relacionado con la dificultad para aprender las habilidades sociales adecuadas que involucren respuestas (Mellado, Martínez y Tello, 2013; Orjales, 2007).

De igual forma, estudios realizados apuntan a que entre el 50% - 70% de niños con TDAH presentan dificultades en la relación social con su par, y los problemas sociales aumentan el riesgo de padecer alteraciones emocionales, así como conductuales, a lo largo del ciclo vital (Roselló-Miranda, Berenguer-Forner, Baixauli-Fortea & Miranda-Casas, 2016).

Por su parte, la cognición social en los niños con TOD, ha sido poco estudiada, sin embargo, se considera que estos individuos, en inicio, empiezan a tener comportamientos coactivos en otras interacciones sociales, conduciéndolos a conductas agresivas y destructivas con sus compañeros y adultos. Posterior a los intercambios coactivos recurrentes, muestran formas problemáticas de procesar la información social; esto se soporta en las deficiencias encontradas en la comprensión lingüística, la memoria verbal y la fluidez verbal (Fonseca-Parra & Rey-Anaconda, 2013), lo que indica las dificultades en el procesamiento del contenido verbal, primordial para la regulación emocional, cognoscitiva y conductual entre los niños con problemas de comportamiento (Eme, 2007; Rubia, 2011).

Desde esta misma perspectiva, es claro que la capacidad de entender y comprender las intenciones, ideas, sentimientos de las otras personas, se ve

afectada en niños con trastornos de conducta (TDAH y TOD, en particular) presentando alteraciones representadas en las actitudes, hostiles, agresivas, desobedientes, oposicionista, desorganizadas hacia los demás personas, de este modo, es probablemente que la impulsividad sea un factor vinculante, para la coexistencia, de los dos trastornos (TDAH y negativismo desafiante).

Igualmente, estudios recientes muestran resultados donde se puntualiza que dificultades encontradas en las funciones ejecutivas en niños con TND/TOD (Trastorno Negativista Desafiante) generan alteraciones en la cognición social, lo que da cuenta de déficits en las capacidades de regulación emocional y el uso de estrategias óptimas para la planeación y ejecución de comportamientos adecuados, lo que lleva a que tengan conductas agresivas y problemas en las repuestas prosociales con los otros (Ison-Zintilini & Morelato, así como es citado por Restrepo et al., 2015).

En la presente investigación se tuvo como objetivo principal determinar si existen *diferencias significativas a nivel de las variables de cognición social como la percepción de estados emocionales y del comportamiento social en niños con TDAH y TDAH/TOD en comparación con sujetos normales*, debido a la necesidad de comprender cómo la alteración de dichas capacidades puede interferir en el adecuado desarrollo de las relaciones interpersonales; “numerosos estudios han documentado que los niños con TDAH experimentan dificultades interpersonales y baja competencia social” (Pardos, Fernández-Jaén, Fernández-Mayoralas, 2009, p. 107); generado por su incapacidad para detectar en el otro pistas sociales que le permitan predecir estados emocionales y actuar acorde a la situación. Igualmente, se ha encontrado que en las conductas oposicionistas asociadas al TDAH (TDAH/TOD) existe un mayor riesgo de desarrollar déficit significativos con relación a la competencia social, sobretodo, en la cooperación con pares y adultos, pues implica tanto el seguimiento de reglas, como la necesidad de generar respuestas adecuadas a las expectativas sociales del entorno.

Siendo así, se considera de gran importancia estudiar tanto en niños sanos como en niños con TDAH y TDAH/TOD, la manera como su cerebro responde a las diversas demandas sociales, a partir de la forma en que perciben las expresiones emocionales y comportamientos sociales en su relación con el otro (Pardos et al., 2009). A partir de lo anterior, se pretender dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias

en la cognición social en niños con TDAH y TDAH/TOD en comparación con niños sin patología?

Metodología

En este apartado se expone la perspectiva metodológica, se especifica el tipo de diseño, la población y muestra; instrumentos y procedimientos, entre otros aspectos que orientaron la realización del estudio.

Diseño

Esta investigación se basa en un paradigma positivista de tipo cuantitativo, con un diseño descriptivo transversal con análisis de casos y controles (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El alcance del estudio fue de tipo descriptivo comparativo con análisis de grupo control y grupo experimental, con la finalidad de identificar diferencias en la variable de cognición social en los grupos de niños con TDAH y TDAH/TOD y la ausencia de las mismas (Hurtado de Barrera, 2012).

Población y muestra

La población de esta investigación corresponde a estudiantes de 6° a 9° grado, con edades comprendidas entre 11 y 15 años, que asisten a aulas regulares de clases en la ciudad de Sincelejo. La selección de la muestra fue intencional, dado que se tuvo en cuenta la caracterización de los sujetos a estudiar. El tamaño de la muestra obtenido fue de 30 estudiantes de una institución educativa de estrato socio-económico medio (3 y 4), con un promedio de edad de 12,5. En la tipificación de la muestra los sujetos fueron distribuidos en 3 grupos de estudio, los cuales se encontraban equiparados por edad, grado escolar y coeficiente intelectual, como se indica en la Tabla 1.

Cada uno de los grupos estaba conformado por 10 sujetos:

- Grupo 1: sujetos controles sin ningún tipo de patología.
- Grupo 2: sujetos con TDAH tipo Combinado.
- Grupo 3: sujetos con TDAH-C/TOD.

Tabla 1
Datos clínicos y Sociodemográficos

	Edad	CI	Grado Escolaridad
Control	12,5	95	7,7
Tdah	12,5	94,3	7,3
tod	12,6	94,2	7,5

Fuente: *elaboración propia (2018).*

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron un *Check list* elaborado con los criterios diagnósticos del DSM-IV para identificar sintomatología presente en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el Trastorno oposicionista desafiante.

Escala de inteligencia Weschler (WISC-III), para evaluar las capacidades cognitivas. Cuenta con 13 subtests organizados en dos escalas: verbal y de ejecución, que permiten calcular un CI total; además de los índices de Comprensión Verbal, Organización Perceptual, Ausencia de Distractibilidad y Velocidad de Procesamiento.

Test de falso paso (*Faux pas*): (Stone, Baron-Cohen, Knoght, 1998). Mide la Capacidad de percepción del comportamiento social a partir de la detección de intenciones y conductas incorrectas. El test consiste en 10 historias que contienen un FP (Falso Paso/error) social y 10 historias control que contienen un conflicto menor que no constituye un FP, y se encuentran agrupadas en orden aleatorio.

Los participantes respondieron preguntas que implicaran detección y comprensión del FP; asimismo dos preguntas de control que evalúan la comprensión en general. Con estas preguntas se mide la habilidad de conocer que quien cometió el FP, no sabía al momento de cometerlo que no debía haberlo dicho y que no tuvo la intención de incomodar a su oyente (Butman, et al, 2007).

Lectura mental de la mirada: (Baron-Cohen, Wheelwright y Hill, 2001) miden la habilidad de reconocer el estado mental de una persona a través de la expresión de su mirada, aparece alrededor de la adolescencia y hace énfasis en el aspecto visuoperceptivo, minimizando la demanda

de memoria, de FE y contextual. Esta tarea emplea 36 fotografías de rostros de ambos sexos, en blanco y negro, de la misma región ocular. El sujeto debe “leer la mirada” y elegir una de cuatro palabras impresas que representan términos referidos al estado mental, que a su juicio exprese mejor lo que siente la persona fotografiada. Los términos empleados para describir el estado mental eran previamente explicados por el examinador y se encontraban definidos en un glosario disponible si el examinado lo requería.

Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación se seleccionó la muestra de una población de estudiantes de 11 a 15 años pertenecientes a los grados de 6° a 9°. Para lo cual se contó con la colaboración de los planteles educativos Institución Educativa Técnico Industrial Antonio Prieto de la ciudad de Sincelejo y el Instituto Pestalozzi de la ciudad de Barranquilla, resulta oportuno acotar que se obtuvo el respectivo consentimiento informado. Como primer paso, se solicitó la colaboración de los profesores de aula para detección de individuos con alto riesgo de presentar los trastornos de TDAH y TOD, a partir de una prueba de tamizaje (*check list*) conformado por los criterios diagnósticos para dichas patologías según el DSM IV TR. Posteriormente, se procede a la confirmación del diagnóstico por parte del especialista.

Una vez confirmado el diagnóstico se seleccionaron los sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión de la investigación: tipo de predominio, sexo, edad y CI promedio (85-130), por lo que, seguidamente, se aplicó la escala de inteligencia de Weschler (WISC III), a cada uno de los niños que cumplieran los 3 primeros criterios y así descartar bajo coeficiente intelectual.

Con la muestra seleccionada se aplicaron las pruebas de cognición social: *Faux Pas* y Lectura de miradas. En la recolección de los datos con la primera prueba se valoró la percepción de las expresiones emocionales y con la segunda se hizo una valoración de la capacidad perceptiva del comportamiento social de los sujetos pertenecientes a cada uno de los grupos de estudio. Con dichos resultados se contrastan los hallazgos de la investigación, con estudios previos y se analizan a la luz de la teoría. Por último, se extrajeron las conclusiones que se obtuvieron en la investigación

y se expusieron las recomendaciones pertinentes en cuanto a futuras investigaciones en el área.

Análisis de la información

Se realizó un análisis estadístico por medio del estadígrafo U de Mann Whitney, para determinar la existencia de diferencias entre las variables clínicas y demográficas de la muestra; no se encontró diferencia en edad, el nivel de escolar y el índice de inteligencia actual. Finalmente, se escogieron de forma intencional 30 estudiantes para la muestra, divididos en grupos de 10 participantes, cada uno según la caracterización de la misma: Grupo Control sin patología (G1), Grupo con TDAH (G2) y Grupo con TDAH/TOD (G3).

Para analizar el desempeño obtenido en dichas pruebas, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las medias de las puntuaciones directas obtenidas, igualmente, se utilizó el estadígrafo U de Mann Whitney para establecer las diferencias entre las puntuaciones de los diferentes grupos de análisis, y determinar si esta se consideraba significativa. El nivel de significancia que se utilizó para la comparación de las medias de puntuación de los grupos de estudio fue de $P < 0,05$.

Resultados

En este apartado, se presentan los resultados del estudio, estos se engloban en dos aspectos: Rendimiento General en Pruebas de Cognición Social y la Comparación de Grupos en las variables de Percepción Emocional y Percepción Social (Cognición Social).

Rendimiento general en pruebas de cognición social

A continuación, se describen los resultados relacionados con las variables de estudio: percepción de expresiones emocionales y percepción del comportamiento social en los diferentes grupos de estudio (G1: Control, G2: TDAH, G3: TDAH/TOD).

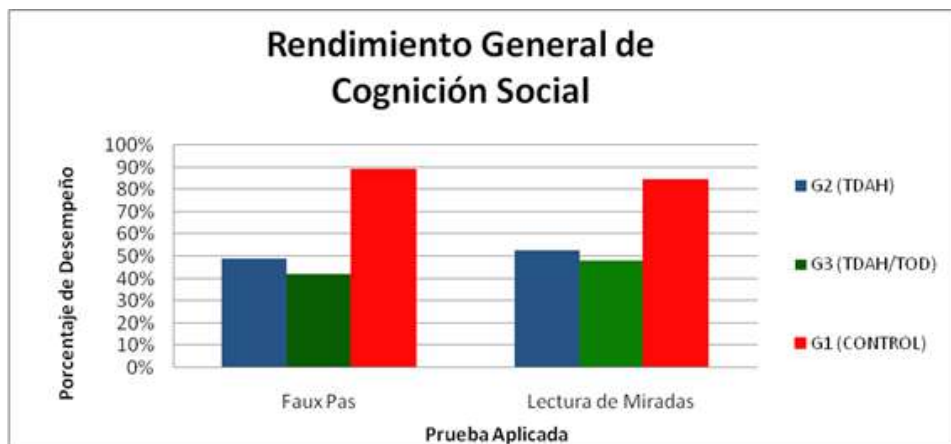


Figura 1. Porcentaje de Rendimiento de los grupos 1, 2, 3 en las pruebas de cognición social.

En la Figura 1 se observa que el G1 (control) obtuvo el 90% en el nivel desempeño en la ejecución de las pruebas *Faux Paux* y Lectura de miradas, lo que indica que esta población tiene un adecuado procesamiento en la percepción de las expresiones emocionales y del comportamiento social; mientras que el G2 obtiene un 48% en los resultados del test de *Faux Paux* y 53% en el test de lectura de miradas, lo que permite dar cuenta de un desempeño promedio en este grupo. Mientras que en el G3 la ejecución tuvo una notoria disminución en el rendimiento en ambas pruebas, proyectando 40% en la primera y 45% en la segunda prueba. Se evidenció disminución en el rendimiento ante las pruebas en los grupos 2 y 3 en comparación con los grupos 1.

Comparación de grupos en las variables de percepción emocional y percepción social (cognición social)

Al realizar un análisis comparativo de los grupos mediante estadígrafo *U Man-Whitney*, se encuentran diferencias significativas entre $G1 > G2 > G3$; siendo solo significativa las diferencias entre $G1-G2$ y $G1-G3$, como se muestra en la Tabla 2; indicando que existen diferencias en el procesamiento de la percepción emocional y del comportamiento social en los niños con TDAH y TDAH/TOD, en relación a niños sin estos trastornos; esto muestra las alteraciones del grupo G2 y G3 al realizar tareas de identificación de conductas sociales y al realizar tareas de reconocimiento de emociones a partir de un indicador facial.

Tabla 2

Diferencias establecidas en la comparación de los grupos de estudio a partir del estadígrafo U de Mann Whitney

Prueba	Comparación Grupos 1 y 2		Comparación Grupos 1 y 3		Comparación Grupos 2 y 3	
	U Man-Whitney	P	U Man-Whitney	P	U Man-Whitney	P
Faux Pas	2,500	0,000	0,000	0,000	43,000	0,596
Lectura de Miradas	6,500	0,001	5,000	0,001	41,000	0,494

Fuente: *elaboración propia (2018).*

Discusión

Al medir la cognición social en los grupos de estudio (TDAH, TDAH/TOD, y grupo control) se encontró que los rendimientos de ejecución en ambas variables de investigación (percepción de expresiones emocionales y percepción del comportamiento social) de Grupo 2 (G2) y Grupo 3 (G3) fueron significativamente inferiores con respecto al grupo 1 (G1) o grupo control. Estos resultados, ponen de manifiesto las dificultades que presentaron los grupos 2 y 3, en las habilidades referentes a la cognición social.

Al analizar la variable de percepción de las expresiones emocionales (tarea visuoperceptiva/lectura de miradas) en los grupos 2 y 3, se observaron los siguientes aspectos: ambos grupos presentaron una incapacidad para reconocer estados mentales, particularmente en la identificación de emociones, tanto básicas, como las emociones complejas que se expresen mediante la presentación visual de una mirada; de igual modo mostraron dificultades para identificar estados epistémicos o cognitivos que se expresen a través de una mirada; ambos grupos muestran incapacidad para reconocer el significado léxico complejo que hace referencia a emociones y sentimientos.

Las dificultades en la percepción de emociones que han sido halladas en los grupos conformados por niños con TDAH (G2), se han corroborado en estudios como los de Roselló-Miranda et al. (2016), Sánchez-Pérez y González-Salinas (2013), García y Hernández (2010), López-Martín,

Albert, Fernández-Jaén, y Carretié (2010), Barkley, Murphy y Fischer (2010); Yuil y Lion (2007), en los cuales se confirman las dificultades que tiene esta población en el procesamiento de contenidos afectivos, no solo por las incapacidades cognitivas generales que manifiestan, sino por la discapacidad primaria que tienen en los procesos de identificación y comprensión de las expresiones faciales de emociones.

En el caso de los niños con TDAH/TOD (G3), las dificultades de percepción de estados emocionales, se han asociado a la forma como interactúan con el medio ambiente, según Barry, Lochman, Fite, Wells y Colder (2012) las relaciones interpersonales que establecen los llevan a usar comportamientos coactivos, agresivos y destructivos, dificultándoles relacionarse con las personas a su alrededor. En consecuencia, los niños comienzan a presentar modos problemáticos de procesar el contenido social que extraen de las otras personas, por lo cual llegan a confundir o a no identificar las emociones y pensamientos en los demás individuos.

Estas dificultades en las habilidades sociales de esta población se han relacionado con déficits en competencias de la cognición social como la asertividad, la cooperación, autocontrol, percepción y comprensión de relaciones lógicas y casuales de situaciones sociales (Díez, García - Sánchez, Robledo y Pacheco, 2009), lo que genera alteraciones en las relaciones interpersonales y manejo en el estado emocional (Jara, García-Castellar y Sánchez-Chiva, 2011).

Otras investigaciones han hecho referencia a que los niños con TDAH presentan un déficit en el proceso comunicativo no verbal, en específico en el proceso perceptivo, en este sentido, el reconocimiento de expresiones faciales de emociones se vería afectado, por lo que su correcta identificación resulta fundamental para establecer y regular relaciones interpersonales (Pardos et al., 2009).

Los resultados encontrados se vinculan con las dificultades en las competencias sociales y cognitivas encontradas en niños, como son la capacidad de flexibilidad de conducta frente a los cambios, la autorregulación, la automonitorización, la resolución de problemas, el comportamiento autónomo, la planificación de conductas dirigidas hacia un objetivo, la iniciativa, la toma de decisiones, la fluidez de pensamiento, la inhibición de respuestas inmediatas, etc. (Russo, Arteaga, Rubiales & Bakker, 2015).

De igual forma, la investigación de Rodrigo-Ruiz, Pérez-González y Cejudo (2017) confirma la dificultad que presentan los individuos con TDAH en las tareas que implican la detección de las expresiones emocionales, los autores corroboraron que los niños con TDAH tiene mayores dificultades, que los grupos controles, a la hora de reconocer emociones negativas, como por ejemplo la ira, miedo e incluso asco.

En otros estudios se han propuesto correlaciones negativas entre las variables de inteligencia emocional y la sintomatología asociados al mismo trastorno. Así, los niños diagnosticados con TDAH manifiestan un bajo desarrollo en varias facetas de la inteligencia emocional.

Al analizar la variable percepción del comportamiento social (test de falso paso) en los grupos 2 y 3, se encontró que los niños manifestaron dificultades en la detección de conductas inapropiadas en el marco de una situación determinada, pudiendo causar una molestia a otra persona; interpretación de acciones, palabras, dobles sentidos, intenciones, entre otros aspectos; comprensión de los sucesos y acontecimientos de una situación específica; predicción del impacto emocional que una acción produce en otra persona.

Las dificultades antes mencionadas que manifestaron los sujetos de los grupos 2 (TDAH) y 3 (TDAH/TOD), se han relacionado con los déficits en el proceso de interpretación de información social y la atención a pistas relevantes, a la capacidad de aportar soluciones hipotéticas a situaciones sociales o problemas sociales. Igualmente, se hace referencia a la incapacidad que presentan al dar uso y aplicación de dichas pistas ambientales, lo cual lleva a dificultar la orientación de su funcionamiento social en función de los diversos contextos y condiciones (Pardos et al., 2009).

Así mismo, los estudios realizados por Jara et al. (2011), apuntan a la presencia de dificultades en el comportamiento social y por ende en las relaciones sociales en niños con estas patologías; por tanto, podrían inadecuadamente: interpretar los comportamientos sociales de otros, identificar un problema o conflicto social, así como propiciar soluciones efectivas y designar un valor a las consecuencias. Esto se vio reflejado en la ejecución de las pruebas, cuando no lograban reconocer las conductas inadecuadas de los personajes de las historias, no fueron capaces de entender, muchas veces, las razones o motivos de las acciones y no reconocían el impacto que causaba la conducta inapropiada a una tercera persona.

Estas incapacidades encontradas en los niños con TDAH Y TDAH/TOD podrían asociarse con el inadecuado desarrollo de las habilidades comunicativas verbales y no verbales, siendo así que, la dificultad radicaría en que ambos participantes de una interacción social, posean conocimiento previo, presunciones de la otra persona en la conversación, así como las intenciones al comunicar una información (Sperber y Wilson, como son citados en Baron-Cohen, 1990). Esto lleva a considerar que la atribución del estado mental de los niños con trastornos de conducta se afecta al tratar de comprender y respetar normas y reglas en el diálogo con las otras personas, es decir, al ser consciente de la manera como se expresa y designa un contenido social.

Por otro lado, las inhabilidades presentadas se han apuntado a dificultades en el lenguaje. En estudios actuales se han analizado las dificultades en el uso de los marcadores conversacionales y de la pragmática en los niños con TDAH (Giraldo y Castaño, 2015). Lo anterior, lleva a suponer que a los niños con estas patologías les cuesta percibir la intención comunicativa de su interlocutor y presentan una narración compleja de seguir por el interlocutor, llevando a que valoren de forma incorrecta las conductas emocionales en una conversación.

Estas dificultades en el lenguaje narrativo y pragmático se han relacionado con déficit en el sistema ejecutivo, lo que no permite una planificación en la narración en base a las necesidades del interlocutor, y de esta forma, generar una comprensión adecuada (Miranda-Casas, Ygual-Fernández & Rosel-Remirez, 2010). Igualmente, esta investigación fundamenta que quienes padecen este trastorno presentan dificultades en la interacción social. Por tanto, puede influir en las relaciones interpersonales, haciendo que las relaciones sean caóticas, estén en decaimiento, con irrespeto de pensamientos, entre otros aspectos.

Por otro lado, al hallar déficit de percepción de emociones y comportamiento social en los niños con TDAH y TDAH/TOD en tareas de Teoría de la mente, se podría analizar que el compromiso que tienen estos niños (TDAH y TDAH/TOD) en la corteza orbitofrontal y medial, ocasiona dificultades en los procesos de mentalización, generando debilidades al realizar atribuciones mentales de los demás y la anticipación de respuestas, habilidades fundamentales para la cognición social. De acuerdo con lo descrito, el individuo con este tipo de problemáticas presenta una dificultad

en la capacidad cognitiva para reconocer estados mentales en la otra persona (Orozco & Zuluaga, 2015).

Con respecto a la medición entre los grupos 2 y 3, se evidenció que no existen diferencias significativas entre ellos. Estos resultados ponen de manifiesto que las alteraciones en cognición social presentada en los niños con TDAH no se ven incrementadas de manera significativa por la presencia del TOD como trastorno comórbido, pues los procesos que intervienen en la precepción adecuada de emociones y comportamiento social, tienen como base neurológica un déficit marcado a nivel prefrontal. La patología de base, por ser la misma en ambos grupos de estudio (TDAH y TDAH/TOD), constituye una de las razones por las cuales el bajo rendimiento en tareas de cognición social, se halla presentado en igual medida en ambos grupos.

Los resultados encontrados demostraron una incapacidad notoria para detectar conductas indeseables y/o inadecuadas frente a una determinada situación social; en los niños con TOD, a nivel clínico, se evidencia en las respuestas emocionales y comportamentales como el rencor, la baja tolerancia a la frustración, molestias y resentimiento constante; esto les podría generar un mal uso del lenguaje, dificultades académicas, expresiones verbales negativas y conductas de victimización ante situaciones sociales, acusando a otros de su comportamiento (Rabadán & Giménez, 2012).

De esta manera, el TDAH y TOD pueden ser disimiles en cuanto al tipo de respuesta que manifiestan los niños frente a una determinada situación social, no obstante, el sesgo en la precepción de emociones y comportamiento social de ambas patologías es el mismo, lo cual se refleja en el bajo desempeño obtenido en las tareas de cognición social.

Conclusiones

La capacidad adaptativa del hombre ha estado mediada por su habilidad para relacionarse y entender las emociones, deseos e intenciones de los demás a partir de las propias experiencias. La cognición social constituye uno de los procesos más complejos que le permite al individuo ponerse en el lugar de otros, predecir sus comportamientos y actuar en concordancia con los mismos. Diversas patologías que tienen como base

una disfunción a nivel prefrontal, suponen déficit en dichos procesos, tal es el caso del TDAH y TDAH/TOD. A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye que:

- Los niños con TDAH/TOD muestran dificultades en la percepción adecuada de expresiones emocionales y comportamiento social en tareas de Lectura de miradas y *Faux Pas* (metida de pata).
- Los niños con TDAH y TDAH/TOD muestran dificultades para comprender la intencionalidad de un interlocutor, entender la pragmática del lenguaje comunicativo, así como reconocer expresiones emocionales y definirlas a través de la mirada.
- Los niños con TDAH y TDAH/TOD presentan un menor rendimiento en tareas de cognición social en relación a los niños sin estos trastornos.
- La presencia de TOD en el TDAH no afectó de manera significativa el rendimiento de los sujetos en tareas de cognición social.
- Al analizar las dos variables de la cognición social: percepción emocional y percepción del comportamiento social en los grupos de estudio 2 y 3, los resultados de rendimiento inferior pueden deberse a que los sujetos con TDAH y TDAH/TOD presentan una menor eficacia para resolver tareas de teoría de la mente, que impliquen la capacidad de percibir señales sociales relevantes del contexto (situaciones de conflicto, engaño, doble sentido, emisión de palabras, confusiones, etc.) y de expresiones faciales (inferencia de estados emocionales y cognitivos como alegría, miedo, vergüenza, culpa, escéptico, pensativo, etc., a través de la percepción visual de una mirada), impidiendo una adecuada planificación de las acciones en relación con los propósitos que tienen.

Las investigaciones futuras habrán de considerar más variables capaces de influir en la adaptación social de los niños con TDAH, como los déficits en la regulación emocional. Concretamente, la labilidad emocional se considera un componente mediador en la relación entre el TDAH y las relaciones sociales, teniendo mayor poder de predicción en los problemas de comportamiento y de relación con iguales que los síntomas nucleares del trastorno.

Las principales limitaciones del estudio se refieren al tamaño de la muestra clínica, en este sentido, se puede considerar como un estudio de resultados preliminares, con lo cual sería interesante ampliar y profundizar posteriormente con un mayor número de casos.

Finalmente, la presente investigación subraya la necesidad de ampliar y profundizar en una nueva línea de investigación sobre el estudio de la cognición social en los trastornos de conducta, teniendo en cuenta muestras más grandes de la población, que permita la generalización del conocimiento y la implementación de nuevos paradigmas de estudio. Igualmente, como principal aplicación, además de las ampliaciones posibles del estudio, está la consideración de los resultados en la elaboración de estrategias de intervención en competencias sociales en niños con estas patologías.

Referencias

- Ashford, J. B., & LeCroy, C. (2009). *Human behavior in the social environment: A multidimensional perspective*. Nelson Education. USA.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2010). ADHD in adults: What the science says. Guilford Press. New York: London.
- Baron-Cohen, S. (1990). Autism: A Specific Cognitive Disorder of 'Mind-Blindness'. *International Review of Psychiatry*, 2(1), 81-90.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-75. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15162935>.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Hill, J. (2001). The 'Reading the mind in the eyes' test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or High-Functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42: 241-252.
- Barry, T. D., Lochman, J. E., Fite, P. J., Wells, K. C., & Colder, C. R. (2012). The influence of neighborhood characteristics and parenting practices on academic problems and aggression outcomes among moderately to highly aggressive children. *Journal of Community Psychology*, 40(3), 372-379.

- Butman, J., Abel, C., y Allegri, R. (2003). Bases cognitivas de la conducta social humana. *Documento del II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiqsocial/12044/.
- Castañó, F. G. (1999). El deterioro de las habilidades sociales en función del TDAH. *Ábaco*, 21-28.
- Clark, C.; Prior, M. & Kinsella, G. (2002). The relationship between executive function abilities, adaptive behaviour, and academic achievement in children with externalising behaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43(6), pp.785–796.
- Díez, M. C., García-Sánchez, J. N., Robledo, P., & Pacheco, D. I. (2009). Habilidades sociales y composición escrita en alumnos con dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento. *Boletín de Psicología*, 95, 73-86.
- Eme, R. F. (2007). Sex differences in child-onset, lifecourse-persistent conduct disorder. A review of biological influences. *Clinical Psychology Review*, 27, 607- 627.
- Extremera, N., & Fernández, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de educación*, 332(2003), 97-116.
- Fernández- A, López S, Albert J, Martín D, Fernández, A. y Calleja, (2017). TDAH: perspectiva desde el neurodesarrollo. *Rev Neurol* 2017; 64 (Supl 1): S101-4.
- Fonseca-Parra, L., & Rey-Anaconda, C. (2013). Características Neuropsicológicas De Niños Con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica* 18(3), 233-244.
- García, A. M., & Hernández, S. (2010). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 27(1), 17-24.
- García, F. (1999). El deterioro de las habilidades sociales en función del TDAH. *Abaco: Revista de cultura y ciencias sociales*. 21-22 Pp. 21-28.
- Giraldo, Y. G., & Castañó, L. C. (2015). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y dificultades en lenguaje pragmático. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 41-56.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta ed., México: McGraw Hill.
- Hurtado de Barrera, J. (2012). El proyecto de investigación. Una comprensión holística.
- Jara, P., García Castellar, R., & Sánchez Chiva, D. (2011). Competencias sociales de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad "TDAH": valoración desde el entorno familiar y escolar. *Quaderns Digitals*, 69.
- López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Jaén, A., & Carretié, L. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 17-29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100003&lng=es&tlng=es.
- Mellado, M., Martínez, L., & Tello, F. (2013). Procesos atencionales implicados en el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). *Convergencia educativa*, (2), 9-19.
- Miranda-Casas, A., Ygual-Fernández, A., & Rosel-Remírez, J. (2004). Complejidad gramatical y mecanismos de cohesión en la pragmática comunicativa de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*, 38(Supl 1), S111-6.
- Montoya., P & Arango, O., (2015). ¿Cómo es la relación entre cognición social y trastorno disocial de la conducta? Editorial: Fundación Universitaria Luis Amigó. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales Grupo de Investigación Neurociencias Básicas y Aplicadas. Recursos Electrónico. Medellín, Colombia.
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.
- Orozco, N., & Zuluaga, J. (2015). Teoría de la mente en niños y niñas con trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad "TDAH". *Tesis Psicológica*, 10(2), 134-148.
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A., & Fernández-Mayoralas, D. M. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol*, 48(Supl 2), S107-11.

- Penn, D.L., Corrigan, P.W., Bentall, R.P., Racenstein, J.M. y Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121, 114-132.
- Perner, J. & Lang, B. (1999). Development of theory of mind and executive control.
- Pineda, W., & Puentes, P. (2013). Estudio ex-post facto de la teoría de la mente en niños escolarizados diagnosticados con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Tesis Psicológica*, 8 (2), 144-161.
- Rabadán Rubio, J., & Giménez Gualdo, A. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XX1*, 15(2), 185-212.
- Ramírez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 2(1), 45-54.
- Rapport LJ, Friedman SR, Tzelepis A., & Van Voorhis A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology* 2002; 16: 102-10.
- Restrepo, J., Arana C., Alvis, A., Gómez A., y Hoyos, E. (2015). Relación entre Cognición Social y Funciones Ejecutivas en Niños con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*. RIDEP · 42(2) · 49-58.
- Rodrigo-Ruiz D, Pérez-González JC, Cejudo J. (2017). Dificultades de reconocimiento emocional facial como déficit primario en niños con trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: revisión sistemática. *Rev Neurol*; 65: 145-52.
- Rodríguez, J., Acosta, M. y Rodríguez. (2011). Teoría de la mente, reconocimiento facial y procesamiento emocional en la esquizofrenia. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 4(1), 28-37.
- Roselló-Miranda, B., Berenguer-Forner, C., Baixauli-Fortea, I. & Miranda-Casas, A. (2016). Un modelo integrador de la adaptación social de niños con TDAH. Memorias de XVIII Congreso sobre Trastornos del Neurodesarrollo. Recuperado de http://horarioscentros.uned.es/archivos_publicos/qdocente_planes/1037973/rosellomirandaetal2016modelointegradordelaadaptacionsocialdeninoscont.pdf.

- Rubia, K. (2011). «Cool» inferior frontostriatal dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity disorder versus «hot» ventromedial orbitofrontal-limbic dysfunction in Conduct Disorder: A review. *Biological Psychiatry*, 69, 69e-87e.
- Ruiz-Ruiz, J. C., García-Ferrer, S., & Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 137-155.
- Russo, D., & Arteaga, F., & Rubiales, J., & Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1081-1091.
- Sánchez-Pérez, N., & González-Salinas, C. (2013). Ajuste Escolar del Alumnado con TDAH: Factores de Riesgo Cognitivos, Emocionales y Temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 527-550.
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S. & Knight, R. T. (1998). Frontal Lobe Contributions to Theory of.
- Yuill, N. & Lyon, J. (2007). Selective difficulty in recognising facial expressions of emotion in boys with ADHD. General performance impairments or specific problems in social cognition? *European Child Adolescent Psychiatry*, 16, 398- 404.

PRÁCTICAS PARENTALES, SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES, SAN PEDRO – SUCRE

Paula Vanessa Acosta Castilla¹

Fundación Mujer Siglo XXI

Alexandra María Cáez Quesada²

Yulieth Patricia Dávila Serpa³

Enlace de Primera Infancia, Alcaldía Municipal de Buenavista Sucre

Resumen

El estudio tiene como propósito determinar si existe relación entre las prácticas parentales, la sintomatología ansiosa y el rendimiento académico de los estudiantes de secundaria de la institución educativa San Juan Bosco de San Pedro, Sucre. Son pocas las investigaciones realizadas considerando las citadas variables, ello indica que este es un estudio innovador a nivel departamental, razón que lo justifica. En relación con la metodología, la investigación es descriptiva, transeccional y su diseño no experimental, de corte correlacional. Para llevarlo a cabo se tomó una muestra estratificada de 166 estudiantes, 9 estudiantes del grado sexto, 25 del grado séptimo, 32 del grado octavo, 37 del grado noveno, 35 del grado decimo y 28 del grado undécimo, con edades comprendidas entre los doce y dieciocho años. Como instrumentos se utilizó la escala de prácticas parentales y el cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI); a partir de los resultados arrojados se pudo constatar que el bajo rendimiento académico es influenciado por la forma negligente de los cuidadores en la crianza de sus hijos, del mismo modo, se pudo establecer

1 Psicóloga. Correo: Paula.acosta@cecar.edu.co.

2 Psicóloga. Correo: alexandra.caez@cecar.edu.co.

3 Psicóloga. Correo: yulieth.davila@cecar.edu.co.

que existe una relación entre la ansiedad estado y el estilo parental autoritario y democrático.

Palabras clave: rendimiento académico, prácticas parentales, sintomatología ansiosa, adolescentes.

Abstract

The purpose of the study is to determine whether there is a relationship between parental practices, anxious symptoms and the high school students' academic performance of the educational institution San Juan Bosco, in San Pedro, Sucre. There are few investigations published that consider the aforementioned variables, this indicates that this is an innovative study at a departmental level, which justifies it. In relation to the methodology, the research is descriptive, transactional, non-experimental and correlational. To carry it out, a stratified sample of 166 students was taken, 9 students of the sixth grade, 25 of the seventh grade, 32 of the eighth grade, 37 of the ninth grade, 35 of the tenth grade and 28 of the eleventh grade, aged between twelve and eighteen. As instruments, the parental practices scale and the state/trait anxiety questionnaire (STAI) were used. From the results obtained, it was found that the low academic performance is influenced by the negligent of their caregivers in the upbringing, in the same way, it could be established that there is a relationship between the anxiety and authoritarian and democratic parental style.

Keywords: academic performance, parental practices, anxious symptomatology.

Introducción

El presente estudio se centró en determinar la relación entre rendimiento académico, sintomatología ansiosa y prácticas parentales. Implicó una revisión de la concepción teórica de estos aspectos; en tal sentido, se puede señalar que el rendimiento académico es definido por Tonconi (2010) como el nivel demostrado de conocimientos en un área, evidenciados en indicadores cuantitativos, usualmente expresados mediante calificación ponderada en el sistema vigesimal.

Respecto a la variable ansiedad: esta constituye una respuesta anticipatoria a una amenaza futura —de acuerdo con la definición proporcionada por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales—. Es importante recalcar que hemos considerado los postulados de Baumrind (1966), quien define las prácticas parentales como las acciones de los padres dirigidas a cumplir con los objetivos de los niños, al mismo tiempo, también constituye una forma de mantener las normas al igual que el respeto por la autoridad.

Considerando esta revisión teórica preliminar, surge la inquietud de conocer si los factores determinantes en el proceso académico de los estudiantes están ligados al núcleo familiar y a la conducta de los mismos. Se tomó como referencia la Institución Educativa San Juan Bosco de San Pedro, Sucre, la cual no está exenta de las dificultades que aquejan a nuestro sistema educativo. Desde esta perspectiva, es importante señalar el informe realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2016) el cual expone que mediante la realización de la prueba PISA entre los países de Latinoamérica, Colombia, a nivel regional, obtuvo uno de los puntajes más bajos en las tres áreas evaluadas (Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos, 2012). Por consiguiente, se encuentra dentro de los 10 países que tiene mayor número de estudiantes con bajo rendimiento académico; evidenciando así las múltiples falencias del sistema educativo colombiano, sumado a esto, la falta de cooperación entre las diferentes instituciones que sostienen a la sociedad actual del país, resaltando en primera instancia la familia.

En los últimos años el rendimiento académico en el país se ha visto bastante cuestionado debido a que los resultados obtenidos no han sido los mejores, esta problemática se ha visto ligada a otra inquietud, un

cuestionamiento que surge a partir de lo anteriormente mencionado y es: ¿Qué tan comprometidos están los padres en el proceso educativo de sus hijos? O por el contrario, ¿qué tanta presión ejercen sobre este? Espitia y Montes (2009) han señalado que la familia es la primera Institución Educativa, su dinámica media el aprendizaje y desarrollo de sus miembros. Por lo que se hace necesario que los cuidadores participen de forma activa en el proceso educativo de los estudiantes, pues resulta complejo que las instituciones logren una adecuada labor por sí solas, resaltando así que la educación es un trabajo integral entre la institución y el núcleo familiar.

A través del informe realizado por PISA - 2015 se dio a conocer que dependiendo del contexto sociodemográfico donde habitan los estudiantes, varían sus resultados educativos (OCDE, 2016). Por otra parte, otro factor que involucra las vertientes de estudio envuelven los estilos parentales, en este sentido, según los postulados de Baumrind (1966) existen diferentes tipos de crianzas o practicas parentales que forjan el proceso de crecimiento y formación de las personas, algunos pueden llegar a ser bastante flexibles mientras que otros son muy demandantes, creando algunas veces emociones, pensamientos, así como conductas contraproducentes de quienes viven bajo dichos términos.

Lipps et al. (2012) señala que los padres son los seres que más influyen en la vida de cualquier persona, siendo esta influencia profunda y perdurable, por tal razón los estilos de crianza que los padres implementan en sus hijos están determinados por las vivencias favorables o desfavorables que ellos tuvieron durante su formación por parte de sus cuidadores. Atendiendo a esta consideración, las prácticas parentales son las estrategias que los padres emplean como reglas o pautas de enseñanzas para sus hijos, estas se emplean de acuerdo a la educación que hayan recibido los padres y el contexto en el que crecieron, en muchos casos trascienden generaciones, implantando esquemas mentales, los cuales pueden contribuir de manera positiva o negativa en el ámbito escolar.

Sobre la base de las ideas expuestas se hace necesario estudiar la sintomatología ansiosa, la cual es un problema de salud mental que afecta, a quien lo padece, en diferentes ámbitos de la vida. En el caso de los estudiantes, se podría ver afectado, más específicamente, en su rendimiento académico, dependiendo del contexto sociocultural que influye en el estudiante. Según estudios realizados por Ospina, Hinestrosa, Paredes,

Guzmán y Granados (2011) uno de cada dos niños y adolescentes en Colombia —y en el mundo— padecen un tipo de sintomatología afectiva, originando poca funcionalidad en la esfera social y familiar de la persona, ello es muy alarmante, pues deteriora su desarrollo afectivo y calidad de vida.

Indagaciones realizadas con los directivos de la Institución Educativa San Juan Bosco de San Pedro – Sucre, revelan que se han estado presentando diferentes problemáticas con estudiantes de dicha Institución, manifestándose desde bajo rendimiento académico, conductas agresivas y discusiones entre compañeros y con profesores. Otra problemática de trasfondo denota que muchos de estos estudiantes conviven en sus hogares con graves dificultades: desde mala o nula comunicación con sus padres, hasta casos de violencia física y psicológica; de esta situación derivó la necesidad de estudiar las practicas parentales que están siendo implementadas en los estudiantes e indagar cómo se relacionan con su conducta (sintomatología ansiosa) y su rendimiento académico.

Las ideas precedentes permiten contextualizar este estudio, llevado a cabo en el municipio de San Pedro, Sucre, específicamente en la Institución Educativa San Juan Bosco, ubicada en el barrio Kennedy, tomando como población estudiantes adolescentes. Dicha institución cuenta con 17 salones de clases en buen estado para la preparación y la formación de los estudiantes en su proceso de aprendizaje. Asimismo, entre los espacios de estudios que posee, cuenta con: biblioteca, aula virtual o sala de investigación; herramientas tecnológicas necesarias para el proceso de aprendizaje. Para la cantidad de estudiantes que tiene la institución, es un lugar muy pequeño, requiriendo espacios de recreación, zonas verdes o zonas de esparcimientos que contribuyan al buen comportamiento de los estudiantes. Con respecto a su matrícula de estudiantes, tiene una cantidad menor a la de las otras Instituciones Educativas públicas del municipio.

Es importante profundizar la problemática vigente con los estudiantes, realizar estudios que permitan analizar su comportamiento y la forma en que estos puedan verse afectados, desmejorando su rendimiento académico a causa de factores internos y externos. La mayoría de las investigaciones encontradas a nivel nacional e internacional, se han desarrollado con estudiantes universitarios y no con estudiantes en bachillerato. Particularmente en Sucre, son pocas las investigaciones

realizadas en instituciones educativas, considerando variables como la ansiedad, las prácticas parentales y el rendimiento académico, lo cual indica que este constituye un estudio innovador a nivel departamental, razón que lo justifica, pues se espera dar respuestas a las diferentes problemáticas que se vivencian hoy en día en las instituciones del país, aportando posibles soluciones para el mejoramiento del desempeño académico, la calidad de vida de los estudiantes y la calidad de educación de la institución.

En esta investigación, para determinar la relación entre las prácticas parentales, la sintomatología ansiosa y el rendimiento académico de los adolescentes, se formularon los siguientes objetivos específicos: analizar las prácticas parentales; determinar la presencia de sintomatología ansiosa; identificar el rendimiento académico y establecer la relación entre prácticas parentales, sintomatología ansiosa y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa San Juan Bosco de San Pedro – Sucre; destacando así, que es de gran importancia saber que en el desempeño académico de los estudiantes influyen diversas variables que, de alguna manera, pueden favorecer o afectar al estudiante en su formación.

Metodología

La metodología engloba un conjunto de aspectos que orientan sobre la finalidad del estudio y las estrategias para la recolección de la información o los datos. En este sentido, la presente investigación es de tipo descriptivo, pues permite caracterizar un hecho, fenómeno, o sujetos, para indicar su estructura o comportamiento, sin influir en el mismo, es decir, no hay manipulación de los hechos o variables, estos criterios responden a los planteamientos de Hernández, Fernández y Baptista (2010).

En relación al diseño, no experimental, transversal, correlacional; no se realiza una manipulación deliberada de variables, su propósito es describirlas y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. De este modo, la presente indagación tiene como propósito establecer si existe relación entre las prácticas parentales, la sintomatología ansiosa y el rendimiento académico de los adolescentes, sin manipular las variables.

Procedimiento

Para llevar a cabo el proceso de recolección de datos, en principio, nos dirigimos a la Institución Educativa San Juan Bosco, ubicada en el municipio de San Pedro, Sucre, con el propósito de hacer entrega al coordinador de dicha Institución una la carta de presentación donde se explicó la finalidad de la investigación. Posteriormente, se entregó un consentimiento informado a los estudiantes pertenecientes a la muestra, para que sus cuidadores dieran la autorización de participar en el estudio. Para seguir con la aplicación de la Escala de prácticas de crianza de los hijos (PPS) fue necesario hacer una aplicación pilotaje de la escala a 60 estudiantes adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 18 años, de la institución Educativa Altos del Rosario, del municipio de Sincelejo, Sucre; con el fin de contextualizar el instrumento a la población colombiana, ya que este test no ha sido validado en el país, pero ha sido utilizado en otras investigaciones anteriormente. Finalmente, se aplicó la Escala de prácticas de crianza de los hijos (PPS) y el Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo -STAI a 166 estudiantes de la Institución Educativa San Juan Bosco.

Población y muestra

La población del estudio está conformada por 294 estudiantes adolescentes de la Institución Educativa San Juan Bosco de San Pedro Sucre, de la cual se seleccionó una muestra estratificada de 166 estudiantes distribuidos de la siguiente manera, 9 estudiantes del grado sexto, 25 del grado séptimo, 32 del grado octavo, 37 del grado noveno, 35 del grado decimo y 28 del grado undécimo con edades comprendidas entre los 12 y 18 años.

Instrumentos

Se aplicaron dos instrumentos, el primero de estos es el *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo – STAI* (Spielberger, Gorsuch y Lushene): está conformado por 40 ítems, de los cuales 20 evalúan la ansiedad estado (A/E), y 20 ansiedad rasgo (A/R), ambos anotados en una escala de 4 puntos. La aplicación del STAI comprende una duración de aproximadamente 15 minutos, puede ser aplicado a adolescentes y adultos

–con niveles de cultura mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario–

El Cuestionario STAI está compuesto por dos escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad: (a) la ansiedad estado (A/E), se describe como una condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo; puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad; (b) la Ansiedad rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E).

El segundo instrumento es la *Escala de prácticas de crianza de los hijos (PPS)*: el propósito de esta es evaluar las estrategias que los padres o cuidadores utilizan para cuidar e interactuar con sus hijos. Está constituida por 29 ítems anotados en una serie de 5 puntos, donde 1 es nunca, 2 raramente, 3 a veces, 4 con frecuencia y 5 muy frecuente. PPS puede ser aplicada a adolescentes, con una duración recomendada de aproximadamente 15 minutos.

Análisis estadístico

Para llevar a cabo esta investigación, se efectuó la tabulación de los resultados en Microsoft Excel, posteriormente se hizo necesario el uso del Paquete Estadístico Para las Ciencias Sociales SPSS, en el cual se hizo una correlación entre las variables de estudio.

Con respecto al análisis de los resultados de este estudio se utilizaron tablas de frecuencia, medidas de tendencia central, como la media y desviación estándar, del mismo modo se utilizó el coeficiente de correlación de PEARSON, que es una medida paramétrica estadística.

Resultados

Los resultados se presentan divididos en apartados, en coherencia con los objetivos de la investigación, estos se han dispuesto en el siguiente orden: caracterización demográfica de la muestra poblacional;

prácticas parentales en estudiantes adolescentes; sintomatología ansiosa en estudiantes adolescentes; rendimiento académico; y por último, las prácticas parentales, sintomatología ansiosa y rendimiento académico en estudiantes adolescentes.

Caracterización demográfica de la muestra poblacional

Dentro de la muestra poblacional hubo mayor presencia de adolescentes correspondiente al sexo masculino, que al sexo femenino, la Tabla 1 (Datos demográficos de la población) muestra con más detalle la información sobre edad y escolaridad de los participantes.

Tabla 1
Datos demográficos de la población

Variables		N	%
Sexo	Chicas	80	48,2
	Chicos	86	51,8
Edad	12	8	4,8
	13	36	21,7
	14	29	17,5
	15	33	19,9
	16	27	16,3
	17	20	12,0
	18	13	7,8
Escolaridad	6°	9	5,4
	7°	25	15,1
	8°	32	19,3
	9°	37	22,3
	10°	35	21,1
	11°	28	16,9

Fuente: *elaboración propia.*

Prácticas parentales en estudiantes adolescentes

De acuerdo con los resultados obtenidos el estilo de prácticas parentales que más prevalece en la muestra poblacional es el democrático (con 39,2%), seguido del estilo negligente, autoritario y por último permisivo, como se puede evidenciar en la siguiente tabla.

Tabla 2
Prácticas parentales

Tipo de práctica parental	N	%
Práctica parental autoritaria	33	19,9
Práctica parental democrático	65	39,2
Práctica parental permisiva	17	10,2
Práctica parental negligente	51	30,7

Fuente: elaboración propia.

Sintomatología ansiosa en estudiantes adolescentes

Una vez obtenida la información a través del cuestionario STAI, se observa un gran porcentaje de población con sintomatología ansiosa, tal como se especifica en la Tabla 3.

Tabla 3
Sintomatología ansiosa

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
P. Directa - Ansiedad Estado	166	0	45	15,40	8,203
P. Directa - Ansiedad Rasgo	166	4	52	20,44	9,081

Fuente: elaboración propia.

Rendimiento académico

A continuación, se muestra en la Tabla 4 el acumulado de notas en relación al rendimiento académico, obtenido a través de los dos primeros periodos correspondientes al año 2017.

Tabla 4
Rendimiento académico

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Notas	166	1,99	4,40	3,31	3,2

Fuente: elaboración propia.

Prácticas parentales, sintomatología ansiosa y rendimiento académico en estudiantes adolescentes

Para la interpretación de los datos es importante tener en cuenta la correlación de Pearson, la cual establece que cuando el índice de los datos arrojados se encuentra más cerca a cero (0) existe mayor correlación entre variables, mientras que si el índice se acerca más a uno (1) la correlación es menor. Si la correlación es positiva es mayor para ambas variables, pero si es negativa la correlación, es mayor una variable y menor la otra.

Haciendo referencia a la correlación entre variables se infiere que la ansiedad estado y la ansiedad rasgo correlacionaron negativamente con la parentalidad autoritaria, esto quiere decir que, a menor estilo parental autoritario mayor ansiedad estado y mayor ansiedad rasgo, lo cual significa que en este estudio los niños con ansiedad no tienen padres autoritarios.

La ansiedad estado se correlaciona positivamente con el estilo parental democrático; es decir, a mayor práctica democrática, mayor ansiedad estado. Esto resalta que en las familias con estilo democrático los hijos pueden presentar mayor sintomatología ansiosa, considerando a su vez, que el estilo democrático puede tener influencia de manera funcional en la ansiedad estado. Del mismo modo, el estilo parental democrático se correlaciona de forma negativa con la ansiedad rasgo, lo cual indica que, a mayor estilo democrático implementado por los padres, menor ansiedad rasgo presentan los hijos.

De igual forma, dentro de los resultados se obtuvo que las notas guardan una línea de relación con la parentalidad autoritaria, esto significa que a mayor estilo parental autoritario, los estudiantes obtienen mejores notas, pero son menos ansiosos.

La ansiedad estado correlacionó con el estilo parental autoritario y democrático. Las notas se relacionan con el estilo parental negligente: son más bajas con un alto nivel de negligencia.

Tabla 5
Correlación

	P. Directa - An- siedad Estado	P. Directa - An- siedad Rasgo	Notas	Parentalidad autoritaria	Democrático	Parentalidad permisiva	Parentalidad negligente
P. Directa - An- siedad Estado	Correlación de Pearson	1	-0,168*	-0,332**	0,158*	-0,011	0,115
	Sig. (2-tailed)		0,030	,000	0,041	0,890	0,140
P. Directa - An- siedad Rasgo	N	166	166	166	166	166	165
	Correlación de Pearson	1	-0,271**	-0,534**	-0,157*	-0,074	0,077
Notas	Sig. (2-tailed)		0,000	,000	0,044	0,341	0,326
	N	166	166	166	166	166	165
Parentalidad autoritaria	Correlación de Pearson	1	-0,225**		0,003	-0,067	0,075
	Sig. (2-tailed)		0,004		0,969	0,392	0,340
Democrático	N	166	166	166	166	166	165
	Correlación de Pearson	1		1	0,027	0,132	-0,230**
Parentalidad permisiva	Sig. (2-tailed)				0,733	0,090	0,003
	N	166	166	166	166	166	165
Parentalidad negligente	Correlación de Pearson	1			1	0,607**	0,048
	Sig. (2-tailed)					0,000	0,543
Parentalidad negligente	N	166	166	166	166	166	165
	Correlación de Pearson	1			1	-0,023	
Parentalidad negligente	Sig. (2-tailed)					0,773	
	N	166	166	166	166	166	165
Parentalidad negligente	Correlación de Pearson	1					1
	Sig. (2-tailed)						0,115
Parentalidad negligente	N	166	166	166	166	166	165
	Correlación de Pearson	1					0,140
Parentalidad negligente	Sig. (2-tailed)						0,140
	N	166	166	166	166	166	165

Nota. **. La correlación es significativa al nivel de 0,01 (2-tailed).

*. La correlación es significativa al nivel de 0,05 (2-tailed).

Fuente: elaboración propia

Discusión

La finalidad del presente estudio fue determinar si existe relación entre las prácticas parentales, la sintomatología ansiosa y el rendimiento académico de los estudiantes de secundaria de la Institución Educativa San Juan Bosco de San Pedro - Sucre. Los antecedentes que se encontraron en relación a las variables de estudio son en su gran mayoría internacionales, seguido de los nacionales, y por último, con menor cifra de resultados, los locales.

De acuerdo con los resultados obtenidos, y dado que se están evaluando los estilos parentales implicados en la muestra poblacional ya mencionada, se hace necesario remitirnos a los postulados de Bumrind (1967) quien afirma: los adolescentes que han sido educados por padres autoritarios tienen una mayor tendencia a ser retraídos en la parte social, además de tener dificultades para las relaciones interpersonales y la confianza en los demás, esto acompañado de conductas difíciles de manejar. Mientras tanto, en esta investigación los estudiantes formados bajo el estilo autoritario no presentan síntomas relacionados a la ansiedad.

Siguiendo con los planteamientos de Bumrind (1997) Los adolescentes que están bajo un estilo parental permisivo tienen más posibilidades de presentar conductas impulsivas, con bajo autocontrol, y al mismo tiempo, con baja tolerancia a la frustración, lo que no les permitirá tener una correcta adaptación a su medio.

Por otra parte, los hijos de padres negligentes tendrán mayor posibilidad de presentar conductas disruptivas y/o delictivas. Por último, los adolescentes que han sido criados por padres democráticos tienden a mostrar conductas más positivas, son más independientes y autosuficientes, demuestran una alta autoestima y respeto por los demás. Cabe acotar que, en el presente estudio los hijos con padres democráticos presentan mayor índice de ansiedad estado, caracterizado de manera funcional.

Sirviendo de fundamento a los hallazgos de este estudio, traemos a colación diversas investigaciones han descrito la existencia de una fuerte relación entre el comportamiento parental durante la crianza y comportamientos típicos de ansiedad, depresión, baja autoestima y estrés en adolescentes (Musitu, Estevez y Herrero, 2005; Sánchez y Postigo,

2012; Linares y Fernández, 2015). En línea con estos hallazgos, en nuestro estudio, efectivamente, la ansiedad guarda una relación con los estilos parentales, destacando una correlación positiva con el estilo democrático, pero, una correlación negativa con el estilo autoritario.

Igualmente, Fajardo, Maestre, Felipe, León y Polo (2017), encontraron que el desempeño de los adolescentes en el colegio está influenciado por la formación académica, la clase social de sus padres y el apoyo brindado a sus hijos. Sin embargo, la relación en nuestro estudio fue vista desde la perspectiva de tipo de crianza, sin tener en cuenta el estrato social de los participantes. También en Gómez, Casas y Ortega-Ruiz (2016), se halló relación positiva entre la ansiedad y el comportamiento del padre y de la madre.

De la Torre, Casanova, García, Carpio y Cerezo (2011) encontraron que el estilo de crianza más prevalente era el autoritario (con 26,1%) y el menos prevalente fue el negligente (con 23,8%). A diferencia de nuestra investigación, el estilo de crianza que más prevaleció fue la Autoritativa, con un 39,2% y la menos relevante fue el estilo de crianza permisivo, con un 10,2%. Más tarde, en 2105, estos autores descubrieron que los estudiantes con cuyos padres con estilos autoritarios y permisivos tienen mejor rendimiento, mientras que los estudiantes con padres con estilos autoritarios y negligentes tienen bajos rendimiento académico.

Contreras et al. (2005), descubrieron que la autoeficacia y la ansiedad son significativas en el rendimiento académico, por su parte, Moreno y Chauta (2012) enfatiza en que el nivel de disfunción familiar determina el grado de rendimiento académico, al igual que en esta investigación. No obstante, el presente análisis se hizo orientado al estilo parental más que al grado de funcionalidad familiar. Por lo contrario, Díaz, Arrieta y Gonzalez (2014) descubrieron que los problemas académicos observados en estudiantes están más que todo ligados a falta de organización, problemas económicos, y por último, los problemas familiares. Cabe destacar que ese estudio fue realizado en estudiantes universitarios.

Es importante resaltar que en el presente estudio solo se tuvo en cuenta la sintomatología ansiosa, por lo que sería conveniente estudiar a futuro la sintomatología depresiva u otras variables que se enmarquen dentro del espectro de la psicología, por otra parte, el rendimiento académico debería

ser medido, además de las notas académicas, mediante una prueba de inteligencia que exprese las habilidades concretas de las estudiantes.

Conclusiones

En la presente investigación se estudiaron tres variables: prácticas parentales, sintomatología ansiosa y rendimiento académico. Teniendo en cuenta el análisis de los resultados se determinaron las siguientes correlaciones: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo correlacionaron negativamente con la parentalidad autoritaria. La ansiedad estado se correlaciona positivamente con el estilo parental democrático. Del mismo modo, el estilo parental democrático se correlaciona de forma negativa con la ansiedad rasgo. Por consiguiente, las notas guardan relación con la parentalidad autoritaria, es decir, que a mayor estilo parental autoritario, los estudiantes obtienen mejores notas, pero son menos ansiosos. También existe correlación con los estudiantes que presentan un bajo rendimiento académico y que se encuentran bajo el estilo de crianza negligente, asimismo, estos sujetos presentan un nivel de ansiedad elevado en la categoría rasgo, de acuerdo con lo evaluado por la prueba STAI.

Después de llevar a cabo el presente estudio y analizar todos los datos relacionados, se pudo corroborar el supuesto implícito planteado en la investigación, pues existe una relación significativa entre las variables: prácticas parentales, sintomatología ansiosa y rendimiento académico, estudiadas en la muestra poblacional.

Existió una correlación entre la ansiedad estados —descrita como una condición emocional transitoria— con el estilo parental autoritario, así como, con el estilo parental democrático, siendo este último el más empleado por lo cuidadores en la educación de sus hijos.

El estilo parental negligente influyó de forma desfavorable en las notas obtenidas por los estudiantes, considerándose este estilo el segundo más implementado en la crianza de los adolescentes, en tanto que representa 30,7% de la muestra poblacional.

Referencias

- Baumrind, D. (1967). Child Care Practices Antecedent Three Patterns. Of *Preschool Behavior. Selection* 22, Recuperado de <http://homepages.utoledo.edu/mcaruso/honors-lifespan/baumrind.PDF>
- Baumrind, D. (1966). effects of authoritative parental control on child behavior. Of *Preschool Behavior. Selection*. Recuperado de <http://persweb.wabash.edu/facstaff/hortonr/articles%20for%20class/baumrind.pdf>.
- Contreras, F., Espinosa, J., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 183-194. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200007&lng=en&tlng=.
- De la Torre, M., Casanova, P., García, M., Carpio, M., & Cerezo, M. (2011). Estilos educativos paternos y estrés en estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Psicología Conductual*, 19(3), 577-590. Recuperado de <https://search-proquest-com.ezproxy.cecar.edu.co:2443/docview/927580532?accountid=34487>.
- Díaz, S., Arrieta k. & Gonzalez, F. (2014). Estrés académico y funcionalidad familiar en estudiantes de odontología. *Salud Uninorte*, 30(2) Recuperado de <https://search-proquest-com.ezproxy.cecar.edu.co:2443/docview/1622345469?accountid=34487>.
- Espitia, L. y Montes, M. (2009). Influencia de la familia en el proceso educativo de los menores del barrio costa azul de Sincelejo (Colombia), *scielo*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/indes/v17n1/v17n1a04.pdf>.
- Fajardo B, F., Maestre C. M., Felipe C. E., León B. B. & Polo R. M. (2017). Análisis del rendimiento académico de los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria según las variables familiares. *Educación XX1*, 20(1), 209-232, doi: 10.5944/educXX1.14475.
- Gómez O., Casas, C., & Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*, 24(1), 29-49. Recuperado de <https://search-proquest-com.ezproxy.cecar.edu.co:2443/docview/1784859107?accountid=34487>.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. Quinta Edición. México df: mcgraw-hill/interamericana editores, s.a de c.v.
- Linares, M. & Fernández, M. (2015). Las prácticas educativas pater-
nas y la agresividad premeditada e impulsiva de los hijos ado-
lescentes. *Psicología Conductual*, 23(1), 161-179. Recuperado
de [https://search-proquest-com.ezproxy.cecar.edu.co:2443/doc-
view/1674473756?accountid=34487](https://search-proquest-com.ezproxy.cecar.edu.co:2443/docview/1674473756?accountid=34487).
- Lipps, G., Lowe, G., Gibson, R., Halliday, S., Morris, A., Clarke, N., y Wil-
son R. (2012). Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.
Psiquiatría Infantil y Adolescente y Salud Mental. Recuperado de
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-31>.
- Moreno, J., & Chauta, L. (2012). Funcionalidad familiar, conductas exter-
nalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de
la ciudad de bogotá. *Psychologia : Avances De La Disciplina*, 6(1),
155-166. Recuperado de [https://search-proquest com.ezproxy.ce-
car.edu.co:2443/docview/1793558826?accountid=34487](https://search-proquest-com.ezproxy.cecar.edu.co:2443/docview/1793558826?accountid=34487).
- Musitu Ochoa, G., Estévez López, E., Herrero Olaizola, J. (2005). El rol
de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud men-
tal del adolescente. *Salud Mental*, 28() 81-89. Recuperado de ht-
tp://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242809.
- Ospina, F., Hinestrosa M., Paredes, M., Guzmán, Y. y Granados, C. (2011).
Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de
10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6),
908-920. <https://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000600004>.
- OCDE (2016). Estudiantes de bajo rendimiento, por qué se quedan atrás y
cómo ayudarles a tener éxito. Recuperado de [http://www.oecd.org/
pisa/keyfindings/PISA-2012-Estudiantes-de-bajo-rendimiento.pdf](http://www.oecd.org/pisa/keyfindings/PISA-2012-Estudiantes-de-bajo-rendimiento.pdf).
- Organización para la cooperación y el desarrollo económico (2016). *PISA
2015 Resultados Clave*. Recuperado de [https://www.oecd.org/pisa/
pisa-2015-results-in-focus-ESP.pdf](https://www.oecd.org/pisa/pisa-2015-results-in-focus-ESP.pdf).
- Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos, PISA (2012). Es-
tudiantes de bajo rendimiento por qué se quedan atrás y cómo ayu-
darles a tener éxito. Recuperado de [http://www.oecd.org/pisa/key-
findings/PISA-2012-Estudiantes-de-bajo-rendimiento.pdf](http://www.oecd.org/pisa/keyfindings/PISA-2012-Estudiantes-de-bajo-rendimiento.pdf).

- Sánchez, M., y Postigo, J. (2012). Inteligencia emocional y clima familiar. *Psicología Conductual*, Recuperado de <https://search-proquest-com.ezproxy.cecar.edu.co:2443/docview/1010354249?accountid=34487>.
- Tonconi, J. (2010). Factores que influyen en el rendimiento académico y la deserción de los estudiantes de la facultad de ingeniería económica de la una-puno, periodo 2009. 2(1) //www.eumed.net/rev/ced/index.htm.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

Kelly Saucedo¹

Karina Martínez²

Papsivi- Minsalud

Gloria Reyes³

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo describir las características psicosociales de adolescentes con intento de suicidio durante el año 2017, víctimas y no víctimas del conflicto armado. Se indagaron los casos registrados por la Secretaria de Salud Departamental —bajo los principios éticos y de confidencialidad—, encontrándose 49 adolescentes con intento de suicidio en el municipio de Sincelejo, 43 mujeres y 6 hombres, cuyas edades oscilaban entre los 12 y 17 años, de los cuales, 20 fueron víctimas del conflicto armado. La investigación fue de tipo descriptivo, con un diseño no experimental, de corte transversal. El análisis de los datos se realizó de manera descriptiva empleando el programa SPSS. En los resultados obtenidos se evidenció que el mayor número de intentos de suicidio se encuentra en el sexo femenino dentro del rango de 12 a 15 años de edad. El tipo de intento con mayor prevalencia fue la intoxicación con 61,25%. Asimismo, prevalecieron los intentos previos de suicidio en 34,7%, el trastorno depresivo con 22,4% y los problemas de pareja en el 10,2% de la población estudiada.

1 Especialista en procesos familiares y comunitarios. Psicóloga. Correo: Kellysau_89@hotmail.com.

2 Especialista en procesos familiares y comunitarios. Psicóloga. Correo Correo: Luzkary1983@gmail.com

3 Especialista en procesos familiares y comunitarios. Psicóloga. Correo: Paoreyes18@hotmail.com.

Estas son las principales características psicosociales asociadas a la problemática del suicidio en adolescentes.

Palabras clave: intento de suicidio, adolescencia, víctimas, conflicto armado.

Abstract

The purpose of this paper was to describe the psychosocial characteristics of adolescents with suicide attempts during 2017, victims and non-victims of the armed conflict. The cases registered by the Departmental Health secretary were investigated under the ethical and confidential principles, finding 49 adolescents attempting suicide in the municipality of Sincelejo, 43 women and 6 men, whose ages ranged were from 12 to 17 years of age, from which 20 were victims of the armed conflict. The research is descriptive, with a non-experimental, cross-sectional design. Data analysis was performed descriptively using the SPSS program. In the results obtained it was evidenced that, the greatest number of suicide attempts is in the female sex within the range of 12 to 15 years of age. The type of attempt with the highest prevalence was intoxication (with 61.25%). Likewise, previous suicide attempts prevailed in 34.7%, depressive disorder with 22.4% and couple problems in 10.2% of the population studied. These are the main psychosocial characteristics associated with the problem of suicide in adolescents.

Keywords: attempted suicide, adolescence, victims, armed conflict.

Introducción

En Colombia según datos estadísticos del Instituto Nacional de Salud, durante el año 2017 se registraron 9.214 intentos de suicidio en el país, la mayoría de los casos se presentaron en adolescentes entre los 15 y los 19 años (29,1%) (El Mundo.com, 2017). En el Departamento de Sucre, en la ciudad de Sincelejo, de acuerdo a datos estadísticos de la Secretaría de Salud Departamental⁴, para el mismo año se registraron 332 intentos de suicidio y 49 casos, específicamente en adolescentes entre los 12 y 17 años de edad. Este panorama resulta aún más preocupante, si se tiene en cuenta que 20 adolescentes fueron identificados como víctimas del conflicto armado, situación que visibiliza una problemática latente en esta población.

Ante tal situación, resulta necesario hacer énfasis en esta etapa de la vida y estudiar las características psicosociales que podría presentar este grupo de adolescentes vulnerables al intento de suicidio. Del mismo modo, es importante analizar si existe alguna relación al comparar este fenómeno en adolescentes víctimas y no víctimas del conflicto armado, teniendo en cuenta que la violencia es uno de los eventos que afecta directamente la salud mental de los seres humanos sin distinción alguna. Las ideas precedentes impulsaron la presente investigación.

Inicialmente se revisó el artículo denominado “Suicidio y trastorno mental” realizado en Colombia por Bedoya y Montaña, (2016), quienes indican en sus hallazgos que la presencia de un trastorno mental constituye un factor de riesgo para cometer un suicidio; entre los trastornos más asociados como riesgo del suicidio se encuentran la depresión y la esquizofrenia. La investigación señala que es imperativo abordar la problemática con prioridad, dado que se considera un problema de salud pública que se ha incrementado en la sociedad colombiana con múltiples implicaciones en la esfera personal, familiar y social. Por otro lado, sugiere que cuando se presenten intentos de suicidio, se debe realizar un estricto seguimiento y acompañamiento de profesionales idóneos con un plan de acción que vincule a la familia en el proceso de recuperación del paciente.

⁴ Información obtenida por las investigadoras en la Secretaría de Salud respectiva.

Este fenómeno también fue objeto de estudio en Cuba, donde la mortalidad por suicidio ocupa el noveno lugar en la isla, por ello, Corona, Hernández y García (2016) en su estudio muestran que en los países de medianos y bajos ingresos existe mayor porcentaje de muertes por suicidio a nivel mundial, muy a pesar de que en la actualidad hay *más conocimiento sobre el tema*; de igual manera, este comportamiento suicida se asocia a unos factores de riesgo que se clasifican en individuales, comunitarios, familiares e institucionales. En la medida que se identifiquen de manera oportuna se pueden intervenir, fortaleciendo factores protectores, lo cual incidiría positivamente en la prevención de esta problemática y en una posible reducción de muertes por suicidio.

La problemática objeto de la presente investigación se fundamenta en el modelo ecológico de las relaciones humanas de Bronfenbrenner. Esta visión concibe al ambiente ecológico como una serie de estructuras representadas en diferentes niveles, en donde cada uno contiene al otro y tiene una función específica, el autor les da el nombre de: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Este modelo explica el desarrollo del individuo a través de la interacción con los distintos contextos en los cuales se desenvuelve el sujeto desde una perspectiva integradora donde se intercambia información y se relaciona con el ambiente para así constituir características que permiten estructurar en cierta medida la personalidad; además, este modelo plantea que el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes es un proceso lleno de complejidad en el que influyen múltiples factores asociados a los ambientes: micro, meso, exo y macro (Bronfenbrenner, citado por el Observatorio del Bienestar de la Niñez, OBN, 2017).

Es preocupante el aumento de las cifras de suicidio en el departamento de Sucre, Restrepo, Romero-Acosta, Verhelst-Montenegro (2019), pues los autores hallaron un incremento entre los años 2015 y 2016. Todos los esfuerzos que se realicen para sentar la línea base de la situación del suicidio en el departamento o para desarrollar estrategias de intervención resultan necesarios a fin de disminuir las cifras de suicidios en esa localidad, sobre todo en la población juvenil. Considerando estos planteamientos, el presente estudio aborda este fenómeno con el objetivo general de determinar las características psicosociales de adolescentes de 12 a 17 años de edad, víctimas y no víctimas del conflicto armado. Para lograr dicho cometido fue

necesario describir las características del intento de suicidio e identificar aspectos psicológicos de los adolescentes seleccionados intencionalmente en el estudio.

Metodología

Diseño y tipo de investigación: El diseño de la investigación es no experimental, ya que no existe manipulación deliberada de las variables y no se tiene influencia ni control sobre ellas (Hernández, Fernandez y Baptista 2010). Por el tipo de fuente de la cual se obtuvieron los datos, responde a un diseño documental, pues se recurrió al registro de documentos para obtener información sobre el suicidio en adolescentes en la ciudad de Sincelejo. La investigación es de carácter descriptivo y transversal.

Procedimiento: El grupo de investigación está conformado por tres profesionales psicólogas que seleccionaron la temática objeto de investigación, teniendo en cuenta el alto índice de intentos de suicidio en adolescentes de la ciudad de Sincelejo.

Se acudió a la Secretaria de Salud y se solicitó autorización para utilizar los registros de dichos casos, los cuales se encuentran almacenados en una base de datos del área de salud pública de esta entidad departamental, teniendo claros los principios éticos, así como la confidencialidad dentro del trabajo investigativo y explicando de forma clara el objetivo general del estudio, pues el tema del suicidio es un problema de salud pública que se debe analizar desde el panorama internacional, nacional y local, para profundizar en sus causas y consecuencias.

Posterior a ello, se formularon los objetivos específicos, los cuales direccionan la finalidad de la investigación, que para el caso se plantearon tres; seguidamente se argumentó la relevancia social del estudio, indicando cada uno de los aportes prácticos para orientar la intervención oportuna y prevenir futuros casos. La investigación se delimitó a la ciudad de Sincelejo, considerando 49 casos presentados en adolescentes de 12 a 17 años de edad, con intento de suicidio durante el año 2017, incluyó *víctimas* y *no víctimas* del conflicto armado, tomando en cuenta que en el departamento de Sucre, se instalaron grupos al margen de la ley responsables de múltiples hechos victimizantes, lo que originó desplazamientos forzosos hacia la

ciudad de Sincelejo, convirtiéndola en receptora de víctimas del conflicto armado.

El presente estudio consideró 18 investigaciones que sirvieron como antecedentes, las cuales por su rigor científico constituyen un referente con aportes valiosos para profundizar el análisis del fenómeno aquí planteado y sus variables.

Participantes

La muestra poblacional está conformada por 49 casos de intentos de suicidios presentados en adolescentes de 12 a 17 años de edad en la ciudad de Sincelejo, víctimas y no víctimas del conflicto armado, registrados en la Secretaría de Salud Departamental de Sucre durante el año 2017.

Instrumentos

Mediante una matriz de registro, se seleccionaron y organizaron los casos, tomando en cuenta las variables sociodemográficas.

Análisis de la información

El análisis de los datos se realizó de manera descriptiva empleando el programa SPSS, el cual es un software utilizado para la captura y análisis de datos.

Resultados

Los resultados de la investigación se presentan mediante tablas de frecuencias y figuras, en atención a las variables sociodemográficas. Seguido del análisis descriptivo de cada una de ellas, destacando aquellos con mayor y menor porcentaje. Finalmente, se procedió a identificar las características psicosociales de los adolescentes víctimas y no víctimas de desplazamiento.

Variables Sociodemográficas

El grupo de adolescentes registrados con intentos de suicidio durante el año 2017 se conformó por 43 mujeres correspondiente al 87,8% y 6 hombres equivalentes al 12,24% de la muestra poblacional, del 87,8% 18

adolescentes fueron víctimas y 25 no víctimas del conflicto armado y donde el sexo femenino resultó con mayor intentos de suicidio para ambos grupos.

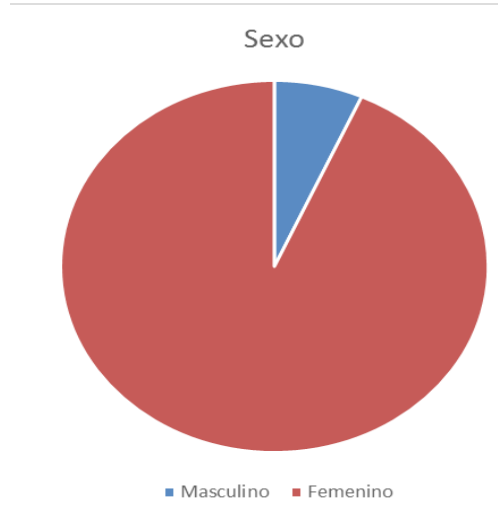


Figura 1. Sexo de la muestra.

Según la distribución de adolescentes por edad, se resalta el grupo situado entre 12 y 15 años que presentaron un 20,4% y 24,5% de los casos, seguido del grupo de 14 y 17 años con un 16,3% y 18,4%, lo que expresa que los intentos prevalecieron en el rango de menor edad.

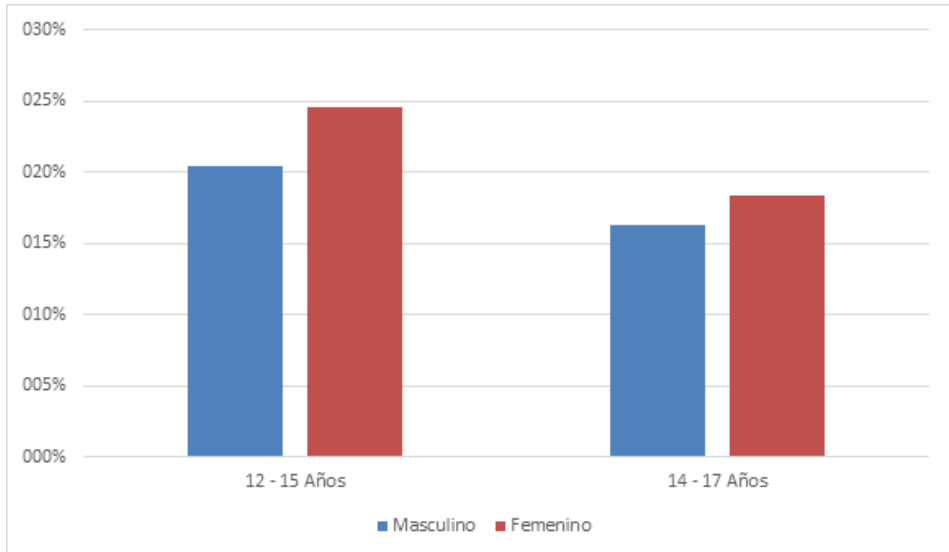


Figura 2. Edades de la muestra.

Los grupos estudiados no registran problemas legales, en cambio sí presentaron problemas de pareja (10,2%) y en menor porcentaje problemas económicos, muerte de familiar y enfermedades crónicas registrando 2,0%. Esta información se encuentra de manera más detallada en la Tabla 1.

Tabla 1
Características Sociodemográficas

	Total		Víctimas		No Víctimas	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Chicas	43	87,8	18	90	25	86,2
Chicos	6	12,2	2	10	4	13,8
Edad						
12	10	20,4	5	25	5	17,2
13		8,2	2	10	2	6,9
14	8	16,3	4	20	4	13,8
15	12	24,5	3	15	9	31,0
16	6	12,2	3	15	3	10,3
17	9	18,4	3	15	6	20,7
Problema pareja						
Sí	5	10,2	2	10,0	3	10,3
No	44	89,8	18	90,0	26	89,7
Enfermedad crónica						
Sí	1	2,0%	-	-	1	3,4
No	48	98,0%	20	100	28	96,6
Problemas económicos						
Sí	1	2,0	1	5,0	7	24,1
No	38	77,6	16	8,0	22	75,9
Muerte familiar						
Sí	1	2,0	3	15	1	3,4
No	38	77,6	17	85	21	72,4
Problemas legales						
Sí	-	-	-	-	-	-
No	49	100	20	100	29	100

Fuente: elaboración propia.

Características de los intentos de suicidio de los participantes

En cuanto a las características del intento suicida sobresalen 17 intentos previos equivalente a 34,7 % de los adolescentes estudiados, de los cuales 8 (16,32%) son víctimas y 9 no víctimas (18,36%). Lo que indica que los adolescentes que atentan contra su vida tienen un significativo número de intentos previos y el mayor porcentaje corresponde adolescentes no víctimas del conflicto armado.

Así mismo, se presentaron dos antecedentes de suicidio en la familia, uno por cada grupo sumando 4,1%. Otra de las características reflejadas en los adolescentes fue la presencia de ideación suicida, reportando 11 casos que equivalen al 22,4% distribuido en 6 adolescentes víctimas y 5 no víctimas.

Con relación a los tipos de intento que más utilizaron los adolescentes contra su vida, se encuentra en mayor porcentaje los casos por intoxicación (61,25%) donde 13 fueron víctimas (65,0%) y 17 no víctimas (58,6%), seguido por arma corto punzante, hallándose 15 casos con 30,6%, de los cuales 6 adolescentes víctimas y 9 no víctimas. En menor frecuencia se registraron casos por lanzamiento al vacío y ahorcamiento. Es necesario precisar que ninguno de los casos estudiados intentó suicidarse con lanzamiento a vehículos, arma de fuego e inmolación. Esto se amplía en la Tabla 2.

Tabla 2
Características del Intento Suicida

	Total		Víctimas		No Víctimas	
	N	%	N	%	N	%
Intento previo						
SÍ	17	34,7	8	40	9	31,0
NO	32	65,3	12	60	20	69,0
Número de intentos						
1	5	10,2	2	10,0	3	10,3
2	3	6,1	1	5,0	2	6,9
3	4	8,2	1	5,0	3	10,3
4	4	8,2	3	15,0	1	3,4

	Total		Víctimas		No Víctimas	
	N	%	N	%	N	%
Suicidio Familia						
SÍ	2	4,1	1	5,0	1	3,4
NO	37	75,5	16	80,5	21	72,2
Perdidos	10	20,4	3	15,0	7	24,1
Ideación suicida						
SÍ	11	22,4	6	30,0	5	17,2
NO	38	77,6	14	70,0	24	82,8
Ahorcamiento						
SÍ	2	4,1	1	5,0	1	3,4
NO	47	95,9	19	95	28	96,6
Arma Corto punzante						
SÍ	15	30,6	6	30	9	31,0
NO	34	69,4	14	70	20	69
Arma de fuego						
SÍ	-	-	-	-	-	-
NO	49	100	20	100	29	100
Inmolación						
SÍ			-	-	-	-
NO	39	79,6	17	85,0	22	75,9
Lanzamiento al vacío						
SÍ	1	2,0	-	-	1	3,4
NO	48	98,0	20	100	29	100
Lanzamiento vehículo						
SÍ	-	-	-	-	-	-
NO	49	100	20	100	29	100
Intoxicación						
SÍ	30	61,2	13	65,0	17	58,6
NO	19	38,8	7	35,0	12	41,4

Fuente: elaboración propia

Aspectos psicológicos de los adolescentes de la muestra

Respecto a las características psicológicas de los participantes, predominó la depresión como el trastorno psicológico que registraron con mayor frecuencia los adolescentes (con 22,4%), de los cuales 5 (25%) fueron víctimas y 6 (20,7%) no víctimas del conflicto armado. Por su lado, la esquizofrenia registró un caso en adolescentes víctimas igual a 5,0%. Cabe anotar, que no se presentaron trastornos de personalidad y bipolaridad, tal como se registra en la Tabla 3.

Tabla 3
Características Psicológicas de los participantes

Trastornos psicológicos	Total		Víctimas		No Víctimas	
	N	%	n	%	N	%
Trastorno depresivo						
SÍ	11	22,4	5	25	6	20,7
NO	5	10,2	1	5,0	4	13,8
Perdidos	33	67,3				
Trastornos de personalidad						
SÍ			-	-	-	-
NO	6	12,2	3	15,0	3	10,3
Perdidos	43	87,8	17	85	26	89,7
Trastorno bipolar						
SÍ			-	-	-	-
NO	16	32,7	6	30	10	34,5
Perdidos	33	67,3	14	70	19	65,5
Esquizofrenia						
SÍ	1	2,0	1	5,0	-	-
NO	15	30,6	5	25	10	34,5
Perdidos	33	67,3	14	70,0	19	65,5

Fuente: elaboración propia.

Discusión y conclusiones

La adolescencia es una etapa en la que ocurren la mayor parte de las transformaciones y cambios en cuanto al desarrollo psicológico, neuroendocrinológico y social (Gilchrist, 1991). Es así como dentro de esta etapa existen factores de riesgo y problemáticas que pueden afectar a los adolescentes a nivel emocional y psicosocial, donde la edad, el género y la depresión son factores asociados al intento de suicidio.

En función del análisis de los resultados en la presente investigación, y teniendo en cuenta los objetivos, se debe mencionar que la muestra poblacional femenina es predominante a comparación de la masculina; lo cual indica que para esta población, el género femenino presentó mayor índice de intentos de suicidio respecto al masculino. Castro (2001) considera que existe en cierta medida mayor índice de suicidios en mujeres y que este se encuentra asociado a dificultades amorosas y familiares como principales causas, al igual que a la aparición en segundo plano de trastorno mental.

En este mismo sentido, se considera que en los países occidentales, las adolescentes y las mujeres jóvenes son más propensas que los hombres a divulgar el comportamiento suicida, sin embargo, los hombres son más propensos a suicidarse respecto a las mujeres. A esto se le suma que el consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia o incluso la ansiedad por separación o las rupturas de pareja puede incrementar en mayor medida el riesgo de que ambos sexos intenten el suicidio (Cabra, Infante, Sossa, 2010). En efecto, en Sucre se halló una relación significativa entre el consumo de sustancias y la depresión; la sustancia más consumida por los jóvenes fue el alcohol (Romero-Acosta, Gómez-de-Regil, Lowe & Lippis 2018). Esto es importante debido a que hay una relación estrecha entre la depresión y la conducta suicida.

Así mismo, la edad promedio de los participantes es de 14.66 años. En este grupo poblacional los intentos de suicidio prevalecieron en el rango de 12 a 15 años de edad, situación que se encuentra en coherencia con lo expuesto por Cabra, et al. (2010), quienes mencionan que en Colombia los índices de intento de suicidio son mayoritarios para sexo femenino y dentro del rango de edad de 10 a 14 años, a diferencia de los reportes publicados en los Estados Unidos, donde la franja se mantiene superior para la población masculina.

El Servicio de Psiquiatría Pediátrica en Argentina señala que las conductas e intentos suicidas son más frecuentes en adolescentes que se encuentran en edades tempranas y no se debe exactamente a la presencia de trastornos psicopatológicos, ya que se encuentran más relacionados con problemáticas familiares, de pareja o por trastorno depresivo, bipolar y de conducta antisocial, afirmación que nutre el supuesto de esta investigación, pues en cuanto a las características asociadas al suicidio, las problemáticas de pareja se hicieron evidentes en mayor medida en los adolescentes participantes de esta investigación, a comparación de los problemas económicos, familiares o por enfermedades crónicas. De modo similar, para Gómez et al. (2002) la población que se encuentra en mayor riesgo está entre los 16 a 21 años de edad; presenta relación con una combinación de eventos adversos de la vida, acontecimientos vitales estresantes y trastorno mental.

De los datos obtenidos correspondientes a las características del intento suicida, se encontró que en un porcentaje significativo de la población existieron intentos previos de suicidio e ideación suicida y suicidio de familiares, hallazgo semejante a lo propuesto por Shaffer (2001) quien señaló que haber cometido intentos previos incrementa mucho más el riesgo de suicidio, pero este efecto predictivo es menor para el sexo femenino. De modo similar, este fenómeno se encuentra influenciado por diversas variables biológicas, genéticas, psicológicas, culturales, económicas y sociales, las cuales se pueden manifestar en diferentes áreas y niveles como el micro individual, el meso familiar, el escolar y macrosocial. Entre ellos se pueden destacar a nivel individual: los intentos previos de suicidio; conflictos de pareja o finalización de una relación amorosa; desesperanza; enfermedad crónica y/o discapacidad; predisposición genética; trastorno mental; conductas violentas y autodestructivas; conflictos de identidad; consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas.

Dentro del componente Meso familiar existen factores como: la violencia física, sexual, psicológica, la negligencia, el abuso de alcohol o de drogas por parte de miembros de la familia, antecedentes familiares de suicidio o de intentos suicidas, trastorno mental, dificultades socioeconómicas, muerte de algún familiar cercano y la separación o el divorcio.

A nivel *exo macro*, también existen factores de riesgos asociados a los intentos suicidas como: la carencia de redes de apoyo, acceso a armas de fuego, discriminación, dificultades para acceder a servicios, violencia sexual y ser víctima del conflicto armado. Elementos que coinciden con lo encontrado en la presente investigación, donde un porcentaje significativo de la población adolescente es víctima del conflicto armado, ya que en cualquiera de sus hechos victimizantes y especialmente dentro de la violencia sexual, puede traducirse en complicaciones serias, que causan mucha afectación en la vida y en el desarrollo de las víctimas y puede tener una estrecha relación con el suicidio.

En esta misma línea, también se encontró coincidencias con lo planteado por Bedoya y Montaña (2015), quienes indicaron en sus hallazgos que la presencia de un trastorno mental está asociado como un factor de riesgo para cometer un suicidio. Entre los trastornos que más se asocian como riesgo del suicidio se encuentran la depresión y la esquizofrenia, situación característica para esta población, en este caso predominó la presencia en mayor medida de trastorno depresivo.

Adicionalmente, resulta importante destacar que la disfunción familiar es un factor de riesgo determinante, ya que distintas investigaciones mencionan que en la mayor parte de las familias de adolescentes que realizaron intento suicida, existen problemáticas familiares y crisis en el hogar, predominando la desorganización, desmoralización, al igual que el deterioro de las relaciones familiares (Nizama, 2011), por lo cual se recomienda ampliar esta línea temática de investigación.

Por otro lado, los métodos de intento que más utilizaron los adolescentes contra su vida fue la intoxicación, y las armas corto punzantes, prevaleciendo en los participantes no víctimas del conflicto armado. De modo similar el ICBF (2018) señaló que los métodos más empleados por la población menor de 18 años para llevar a cabo el suicidio son intoxicación y arma de fuego, lo que se encuentra en coherencia con los resultados obtenidos. Alvis, Soto y Grisales (2017), encontraron que el mecanismo de intento de suicidio más común y utilizado por los jóvenes son las intoxicaciones, seguido por las armas cortopunzantes. Diversos estudios han señalado hallazgos similares. Sabadell y Terrasa, citado por Cebria et al. (2012), mencionaron que las personas en su mayoría han usado la sobredosis de medicamentos como método para realizar el intento de

suicidio, en similitud a esto, también Lin, et al. (2014) identificaron que el método más usado ha sido el envenenamiento o la intoxicación.

En tal sentido, el intento de suicidio por intoxicaciones voluntarias representa una problemática de mucha relevancia entre los adolescentes, sobre todo en el sexo femenino (Garrido, et al. 2000), debido a que se ha incrementado sustancialmente en los últimos años y es una situación con altas incidencias en la adolescencia temprana y para las féminas.

A pesar de que la problemática fue más prevalente en los adolescentes no víctimas del conflicto armado, en los resultados obtenidos no se evidenciaron diferencias significativas para ambos grupos, esto podría deberse a que el mayor número de participantes corresponde a adolescentes no víctimas.

En definitiva, el intento suicida es un fenómeno multifactorial que puede estar relacionado con agentes biológicos, psicológicos y problemáticas propias de la sociedad actual, por lo cual, es de gran importancia promover el empoderamiento de las comunidades frente al tema, para mayor claridad de los factores de riesgo y sus formas de intervención. Por ello, es necesario considerarlo como un problema de salud pública y abordarlo como bien lo proponen Bronfenbrenner, desde una perspectiva holística e integradora, que contemple el análisis de los diversos contextos en los que se desarrollan los adolescentes y la forma en la que interactúan con los mismos. Identificando cada una de las necesidades que presenten las personas, familias o comunidades, evitando así la presencia de factores de riesgo que posiblemente conlleven a desencadenar conductas suicidas.

La anterior investigación permite llegar a la conclusión que la etapa de la adolescencia es el grupo etario que se encuentra en mayor riesgo de cometer intentos de suicidio, lo que representa un dato relevante que se debe tener en cuenta en posteriores investigaciones, para así, hallar resultados que evidencien ante las entidades gubernamentales, un referente para trazar lineamientos tendientes al fortalecimiento de políticas públicas a favor de la calidad en los programas de salud mental, con acciones preventivas y de articulación intersectorial oportuna y eficaz, pero sobre todo una atención humanizada que atiendan las necesidades psicológicas de los adolescentes, disminuyendo en gran parte los factores de riesgo de intentos de suicidio y suicidios en este grupo etario.

Referencias

- Alvis, L. F., Soto, & Grisale, H. (2017). El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio. *Revista Criminalidad*, 59(2), 81-92.
- Bedoya, E., & Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *Rev. CES Psicol.*, 9(2), 179-201. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423548400012.pdf>.
- Cabra, O., Infante, D. y Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*: 13(2): 28-35.
- Castro, J. (2001). Intentos de suicidio atendidos en el Hospital Psiquiátrico "Villahermosa. *Salud en Tabasco*, 7 (1), 363-365. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48770106.pdf>.
- Cebrià, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., ... & Hegerl, U. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 269-276.
- Corona, M., Hernández, M., García, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista habanera de Ciencias Médicas*, 15 (1). 90-100.
- El Mundo.com. (2017). Depresión: la enfermedad mental más frecuente en Colombia. Recuperado de <https://www.elmundo.com/noticia/Depresionla-enfermedad-mental-mas-frecuente-en-Colombia/361777>.
- Garrido, R., García, J., Carballo, E., Luaces, C., Alda, J., y Pou, J. (2000). Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio: Voluntary intoxication As A Form Of Attempted Suicide. *Anales de Pediatría*: Vol. 53. Pag. 213-216.
- Gilchrist V.J. (1991). Preventive health care for the adolescent; En: *Am. Fam. Physician*, 43(3), pp.869-78, Canada, March, 1991.
- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, Nancy, Ospina, M., Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la Población Colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 31, (4), 271- 286.

- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw Hill.
- Lin, C. J., Lu, H. C., Sun, F. J., Fang, C. K., Wu, S. I. & Liu, S. I. (2014). The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. *Journal of the Chinese Medical Association*, 77 (6): 317-324.
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15 (2), 81-85. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oe?id=203122516002>.
- Observatorio del Bienestar de la Niñez – OBN. (2017). Insumos para la prevención de la violencia sexual en Colombia. En línea, disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/_boletin_1-violencia_sexual.pdf.
- Restrepo, H.J., Romero-Acosta, K., Verhelst-Montenegro, S. (2019). Caracterización del Suicidio en el departamento de Sucre: Un análisis de las noticias publicadas en el Periódico El Meridiano de Sucre, Colombia. *Búsqueda*, 6(22):e426. DOI: <https://doi.org/10.21892/01239813.426>.
- Romero-Acosta, K., Gómez-de-Regil, L., Lowe, G., & Lipps, G. (2018). The Relationship between Substance Use and Depressive Symptoms among Colombian Adolescents, *West Indies Medical Journal*, 67, (4), 323-7. DOI 10.7727/wimj.2018.143.
- Shaffer, D. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior, julio 2001.

AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SEXUALMENTE ACTIVOS

Bárbara Sofía Córdova Witeczek¹

Universidad Rafael Urdaneta - Escuela de Psicología -Venezuela

Edgar Andrés Córdova Witeczek²

Universidad del Zulia - Facultad de Medicina - Escuela de Medicina-
Venezuela

Resumen

En el contexto de esta investigación, la ansiedad y la autoestima se perfilan como unas de las variables más importantes a comprobar en personas activas sexualmente, en tal sentido, se ha centrado el interés de la indagación en estudiantes universitarios sexualmente activos con edades que van desde los 19 a 30 años. El objetivo general fue determinar la relación entre autoestima y ansiedad en esta población de estudiantes ubicada en el municipio Maracaibo del Estado Zulia - Venezuela, para ello fue necesario identificar el nivel de autoestima y describir el nivel de ansiedad en la muestra seleccionada, procediendo luego a establecer la relación entre las variables. El tipo de investigación fue transaccional, correlacional, y su diseño de corte no experimental. Para la variable autoestima se utilizó la escala de autoestima (AESTI), la cual es una escala tipo Likert, de 10 ítems, con 6 puntos; elaborada por Rosenberg (1965a), para la variable ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck -1976- (Beck, Epstein y Cols, 1988), conformado por 21 ítems, cada uno compuesto por cuatro modalidades de respuesta que van de cero (0), no ansiedad, a tres (3) intensidad severa de ansiedad; se aplicó el instrumento adaptado al medio venezolano por el Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes en Venezuela. Se concluye que existe una fuerte relación entre las variables, por

1 Psicóloga, Universidad Rafael Urdaneta Estado Zulia, Maracaibo, Venezuela, terapeuta en ejercicio, Correo: barbaracordova106@hotmail.com.

2 Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia, Maracaibo- Venezuela. Correo: ecordovawiteczek@gmail.com.

cuanto la autoestima, al integrar los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, se ve afectada por factores psicológicos, personales, propios de la personalidad del individuo; además de factores sociales y familiares, los cuales pudieran incidir en la percepción del individuo en cuanto a sus competencias y su valoración personal, entre otros aspectos.

Palabras clave: ansiedad en jóvenes, sexualidad, autoestima, salud mental, estudiantes universitarios.

Abstract

Anxiety and self-esteem would be outlined as one of the most important variables to check in sexually active people, in this context are of interest in this research university students sexually active from 19 to 30 years. This research defined its general objective; To determine the relationship between self-esteem and anxiety in this population of students in the Maracaibo municipality of Zulia State, Venezuela, for this was necessary; Identify the level of self-esteem and describe the level of anxiety in university students. The type of research was non-experimental correlational transactional. For the variable of self-esteem was used the scale of self-esteem (AESTI) which is a scale type Likert of 10 items with 6 points elaborated by Rosenberg (1965a), for the anxiety variable was used Beck's anxiety Inventory (1976-), For 21 items, each composed of four response modalities ranging from zero (0), not anxiety, to three (3) severe anxiety intensity, the instrument adapted to the Venezuelan medium was applied by the Center for Psychological Research of the Faculty of Medicine of The University of the Andes in Venezuela . It is concluded that there is a strong relationship between the variables, because the self-esteem, integrating the cognitive, affective and behavioral aspects, is affected by psychological factors, personal personality of the individual, as well as factors Social and family, which could affect the perception of the individual in terms of their competencies and personal assessment, among other aspects.

Keywords: youth anxiety, self-esteem, sexuality and self-esteem, mental health, university students.

Introducción

A lo largo de las investigaciones en psicología, los puntos de atención han sido los trastornos psicológicos y cómo éstos afectan las distintas esferas del individuo. Por tanto, son relativamente recientes los estudios encaminados a la comprobación de los factores que favorecen las áreas social y emocional, siendo la variable autoestima una de las más estudiadas, debido a los efectos de esta en el bienestar del ser humano, hasta tal punto que se ha denominado una necesidad humana básica. Es Rosenberg (1965a) quien la cataloga como una necesidad, pues el autor señala como razón para ello que una alta autoestima se asocia a personas sanas y felices, mientras que la baja autoestima se asocia a personas insatisfechas y desconcertadas.

La autoestima es definida como la apreciación que una persona tiene de sí misma, la cual puede ser positiva o negativa, pues está basada en un eje afectivo y otro cognitivo, dado que el sujeto se siente de alguna manera determinado por lo que piensa acerca de sí mismo. Respecto a las variables que parecen influir en los niveles de autoestima destacan, de manera general: la apariencia y las capacidades con relación al cuerpo, los logros académicos y/o laborales, el clima familiar y la medida en que las necesidades sociales alcanzan un alto de grado de satisfacción (Craighead, McHale y Pope, 2001). Con relación a esta última, se señalan aspectos como la amistad, las habilidades de interacción con los pares y el establecimiento de las relaciones de pareja productivas, importantes y dignas; es decir, es uno de los factores que abarca tanto el área emocional como social del individuo y, es precisamente este, el que se asocia con la importancia de la filiación y la decisión de activar el comportamiento sexual para cubrir tanto las necesidades biológicas como las sociales.

Ser sexualmente activo, es denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) como parte de la salud sexual o, bien, el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, el cual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, del mismo modo, la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Según la misma OMS (2006) los jóvenes entre 15 y 24 años solamente representan el 25% de la población con vida sexual activa. En

el caso de Venezuela, aunque no existen datos específicos, registrados por los organismos oficiales, sobre la incidencia de la población que es sexualmente activa se conoce que la mayoría de los jóvenes inician su sexualidad de manera precoz (Corona, 2014). Ahora bien, desde la perspectiva psicológica, social y cultural, el preámbulo de una vida sexual activa se inicia con información insuficiente respecto a la sexualidad, tabúes sobre esta, resistencia y poco conocimiento con respecto al uso de los métodos anticonceptivos y sentimientos de omnipotencia característicos en la mayoría de los adolescentes.

No obstante, lo anterior también parece extrapolarse a la adultez temprana. En un estudio realizado con jóvenes universitarios se encontró que a pesar de la formación académica y de la creciente disponibilidad de información acerca de sexualidad, el tabú imperante acerca todo lo que rodea las relaciones entre los sexos, provoca que los estudiantes posean información insuficiente o poco específica acerca del funcionamiento de su cuerpo y de las consecuencias en la salud, lo que los conduce a una práctica sexual inadecuada (Chávez, Petrzelová y Zapata, 2009).

Adicional a esto, McKinney (citado por Allen, 2000) argumenta que la decisión de mantener una vida sexualmente activa puede deberse a diversos factores tanto positivos como negativos: el placer físico que se obtiene, expresión de amor, necesidad de filiación, para probar la autonomía e independencia, por presión social, entre otros.

En este sentido, vivenciar relaciones sexuales en el marco de la juventud, pudiera depender del nivel de autoestima de estos; así, las razones positivas para mantenerlas parecen asociarse a una alta estima, mientras que las razones negativas se asociarían a una baja estima (Allen, 2000). Todo ello, considerando los planteamientos de Rosenberg (1965a), quien sostiene que las personas que actúan sobre la base de una autoestima insuficiente se muestran limitadas en sus relaciones, de igual modo, sumisas a la voluntad de otros; todo ello, dada la inseguridad que experimentan en sus interacciones, dando muestra de problemas en el autoconcepto y el autocontrol, áreas en las que buscan la aprobación de otros, lo cual puede llevarlos a realizar conductas no probas³.

3 Para ampliar consúltese Bandura, A. y Cervone, D., (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems, *Journal of Personality and Social Psychology* 45, pp. 1017-1028.

Dicho de otro modo, cuando el joven decide ser sexualmente activo por motivos como el placer físico que se obtiene, asumiendo éste último de manera responsable, la necesidad de expresarle amor a la pareja a través de ello y/o la necesidad de filiación, es sinónimo de que se muestra seguro en su vida afectiva, manifestando habilidades de comunicación y respeto hacia sí mismo y hacia su pareja, lo cual conforma criterios claves de una alta autoestima (Agudelo, Casadiegos, Sánchez, 2009).

A la par, la sexualidad sana y responsable se asocia también con el aumento de la autoestima (Leal y Prato, 2007; Ceballos, Barliza y León, 2008), lo cual es una clara prueba de las influencias bidireccionales de la autoestima y la sexualidad activa. Sin embargo, en el comportamiento sexual también intervienen otros factores que, de hecho, están vinculados con la información que se maneje de esta, ello pudiera ser motivo de ansiedad (Rodríguez, 2010). La ansiedad, en este contexto, según las argumentaciones de Beck y Clark (1988), se referiría a un intenso malestar interior debido a la actividad sexual y el sentimiento que tiene el sujeto de no ser capaz de controlar los sucesos futuros, como consecuencia de esta; estos criterios estarían acompañados por síntomas físicos como tensión muscular, molestias estomacales, entre otros.

Para la OMS (2006), los jóvenes constituyen el grupo más vulnerable en relación con las consecuencias negativas de mantener relaciones sexuales. Se ha comprobado que el comportamiento sexual atenúa la ansiedad, es decir, que ser sexualmente activos produce un efecto de tipo ansiolítico o atenuante del estrés, que se manifiesta tanto en la conducta de los sujetos, como a niveles fisiológicos o neuroendocrinos (Justel, Bentosela y Mustaca, 2009); no obstante, pudiera provocar los efectos contrarios cuando se mantienen de manera desinformada e impulsados por una baja autoestima. De acuerdo con Leary y Dobbins (citado por Rodríguez, 2010) los sujetos ansiosos presentan una tendencia a subestimar sus capacidades para tener interacciones sexuales, son propensos a autocriticarse cuando interactúan con el otro sexo, anticipan como negativas las consecuencias de una situación y se autoreprochan con mayor frecuencia por no haber actuado correctamente en una interacción con alguien del otro sexo.

Efectivamente, la autoestima y la ansiedad se perfilarían como unas de las variables más importantes a comprobar en personas activas sexualmente. Parece que ambas se influyen entre sí, y sus niveles estarían

estrechamente vinculados con el grado de satisfacción de las prácticas sexuales. Por ello, los jóvenes universitarios corresponderían al grupo de mayor interés, tomando en consideración que es aquel con mayor actividad sexual, y a su vez, con mayor riesgo.

De los planteamientos precedentes surgió la necesidad de responder la siguiente interrogante: ¿Cómo es la autoestima y ansiedad en estudiantes universitarios heterosexuales activos sexualmente? Partiendo de las reflexiones iniciales la pregunta formulada se desagregó en otras interrogantes específicas, esto conllevó a determinar la relación entre autoestima y ansiedad en estudiantes universitarios heterosexuales activos sexualmente. En concordancia con las interrogantes, los objetivos que guiaron la búsqueda se plantearon en los siguientes términos: Determinar la relación entre autoestima y ansiedad en esta población de estudiantes ubicada en el municipio Maracaibo del Estado Zulia- Venezuela, lo cual implicó identificar el nivel de autoestima en estudiantes heterosexuales activos sexualmente; describir el nivel de ansiedad en estudiantes universitarios activos sexualmente, para luego establecer la relación entre las citadas variables

En relación al sistema educativo venezolano, particularmente en el subsector educación superior, la sexualidad no es un tema estudiado ampliamente, aún menos lo concerniente a variables psicológicas como son las aquí indagadas. Al estudiar la relación entre la autoestima y la ansiedad en personas heterosexuales activas sexualmente se abren las posibilidades de ampliar el conocimiento sobre este tema, del mismo modo, profundizar la importancia de la adecuada educación sexual en el país. Por otra parte, se pretendió estimar, la posible influencia de estas variables psicológicas, autoestima y ansiedad, considerando la sexualidad en el marco del desarrollo de una alta autoestima o de niveles de ansiedad, como aspectos importantes para la salud desde una visión integral.

Metodología

La investigación llevada a cabo fue de tipo descriptivo, de nivel perceptivo, ya que se buscó medir las variables ansiedad y autoestima. Según Hernández, Fernández y Baptista (1998), este tipo de investigación procura especificar las propiedades importantes del fenómeno objeto de estudio. Se recurrió al trabajo de campo para la aplicación de los instrumentos diseñados, en el presente caso la aplicación se realizó en el espacio de la Universidad Rafael Urdaneta ubicada en Maracaibo- Estado Zulia- Venezuela⁴.

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es correlacional, ya que su propósito fue medir el grado de relación de dos o más conceptos o variables, las cuales, en esta investigación son autoestima y ansiedad en un contexto particular. $X1 \rightarrow X2$, $X1$: Variable 1 (Autoestima) - $X2$: Variable 2 (Ansiedad).

Población

La población es definida como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Selltiz, citado por Hernández et al., 2006). La investigación se llevó a cabo en el periodo transcurrido de mayo (2016) a octubre (2017), con estudiantes universitarios heterosexuales activos sexualmente en edades comprendidas entre 19 y 30 años, localizados en Maracaibo, Estado Zulia- Venezuela. La variable autoestima se investigó tomando en cuenta los postulados de Rosenberg (1965a) y la ansiedad considerando la teoría de Beck (Beck et al., 1988).

Muestra

En la investigación se empleó un muestreo de tipo no probabilístico, que según Parra (2003), corresponde a procedimientos de selección de

⁴ Consideraciones Éticas: En la presente investigación se tomó en cuenta y estuvo sustentada por el Código de Ética Profesional del Psicólogo de Venezuela (1996), específicamente por los siguientes artículos: Artículo 54: Este artículo plantea que la investigación en la Psicología debe inspirarse y basarse en los más elevados principios éticos y científicos. La investigación estuvo basada en los principios éticos y científicos de la investigación. Artículo 55: Refiere que la investigación deberá ser realizada y supervisada por personas cualificadas y entrenadas en el ámbito científico.

muestras en donde intervienen factores distintos al azar. De igual manera, dentro de este tipo de muestreo, se selecciona el muestreo accidental en cual el investigador selecciona los sujetos para componer la muestra, de acuerdo a la accesibilidad. (Tamayo y Tamayo, 1994). Para efectos de esta investigación la muestra estuvo conformada por 120 estudiantes universitarios heterosexuales activos sexualmente de ambos sexos, cursantes de diferentes carreras universitarias.

Definición operacional de las variables

La autoestima: se define como el puntaje arrojado por el análisis de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1962)⁵, mide con escalas, donde estos arrojan resultados de autoestima elevada, autoestima media y por último autoestima baja, basándose en tres dimensiones: cognoscitiva, afectiva y conductual. La Ansiedad: Consiste en el puntaje medio obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, & Emery, 1985), que mide con escalas donde estos indican un nivel normal, nivel moderado, nivel de moderado a severo y por último un nivel severo de ansiedad, basándose en cuatro áreas: cognitiva, emocional, conductual y fisiológica.

Técnicas de recolección de datos y descripción de los instrumentos

Para la variable de *autoestima* se aplicó la escala de autoestima AESTI la cual es una escala tipo Likert de 10 ítems, con 6 puntos, elaborada por Rosenberg (1965a). Los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 están destinados a identificar la autoestima alta, y los ítems 6, 7, 8, 9 y 10 están destinados a identificar la autoestima baja; proponiendo como alternativas de respuesta “completamente de acuerdo”, “moderadamente de acuerdo”, “ligeramente de acuerdo”, “ligeramente en desacuerdo”, “moderadamente en desacuerdo” y “completamente en desacuerdo”. Esta se centra en la medición de sentimientos de respeto y aceptación hacia sí mismo, dando como resultados autoestima baja, autoestima media y autoestima alta, en la investigación se aplicó el instrumento adaptado al medio venezolano por el Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina

5 Para ampliar véase también Coopersmith, S. (1990). The antecedents of Self-esteem. Consulting Psychologists Press 3ra. Edition. E.E.U.U.

de la Universidad de los Andes (ULA), en Venezuela, según la cual las puntuaciones van desde autoestima alta a autoestima baja.

Tabla 1
Forma de Corrección AESTI

Completamente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo.
Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo.
Ligeramente en desacuerdo	Completamente de acuerdo.

Fuente: Rosenberg (1965a)

Tabla 2
Baremos de interpretación AESTI

Autoestima	Rango – Percentil
Autoestima Alta	Mayor o igual a 41
Autoestima Media	De 25 a 40
Autoestima Baja	Menor o igual a 25

Fuente: Rosenberg (1965a)

Inventario de ansiedad de Beck (1976)

Para la variable de ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck -1976- (Beck y Clark, 1988), el cual está conformado por 21 ítems, cada uno compuesto por cuatro modalidades de respuesta que van de cero (0), no ansiedad, a tres (3) intensidad severa de ansiedad, indicando lo siguiente:

- Cero (0) no existe sintomatología;
- Uno (1) intensidad leve del síntoma;
- Dos (2), intensidad moderada del síntoma;
- Tres (3): Intensidad severa del síntoma.⁶

⁶ Se miden aspectos fisiológicos que denotan y expresan la ansiedad en el sujeto como palpitaciones, sudoración y sensaciones de malestar, de igual manera evalúa aspectos emocionales como miedo y temor relacionados a episodios que provoquen más ansiedad. Del total de 21 ítems, 13 están destinados a medir los síntomas físicos y fisiológicos (ítems n°: 1, 2, 3, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21), 5 a medir los aspectos cognitivos (ítems n°: 4, 5, 10, 14, 16), y 3 tienen una connotación tanto física como cognitiva (ítems n°: 8, 9 y 17).

La aplicación fue individual, los sujetos valoraron cada reactivo considerando el grado en que se sentían molestos, por el síntoma particular, colocaron una X en la columna que representa el grado de ansiedad que este poseía. La corrección del inventario se realizó así: en la primera columna, las respuestas tienen un valor de 0 puntos; en la segunda columna tienen un valor de 1 punto; en la tercera columna tienen un valor de 2 puntos en la cuarta y última columna, las respuestas tienen un valor de 3 puntos; posteriormente estos valores se suman y se interpretan.

Tabla 3
Forma de corrección del BAI

Cero (0)	No existe sintomatología
Uno (1)	Intensidad leve del síntoma
Dos (2)	Intensidad moderada del síntoma
Tres (3)	Intensidad severa del síntoma

Fuente: Beck y Emery (1985).

Tabla 4
Baremos de interpretación del BAI

Nivel de Ansiedad	Puntaje Global	Fisiológico	Cognitivo	Emocional
Normal	0-9	0-4	0-2	0-1
Leve a Moderada	10-18	5-9	3-5	2-3
Moderada a Severa	19-29	10-18	6-8	4-5
Severa	30-63	19-39	9-15	Mayor a 5

Fuente: Beck y Emery (1985).

Propiedades psicométricas: Escala AESTI por Rosenberg (1965)

Al momento de medir la escala AESTI, Silver y Teppett (1965) encontraron que la escala correlacionada entre .56 y .83 medidas clínicas similares con una muestra de 44 sujetos, puntuaciones que representar una validez adecuada. En 1965, la escala AESTI fue puesta a prueba en 5024 estudiantes dando como resultado mediante el coeficiente de reproductividad Guttman una puntuación de .92, la cual demuestra que esta es adecuada. En cuanto al Alpha de Crombach arrojó 0.799 lo que indica, de igual de manera, un buen índice de confiabilidad.

Inventario de ansiedad por Beck (1976)

Con respecto a la validez Beck et al. (1988) reportaron buena consistencia interna, dando 0.92 de Alfa de Crombach, siendo esta adecuada y consistente para la medición de la variable. En relación a la confiabilidad, ha sido obtenida por diferentes métodos. En el caso de confiabilidad Test-Retest, Spilberg (1971), demostró que la misma se ubica entre 0.92 - 0.94. Por otro lado, Beck y Emery (1985) planteó la correlación de partición por mitades ubicándose estas en 0.78 y 0.92, lo cual refleja alta consistencia de respuesta.

Discusión

Desde esa óptica, el presente estudio tiene como finalidad determinar la relación entre autoestima y ansiedad en estudiantes universitarios activos sexualmente, problema que resulta importante para la salud y muy concretamente para la salud mental y sus implicaciones en el estado de salud general, para conocer las motivaciones y aspectos psico-afectivos que condicionan el comportamiento de estos importantes actores (sujetos de 19 a 30 años, estudiantes sexualmente activos y de orientación sexual heterosexuales), en un entorno complejo que exige cada día la disposición de asumir con madurez la sexualidad y, el compromiso con su desarrollo y crecimiento personal. Al respecto, el procesamiento de los datos permitió a la investigadora generar un conjunto de tablas que sistematizan los resultados en relación a las variables, dimensiones e indicadores.

A continuación, se presenta la Tabla 5, dentro de la cual se describen los valores máximos, promedio y mínimos, que arrojó la sumatoria de los datos para los individuos que conformaron la muestra de estudio, los cuales interpretados a través de baremo de Rosenberg (1965a), permitieron identificar el nivel de autoestima promedio general.

Tabla 5
Resultados generales variable autoestima

Descripción	Resultado	Categoría
Sumatoria máxima	45	Autoestima alta
Sumatorio promedio	35,47	Autoestima media
Sumatoria mínima	23	Autoestima baja

Fuente: *elaboración propia.*

Como se observa en la Tabla 5, la suma promedio alcanzada por los encuestados se encuentra de acuerdo al baremo de Rosenberg (1965a), en un nivel medio, al ubicarse la mayoría de los estudiantes, en un valor de 35.47. Esto indica una tendencia en cuanto a la opinión de estos, con relación al manejo de los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, los datos permiten reforzar la opinión de sí mismos, de igual modo, alcanzar un nivel de satisfacción con sus logros. Obsérvese, en este sentido, coincidencia en cuanto al manejo de los ítems, estos permiten reforzar su autopercepción, pues, tanto los reactivos positivos, como los negativos, los ubican en niveles intermedios, situación que refuerza su apreciación en cuanto a la presencia de una autoestima moderada.

Al igual que la actitud, comprender la autoestima exige de la integración de tres aspectos fundamentales, a saber: lo que la persona piensa acerca de sus potenciales y logros, es decir, la percepción de sí mismo; en segundo lugar, lo que expresa a través de sus emociones y sentimientos en relación a estos importantes aspectos y, en tercer lugar, las conductas convertidas en acciones concretas para materializar esos resultados, a manera de lograr condición de armonía, equilibrio, auto reconocimiento y autocontrol.

De acuerdo con Rosenberg (1993), la autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen: es la percepción evaluativa de nosotros mismos, citando a Rogers (1967), máximo exponente de la psicología humanista, la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados; de ahí la importancia que le concedía a la aceptación incondicional del cliente. En efecto, el concepto de autoestima se aborda desde entonces en la escuela humanista como un derecho inalienable de

toda persona, sintetizado en el siguiente «axioma»: Todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo; merece estimarse a sí mismo y que se le estime.

En el marco de esas ideas, se presentan en la Tabla 6, los resultados promedio y de desviación alcanzados para la variable autoestima. En ese sentido, se presentan los hallazgos arrojados por el procesamiento de los cuestionarios con respecto al objetivo específico número uno, orientado a identificar el nivel de autoestima en estudiantes universitarios activos sexualmente.

Tabla 6
Variable: Autoestima

Dimensiones	Estudiantes	
	Promedio	Desviación
Unidimensional	3,55	0,84
Promedio General	3,55	0,84

Fuente: *elaboración propia.*

La variable autoestima obtuvo un promedio en las respuestas de los estudiantes de 3,55, con una baja dispersión de 0,84, representando de acuerdo a los baremos de interpretación una moderada autoestima. Al respecto, Rosenberg (1993) plantea que la autoestima se basa en una apreciación que puede ser positiva o negativa de sí mismo, apoyada en una base afectiva o cognitiva, ya que el individuo se siente de una manera determinada, a partir de lo que este piensa de sí mismo; es decir, una baja autoestima refleja un rechazo, una insatisfacción y un menosprecio de sí mismo.

Sobre la base de lo planteado y mediante la interpretación de los datos obtenidos sobre la variable, se puede señalar que la autoestima es el reflejo que la persona tiene de sí misma y el sentimiento del individuo de sentirse valioso, así como digno de respeto. Además, los autores consideran a la autoestima como un estado de bienestar y una fuerza que le permite al individuo valorarse y responsabilizarse por su vida, aspecto importante que, de acuerdo a los resultados, no ha sido alcanzado de manera satisfactoria por los estudiantes, pues la investigación revela un moderado desarrollo de los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales necesarios para reforzar

la opinión de sí mismos, la seguridad y el autorrespeto como elementos determinantes de una adecuada autoestima.

Continuando con el análisis e interpretación de los resultados, se le proporcionó respuesta al segundo objetivo específico, formulado para describir el nivel de ansiedad en estudiantes universitarios activos sexualmente; los hallazgos se presentan en las tablas subsiguientes, a partir de la valoración de la citada variable y sus dimensiones.

Tabla 7
Variable: Ansiedad

Dimensiones	Estudiantes	
	Promedio	Desviación
Área Cognitiva	0,41	0,71
Área Emocional	0,66	0,77
Área Conductual	2,49	0,51
Área Fisiológica	0,33	0,63
Promedio General	0,97	0,66

Fuente: *elaboración propia.*

En lo que respecta a la variable ansiedad, se obtuvo un promedio para los estudiantes de 0,97, con una baja dispersión en las respuestas (0,66), manifestando un nivel leve de ansiedad al plantear que no poseen ningún tipo de temor y pocas veces se sienten nerviosos: solo cuando hay situaciones demasiado estresantes en las que aparecen levemente los nervios y otros síntomas.

Según Beck y Clark (1988), la ansiedad se refiere a un estado emocional desagradable de carácter subjetivo, connotado por sensaciones de desagrado como tensión o nerviosismo, acompañado de igual manera por síntomas fisiológicos como temblor, fatiga, mareo, entre otros. Por otra parte, Kaplan y Sadock (1996), plantean que la ansiedad se refiere a un estado emocional desagradable en el que existen sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprehensión. Este estado está acompañado por una descarga del Sistema Nervioso Autónomo, implicando síntomas físicos incontrolables, tales como aumento del ritmo respiratorio, palidez, aumento del sudor, sensación de debilidad, entre otros.

Para Freud (1926), la palabra ansiedad se introdujo en el lenguaje como una traslación del término freudiano “*angst*”, que significaba angustia, siendo esta una combinación de afecto negativo y *arousal* fisiológico. Dicho esto, planteaba que la ansiedad neurótica era una manifestación de los conflictos inconscientes de cada individuo.

Tabla 8
Dimensión: Área Cognitiva

Indicadores	Estudiantes	
	Promedio	Desviación
Temor a que suceda lo peor	0,65	0,90
Temor a perder el control	0,34	0,71
Temor a morir	0,23	0,53
Promedio General	0,41	0,71

Fuente: *elaboración propia.*

Para la dimensión área *cognitiva*, se obtuvo un promedio en las respuestas de los encuestados de 0,41, con una muy baja dispersión (0,71), reflejando, según los baremos construidos en el marco metodológico, que los mismos no presentan un nivel leve o bajo de ansiedad, debido a que, mediante sus planteamientos, no poseen temor ni descontrol en sus actividades académicas.

Beck y Clark (1988), plantean que los patrones de pensamiento contraproducente y distorsionado, así como conductas desadaptativas, son aquellas que generan un estado ansioso y disturbios emocionales. Las personas que sufren de ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro y la probabilidad de daño en una situación específica, así como a minimizar sus habilidades para manejar las situaciones que puedan exponerse como una amenaza a su bienestar físico o psicológico. Profundizando en el análisis de los resultados se puede observar -en lo que respecta a los indicadores temor a que suceda lo peor, temor a perder el control y temor a morir, que existen promedios en las respuestas de los encuestados de 0,65, 0,34 y 0,23, respectivamente, con bajas dispersiones de 0,90, 0,71 y 0,53, reflejando igualmente para todos la inexistencia de algún tipo de temor por parte de los estudiantes en sus actividades, de acuerdo a las respuestas expresadas en el instrumento y procesadas a través de estadística descriptiva.

Según McInnis (1998), la transición de la escuela a la universidad puede resultar estresante, el autor argumenta que durante el primer año las perspectivas, valores y patrones de comportamiento son determinados con respecto a la educación superior. La salud mental de estudiantes universitarios ha sido foco de estudios mediante investigaciones en las que se han concluido que los estudiantes están sujetos a incrementar los estresores, poniendo así en riesgo su bienestar psicológico.

Tabla 5
Dimensión: área emocional

Indicadores	Estudiantes	
	Promedio	Desviación
Aterrorizado	0,48	0,71
Nervioso	0,84	0,80
Asustado	0,64	0,80
Promedio General	0,66	0,77

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la dimensión área emocional, se obtuvo un promedio para los encuestados de 0,66, con una baja dispersión en las respuestas de 0,77, reflejando los mismos que no presentan afecciones en el área emocional, negando sentirse asustados o nerviosos en su quehacer diario. Asimismo, y soportado en los planteamientos expuestos, se pueden observar los promedios para los indicadores Aterrorizado, Nervioso y Asustado, los cuales igualmente presentan un nivel bajo o leve, con promedios de 0,48, 0,84 y 0,64, planteando que muy pocas veces se sienten nerviosos o con miedo en las instituciones.

Beck (1990), señala que las respuestas del organismo ante una amenaza se expresan en tres tipos de reacción: movilización, inhibición o desmovilización. En cuanto a la movilización, esta prepara al individuo para una defensa activa y puede ser observado en los diversos sistemas. En cuanto a la inhibición, es una expresión de parálisis y está diseñada para ganar tiempo y encontrar una estrategia apropiada con respecto a la situación, en cuanto al orden cognitivo, en esta etapa existe un bloqueo de funciones como el razonamiento, concentración, objetividad. En el área conductual, existe una paralización de movimientos espontáneos, especialmente de los músculos faciales. Finalmente, en cuanto a la desmovilización se refiere

a una paralización del aparato motriz y reflejo, el sentido de desamparo ante el enfrentamiento de una amenaza abrumadora; normalmente, va acompañada de desmayo, disminución de la presión sanguínea y de los latidos del corazón.

Tabla 6
Dimensión: área conductual

Indicadores	Estudiantes	
	Promedio	Desviación
Inquietud	4,94	0,84
Desmayo	0,03	0,18
Promedio General	2,49	0,51

Fuente: *elaboración propia.*

Con respecto a la dimensión área conductual, se obtuvo un promedio para los encuestados de 2,49, con una baja dispersión en las respuestas de 0,51, evidenciando un nivel moderado de ansiedad. Resulta necesario profundizar el análisis detallando los indicadores de la dimensión, los cuales son Inquietud, con un promedio de 4,94, reflejando un nivel severo de ansiedad producido por una elevada inquietud; y Desmayo con un promedio de 0,03, evidenciando casi la inexistencia de este en el quehacer de los estudiantes. Dichos datos se interpretaría a partir de lo indicado por Beck y Clark (1988), quienes plantean que los patrones de pensamiento contraproducente y distorsionado, así como conductas desadaptativas, son aquellas que generan un estado ansioso y disturbios emocionales. Las personas que sufren de ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro y la probabilidad de daño en una situación específica, asimismo, a minimizar sus habilidades para manejar las situaciones que puedan exponerse como una amenaza a su bienestar físico o psicológico.

Tabla 7
Dimensión: área fisiológica

Indicadores	Estudiantes	
	Promedio	Desviación
Adormecimiento o cosquilleo	0,03	0,18
Sentirse acalorado	0,27	0,63
Piernas tambaleantes	0,46	0,94
Incapacidad para relajarme	0,24	0,58
Mareo	1,00	1,00
Taquicardia	0,34	0,69
Sensación de ahogo	0,27	0,71
Mano temblorosa	0,20	0,53
Escalofríos	0,26	0,60
Temor a perder el control	0,34	0,26
Indigestión o molestia estomacal	0,50	0,91
Rostro sonrojado	0,14	0,45
Sudoración	0,29	0,70
Promedio General	0,33	0,63

Fuente: *elaboración propia.*

En lo referente a la dimensión área fisiológica, se obtuvo un promedio para los encuestados de 0,33, con una baja dispersión en las respuestas de 0,63, reflejando que no existe ningún tipo de ansiedad que altere el área fisiológica, descartando la presencia de esos síntomas para el estudiantado en la labor universitaria.

Para soportar lo expuesto por los estudiantes en la interpretación de los instrumentos fue necesario reflejar que, aunque parezca sorprendente, la ansiedad en niveles normales es saludable, pues este es un mecanismo de supervivencia básico, que nos alerta de amenazas y peligros para prepararnos para la lucha o la huida. Para Barlow (2001), la ansiedad empieza a ser patológica cuando no desaparece; es decir, que pasada la situación amenazante esta no cesa; aun cuando sepamos que no hay nada en realidad por qué sentirnos temerosos, continuamos sintiendo la ansiedad.

En lo que refiere a los indicadores de la dimensión, se puede observar que casi todos presentan un promedio bajo, a excepción del indicador mareo, que presenta un promedio de 1,00, con un nivel leve, lo que refleja la inexistencia de síntomas como adormecimiento o cosquilleo, piernas tambaleantes, sensación de ahogo, escalofríos, rostro sonrojado, entre otros; y que en muy pocas ocasiones sienten mareos a causa de la ansiedad en sus actividades dentro de la institución. Asimismo, con respecto a las dispersiones en las respuestas, es necesario acotar que la mayoría refleja un promedio bajo, exceptuando algunos indicadores, que muestran ciertas diferencias no muy significativas en las opiniones emitidas por los encuestados.

Para la American Psychological Association (APA, 1994) la ansiedad es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, preocupación y cambios físicos como el aumento del flujo sanguíneo, así como pensamientos intrusivos. De acuerdo con las distintas definiciones anteriores, la ansiedad implica un estado emocional que se refleja en comportamientos como la inquietud, nerviosismo y temor, subyacente a un problema cognitivo (Beck y Clark, 1988) ello sirve de apoyo para la investigación, que está enfocada a medir la ansiedad mediante la teoría cognitiva-conductual.

Seguidamente, corresponde dar respuesta al último objetivo específico orientado a establecer la relación entre la autoestima y la ansiedad presente en estudiantes universitarios sexualmente activos; en base a los cálculos obtenidos al aplicar el programa estadístico Spss⁷, continuación en la Tabla 8, se muestran los resultados de correlación Rho de Spearman, procedimiento seleccionado para establecer el nivel de relación entre las variables:

Tabla 8
Resultados de la correlación entre las variables (Rho de Spearman)

Variable	Resultado
Ansiedad	0.61
Autoestima	

Fuente: elaboración propia.

⁷ Statistical Package for the Social Sciences.

Como se observa en la tabla, el cálculo de correlación, a través del software estadístico Spss, arrojó un valor de -0.61 , ubicándose en una categoría negativa fuerte, lo cual indica relación inversamente proporcional entre las variables, razón por la cual valores de ansiedad generan condiciones que pudieran afectar la percepción de los estudiantes en cuanto a su autopercepción y valoración, pues constituyen factores generadores de estrés. Esto revela que al aumentar los niveles de ansiedad pudiera afectarse la autoestima de los estudiantes participantes en el estudio, lo cual, de acuerdo a Rosenberg (1993) está relacionado con su capacidad para enfrentar los cambios y problemas inherentes a su rol o ejercicio.

La condición de *fuerte* es una expresión de la importante relación que existe entre las variables, lo cual no es determinante; es decir, que la ansiedad no es el único factor que pudiera incidir en la autoestima de los estudiantes. Este resultado, se sustenta en las aportaciones de Arciniegas y Bigott (2004) al expresar que la autoestima, al integrar los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, se ve afectada por factores psicológicos, personales propios de la personalidad del individuo; además de factores sociales y familiares, que pudieran incidir en la percepción del individuo en cuanto a sus competencias, valoración personal, entre otros aspectos.

Conclusiones

La vida del ser humano resulta casi siempre un desafío para los estudiosos de la conducta y sus diversas acepciones. Su capacidad natural de adaptarse a los cambios y la necesidad de sentirse bien, lo conducen muchas veces a través del desbloqueo de sus represiones hacia los instintos sexuales, generar claridad en la utilización de sus energías con total libertad, logrando alcanzar un feliz desempeño. Sin embargo, no siempre resulta tan fácil, y es por ello que las diversas investigaciones se enfocan hacia el estudio de los trastornos que, desde el punto de vista psicológico, afectan los procesos en los que el individuo se desenvuelve.

En ese sentido, la autoestima pasa a ser una necesidad básica del individuo, debido a los efectos que puede generar en el mismo, regulando su comportamiento. Por otra parte, la ansiedad representa para muchos autores, una combinación entre miedo y preocupación, que además de

forma frecuente, viene acompañada de diversas sensaciones físicas, y es generada por la baja autoestima, influyendo en cómo las personas toman sus decisiones, su estabilidad emocional, su energía, su habilidad para aprender de los errores, su capacidad para desenvolverse sexualmente, entre otros.

Con relación a lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre autoestima y ansiedad en estudiantes universitarios activos sexualmente, del Municipio Maracaibo, Estado Zulia. Partiendo del análisis de los resultados alcanzados, luego de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a la muestra de estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

Con relación a la variable autoestima, la suma promedio alcanzada por los encuestados, se encontró de acuerdo al baremo de Rosenberg (1965b), en un nivel medio; lo cual indica una tendencia moderada de los encuestados, con relación al manejo de los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales. Esto permite reforzar la opinión de sí mismos y alcanzar un nivel de satisfacción con sus logros.

Para profundizar, se recurrió al análisis de los resultados alcanzados para cada objetivo específico. En este sentido, para el objetivo orientado a identificar el nivel de autoestima en estudiantes universitarios activos sexualmente, del Municipio Maracaibo del Estado Zulia; se concluyó que existe una apreciación moderada de los estudiantes hacia sí mismos, en cuanto a sentirse valiosos y dignos de respeto. Este resultado, representa un reflejo moderado de lo que los estudiantes consideran sea su estado de bienestar y la fuerza que les permite valorarse a sí mismos y responsabilizarse por su vida.

Con respecto al objetivo específico orientado a describir el nivel de ansiedad en estudiantes universitarios activos sexualmente, el análisis de los resultados alcanzados permitió concluir para la variable ansiedad, que existe en un nivel leve. Significando que los estudiantes no poseen altos temores, y pocas veces se sienten nerviosos. Solo cuando hay situaciones estresantes en las áreas académica, conductual, emocional y fisiológica, aparecen levemente los nervios y otros síntomas.

Finalmente, en relación con el último objetivo específico, orientado a establecer la relación entre la autoestima y la ansiedad, presente en estudiantes

universitarios sexualmente activos; el análisis de los resultados alcanzados permitió concluir que existe una relación inversamente proporcional y fuerte entre las variables ansiedad y autoestima. Es proporcional, por cuanto valores de ansiedad generan condiciones que pudieran afectar la percepción de los estudiantes con respecto a su autopercepción y valoración, pues constituyen factores generadores de estrés. Esto indica que al aumentar los niveles de ansiedad, pudiera afectarse la autoestima de los estudiantes integrantes de la muestra, lo cual, según la opinión de Rosenberg (1993), está relacionado con su capacidad para enfrentar los cambios y los problemas inherentes a su rol o ejercicio.

En atención a los hallazgos, se pudo determinar que existe una fuerte relación entre las variables, pues la autoestima, al integrar los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, se ve afectada por factores psicológicos, personales propios de la personalidad del individuo, además de factores sociales y familiares, los cuales pudieran incidir en la percepción del individuo en cuanto a sus competencias y su valoración personal, entre otros aspectos.

Referencias

- Agudelo Vélez, D., Casadiegos, C., Sánchez, D. (2009). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios *International Journal of Psychological Research*, 1(1). Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Allen, R. (2000). Factores que influyen en la decisión de inicio de la vida sexual en adolescentes. (Tesis de Maestría). Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/6462/1/1080111919.PDF>
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.). Washington D.C.
- Arciniegas, M y Bigott, M. (2004). Niveles de autoestima, inteligencia emocional y estilo explicativo en niños con disfunción cerebral motora. Trabajo de grado. Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo.
- Bandura, A. y Cervone, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems~, *Journal of Personality and Social Psychology* 45, pp. 1017-1028.

- Barlow, D. (2001). *Psicología Anormal*. "Psicología anormal. Un enfoque integral" Barlow, D.H. & Durand, Estados Unidos.
- Beck, A, Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Estados Unidos. Harper Collins Publisher.
- Beck, Epstein, Brown G., & Steer R. (1988). *An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties*. J Consult Clin Psychol.
- Beck, A. y Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety research*, 1, 23-36.
- Beck. (1990). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España. Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Ceballos, Barliza y León. (2008). Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarios de programas de salud de Santa Marta. Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n22/n22a05.pdf>.
- Chávez, M., Petrzelova, J. y Zapata, J. (2009). Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1): 161-175. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29214110.pdf>. Recuperado de consulta 14 de febrero de 2018.
- Coopersmith, S. (1990). *The antecedents of Self-esteem*. Consulting Psychologists Press 3ra Edition. E.E.U.U.
- Corona, J. (2014). Embarazo a edad temprana y educación sexual en el contexto socioeducativo venezolano. *Investigación arbitrada*: 181-184. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/40748/3/art14.pdf>.
- Craighead, E. McHale, S. y Poper, A. (2001). *Self-Esteem Enhancement With Desarrollo de la Autoestima y la Conciencia Moral en las Contradicciones de la Sociedad Contemporánea*. Madrid: Universidad de Comillas.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. London. Hogarth Press.
- Hernández, Fernandez y Baptista. (2006). *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Justel, N. Bentosela, M. y Mustaca, A. (2009). Comportamiento sexual y ansiedad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3): 429-444.

Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a04.pdf>.

- Kaplan, H y Sadock, B. (1996). Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores. Barcelona.
- Leal y Prato. (2007). Autoestima y locus de control en adultos jóvenes activos y no activos sexualmente. (Tesis de pregrado), Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- McInnis C, James R. (1998). First year on campus: Diversity in the initial experiences of Australian undergraduates. Centre for the study of Higher Education. Universidad de Melbourne.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Uso de los derechos humanos en pro de la salud sexual y reproductiva: mejorar los marcos jurídicos y normativos. Ginebra: Suiza.
- Parra, J. (2003). Guía de muestreo. Colección XLV aniversario FCES.
- Rodríguez, O. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. Pensamiento Psicológico, 7(14): 41-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80113673003.pdf>.
- Rogers, C. (1967). Psicoterapia y Relaciones Humanas. Ediciones Araguara. Madrid.
- Rosenberg, M. (1965a). Escala de Autoestima, Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de los Andes, Mérida.
- Rosenberg, M. (1965b). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1993). Desarrollo de la Autoestima. Editoriales Martínez Roca. Barcelona.
- Silver y Tippet. (1965). Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de los Andes, Mérida.
- Spilberg, S. (1971). Inventario de Ansiedad. El manual moderno. México.
- Tamayo y Tamayo. (1994). El proceso de la Investigación científica. Editorial Limusa.

RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS Y LA SEVERIDAD DEL USO DE DROGAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE MONTERÍA

Manuel Guerrero-Martelo¹

Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Montería

Gonzalo Daniel Galván²

Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Montería

Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Santa Cruz, Argentina

Francisco Javier Vásquez-De La Hoz³

Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Montería

Resumen

Existe, en los últimos años, un aumento del consumo de drogas, en especial entre los jóvenes, que cada vez consumen a más temprana edad y en mayor cantidad, esto incrementa la posibilidad de trastornos relacionados con sustancias y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. El estudio buscó describir la relación entre síntomas psiquiátricos y la gravedad de uso de drogas en jóvenes universitarios

1 Doctor en Sociología Jurídica e Instituciones Políticas. Magister en Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias. Psicólogo. Profesor de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Cooperativa de Colombia. Investigador Asociado, Colciencias. Email: manuel.guerrerom@campusucc.edu.co, manuelfguerrero@gmail.com

2 Doctor en Psicología, Magister en Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias. Especialista Universitario en Hipnosis Ericksoniana. Licenciado en Psicología Orientación Clínica. Profesor de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Cooperativa de Colombia y Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Santa Cruz, Argentina. Investigador Senior de Colciencias. Email: danielg.galvan@campusucc.edu.co galvan.patignani@gmail.com.

3 Magister en Educación. Especialista en Evaluación Educativa. Psicólogo. Profesor de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Cooperativa de Colombia. Investigador Senior, Colciencias. Email: franciscoj.vasquez@campusucc.edu.co vasquez.delahoz@gmail.com.

del departamento de Córdoba (Colombia). La muestra fue de 3550 alumnos (Varones = 48% y Mujeres n = 52%), con edades entre los 16 y los 63 años. (M= 20.94 DE=3.88) entre 1er a 10mo semestre. Se encontró una correlación estadísticamente significativa negativa entre el consumo de riesgo de anfetaminas y la presencia de ansiedad fóbica en hombres; en mujeres no hubo ninguna correlación significativa. No hay diferencias en el consumo de riesgo de sustancias en ambos géneros, tampoco se encuentra evidencia para la tesis de la relación existente entre síntomas psiquiátricos y consumo de sustancias, y sus implicaciones en el diagnóstico, así como tratamiento de pacientes.

Palabras clave: síntomas psiquiátricos, uso de sustancias, salud mental, universitarios, género.

Abstract

In recent years it has been observed an increase of drug use, especially among young people, who increasingly consume at an earlier age and in greater quantity, this increases the possibility of substance-related disorders and comorbidity with other psychiatric disorders. The study sought to describe the relationship between psychiatric symptoms and the severity of drug use in university students in the department of Córdoba (Colombia). The sample was 3550 students (Men = 48% and Women n = 52%), aged between 16 and 63 years. (M = 20.94 SD = 3.88) between 1st to 10th semester. Finding a statistically significant negative correlation between the consumption of amphetamine risk and the presence of phobic anxiety in men; in women, there was no significant correlation. There are no differences in the consumption of risk of substances in both genders, nor is there evidence for the thesis of the relationship between psychiatric symptoms and substance use, and its implications in diagnosis, as well as treatment of patients.

Keywords: psychiatric symptoms, substance use, mental health, university, gender.

Introducción

El aumento de consumo de drogas, así como el número de personas relacionadas con problemas de drogas, aumentó en los últimos años (United Nations Office of Drugs and Crime UNDOC, 2016) conllevando a problemas de salud mental asociados con conductas de riesgo delictivas, sexuales (Medina-Mora, et al., 2001) y comportamientos violentos (García, et al., 2015). Estimaciones señalan que el 5% de la población mundial utilizó drogas en 2016 y, de este porcentaje total, el 0.6% padece algún trastorno relacionado con el uso de sustancias (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017).

En particular, la población de jóvenes en Colombia ha experimentado un aumento general en el consumo de sustancias, tanto lícitas como ilícitas en los últimos años, con las tasas más altas de consumo de alcohol entre estudiantes de secundaria en el último mes en la región, y 65.71% de escolares que han consumido en el último año marihuana que es la sustancia ilícita más utilizada en Colombia (Observatorio de Drogas Colombia -ODC, 2017; UNDOC, 2017). El aumento en el consumo está relacionado con mayor riesgo en las consecuencias de la salud física así como mental, y un mayor riesgo determina tipos de intervenciones más complejas —para los individuos, e igualmente, para la comunidad— (Correa & Pérez, 2013).

Cuando el uso de sustancias genera problemas de salud mental se conocen como trastornos relacionados con sustancias y aparecen frecuentemente en un mismo individuo con otros síntomas psiquiátricos o con comorbilidad psiquiátrica, hecho también conocido como patología dual (Marín-Navarrete & Szerman, 2015; Torrens, 2008) que tiene un sustrato neurobiológico (Rojas & Castaño, 2017) y se presenta con mayor severidad en los consumidores de drogas ilícitas (Bandeira, Cordeiro, Cavalcanti, & Duarte, 2015).

Hay una preocupación por entender la relación entre el consumo de drogas y trastornos psiquiátricos, dado que es un aspecto fundamental para el abordaje terapéutico porque permite hacer una planificación eficaz de las intervenciones (Rodríguez & Salgado, 2017) y consecuentemente permite un direccionamiento de la estructura sanitaria disponible para ser más efectiva y eficaz (Marín-Navarrete & Szerman, 2015).

Entender este problema en los jóvenes es fundamental porque la edad de inicio del consumo es cada vez menor (Dörr, Gorostegui, Viani, & Dörr, 2009; Galván, Guerrero-Martelo, & Vásquez-De la Hoz, 2017; Guerrero-Martelo, et al., 2015), lo que implica problemas de salud mental más fuertes (Hernández, et al., 2010; Van Gastel, et al., 2013) por la psicopatología asociada y otros problemas adyacentes, como por ejemplo la relación entre consumo de sustancias en jóvenes y comportamientos delictivos (Ribas-Siñol, et al., 2015).

Así mismo, hay una relación entre el consumo de riesgo y la aparición de síntomas psiquiátricos (Ilgen & Moos, 2006); conocerla permite mejorar la atención ante la presencia de cualquiera de los dos. Teniendo en cuenta los resultados de Isorna, Fernandez-Ríos y Souto (2010) quienes señalan que cuando hay una coocurrencia de patología psiquiátricas y algún tipo de dependencia, el tratamiento de la dependencia tiene efectos importantes en la disminución de la severidad de la patología asociada. La relación entre trastornos psiquiátricos y consumo de riesgo en jóvenes que señala Gonzalvo, Barral, Grau-López y Esteve (2011), estudiada con mayor detalle, permitiría mejorar la atención a los pacientes de estas condiciones. Así, el consumo de riesgo y la severidad del uso de droga se encuentran en relación positiva, cuando uno aumenta el otro también.

Con base en lo anterior, este estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre síntomas psiquiátricos y la severidad de uso de drogas en jóvenes universitarios. Esto se logró a través de los siguientes objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de uso de sustancias en la población escogida.
- Establecer el nivel de severidad del consumo que los usuarios de sustancias tienen.
- Evaluar la salud mental los mismos jóvenes.
- Describir la correlación entre la manifestación de síntomas psiquiátricos y la severidad del uso de sustancias de los jóvenes usuarios.

Expuestos los objetivos de esta investigación se procede al abordaje metodológico, especificando el diseño e instrumento aplicado para dar cumplimiento a los propósitos planteados.

Metodología

En este apartado se expresan las características del diseño del estudio, los procedimientos ejecutados, asimismo el instrumento empleado a fin de alcanzar los objetivos de esta investigación.

Diseño

Es un estudio cuantitativo transversal de tipo descriptivo-correlacional (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Como estudio descriptivo describe el comportamiento de la población en torno a dos variables y sus correspondientes subescalas en un periodo de tiempo. Como estudio correlación pretende describir el tipo de relación entre las dos variables, sin buscar establecer una relación de causalidad.

Procedimiento

Con permiso de las directivas de la universidad, se hizo a la presentación del proyecto al Departamento de Bienestar Universitario. Posteriormente, los instrumentos fueron aplicados en formato virtual, explicando a los estudiantes el objetivo de la investigación y la confidencialidad de sus datos.

En conjunto con el departamento de informática se diseñó un sistema mediante el cual los estudiantes podían diligenciar los instrumentos con su cuenta personal institucional universitaria, mediante la cual aceptaban su participación. El sistema estuvo abierto aproximadamente dos semanas.

Participantes

La población fue de 15116 hombres y mujeres de un rango de 16 a 63 años, estudiantes de la Universidad de Córdoba, situada en la ciudad de Montería (Colombia) pertenecientes a diferentes carreras, que cursaban, efectivamente, el primer semestre del año 2017.

El diseño muestral fue del tipo aleatorio no probabilístico simple. Los participantes debieron acceder a la página de la universidad desde cualquiera de los puntos de red ubicados en el campus. Se asignó un tiempo para responder las preguntas y fue hecha durante los meses de febrero y marzo de 2017. La muestra fue de 3550 alumnos de varias carreras de la universidad de Córdoba. (Varones $n= 48\%$ y Mujeres $n= 52\%$) de la ciudad de Montería, Colombia, con edades comprendidas entre los 16 y los 63 años de edad ($M= 20.94$ $DE=3.88$), cursando entre 1 a 10 semestre. Se excluyeron los puntajes superiores a 63 del índice de severidad global del SCL-90-R (Casullo & Pérez, 2008) por considerarse elevado lo que señala a una persona en alto riesgo.

Instrumentos

Para valorar las diferentes variables del estudio se utilizó un cuestionario *ad hoc* para datos sociodemográficos, la prueba ASSIST y el SCL-90-R.

Cuestionario “ad hoc” para datos sociodemográficos.

El instrumento *ad hoc* diseñado incluyó los siguientes datos: edad, sexo, situación económica, (estrato económico), lugar de origen, campus (sede de la universidad de Córdoba), status marital y carrera.

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Diseñada con el objetivo de detectar el consumo de riesgo en torno al tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, esta prueba fue desarrollada por un conjunto de especialistas y médicos internacionales de la organización mundial de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2011). Es un cuestionario para rellenar en papel y lápiz dirigido a consumidores de sustancias, y puede ser utilizado en varias culturas por su contenido neutral. Mide el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. El ASSIST indica el riesgo que corre el individuo de acuerdo al reporte de su consumo. Son tres posibles categorías de riesgo para cada sustancia: bajo medio y alto.

Las preguntas para cada sustancia son: ¿Cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?; ¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?; ¿con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?; ¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?; ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?; ¿algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo?; ¿qué tan reciente ha sido?; ¿se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado?; ¿qué tan reciente ha sido?; ¿alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?; ¿qué tan reciente ha sido?

Cada sustancia en el cuestionario tiene un grupo de dos a siete preguntas, que tienen varias posibles respuestas y de acuerdo a cada una, una puntuación. Al final se suman las respuestas para cada sustancia específica. El puntaje puede ser entre 0 y 27 para cada sustancia, y con puntos de corte se establece en cuál de los tres niveles queda:

- Entre los 0-3 puntos indican bajo riesgo por el consumo de sustancia; no necesita intervención.
- Entre 4-26 indican riesgo moderado para consecuencias directas e indirectas del consumo de sustancias; necesita una intervención breve.
- De 27 en adelante indican alto riesgo para las consecuencias directas e indirectas del consumo de la sustancia; implica una intervención de tipo intensivo.

Escala de síntomas psicopatológicos SCL-90-R:

El SCL-90-R fue desarrollado originalmente por Leonard Derogatis para estudiar patrones de síntomas, tanto en individuos como en tareas comunitarias, este permite obtener un buen diagnóstico clínico (Sanchez & Ledesma, 2009). Consta de 90 ítems que se encuentran en escala de 0 a 4 puntos, de los cuales se obtienen resultados de 9 dimensiones y 3 índices de malestar psicológico, los cuales son: 1) Somatizaciones, 2) Obsesiones y compulsiones, 3) Sensibilidad interpersonal, 4) Depresión, 5) Ansiedad,

6) Hostilidad, 7) Ansiedad fóbica, 8) Ideación paranoide y 9) Psicoticismo. Los tres índices son: Índice Global de severidad, índice positivo de malestar, y el Total de síntomas positivos (Casullo & Pérez, 2008).

1. Somatizaciones: evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).

2. Obsesiones y compulsiones: incluye síntomas que se identifican con el mismo síndrome clínico (pensamientos, acciones e impulsos vivenciados como imposibles de evitar o no deseados).

3. Sensibilidad interpersonal: se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

4. Depresión: los ítems que componen esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones y/o intentos suicidas

5. Ansiedad: evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

6. Hostilidad: esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

7. Ansiedad fóbica: este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, animales, situaciones) que en sí misma es irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

8. Ideación paranoide: evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desordenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

9. Psicoticismo: incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada dimensión sintomática obteniéndose una puntuación directa (PD),

luego este resultado por la cantidad de ítems puntuados lo cual indica la puntuación final. Para el caso del índice general global se suman las puntuaciones directas de todas las dimensiones y se divide por el total de los ítems (90). Posteriormente, las puntuaciones obtenidas se sitúan en las tablas de baremos y se busca la correspondencia con el percentil o bien la puntuación *t*.

Puntuaciones *t* por debajo de 65 indican que no existe expresión sintomática de riesgo para la dimensión. Puntuaciones de 65 o más indican riesgo y puntuaciones por encima de 85 indican patología psiquiátrica severa.

La versión original del SCL-90 vino en inglés; sin embargo, se hizo la adaptación de la prueba (SCL-90-R) al español y se normalizó estadísticamente para las condiciones de la región (Casullo, 2004) y específicamente, para Colombia (Londoño et al., 2018) donde se encontraron alfas de Cronbach entre 0,74 y 0,90.

Análisis de la Información

Para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v .20.0, obteniendo que fueron los siguientes:

1. Datos descriptivos de las variables; a partir de los cuales se obtuvieron los descriptivos, es decir la media, los rangos y las desviaciones típicas de la edad de la muestra, así como de la puntuación global y de las 9 subescalas del SCL-90-R.
2. Se aplicó una prueba de normalidad en los resultados de las pruebas, las cuales no fueron satisfactorias. Por esta razón, fue necesario utilizar una prueba no paramétrica, en este caso la correlación de Spearman.
3. Entre las 9 subescalas del SCL-90-R y las puntuaciones de riesgo del ASSIST, se llevó a cabo una correlación de Pearson para los hombres y mujeres de la muestra por separado.

Resultados

La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos de edad y síntomas psiquiátricos de acuerdo a las puntuaciones del SCL-90-R con su índice global de puntuación y las 9 subescalas que la componen que son: 1) Psicoticismo, 2) ideación paranoide, 3) ansiedad fóbica, 4) hostilidad, 5) ansiedad, 6) depresión, 7) sensibilidad interpersonal, 8) obsesiones y compulsiones, y 9) somatizaciones, en la muestra estudiada. El mayor puntaje en general fue obtenido en la subescala de la depresión ($x = 10,03$) y el menor en la subescala de la ansiedad fóbica ($x = 2,20$).

Tabla 1
*Descriptivos de edad y puntuaciones de síntomas psiquiátricos**

	Edad	IGS	Psic.	Idpa.	Anfo.	Host.	Ansi.	Depr.	Sens.	Obco.	Soma.
Mínimo	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	62,00	32,63	36,40	20,67	20,67	20,67	36,40	48,31	32,44	36,40	44,33
Media	20,94	57,87	5,10	2,35	2,20	3,34	6,78	10,03	6,54	9,80	9,36
DT	3,88	42,52	5,44	2,90	3,00	3,25	6,01	8,19	5,57	7,09	7,34

Nota: En la puntuación y las 9 subescalas del SCL-90-R. IGS: Índice global de severidad; Psic.: Psicoticismo; Idpa.: ideación paranoide; Anfo.: Ansiedad Fóbica; Host.: Hostilidad; Ansi.: Ansiedad; Depr.: Depresión; Sens.: Sensibilidad interpersonal; Obco.: Obsesiones y compulsiones; Soma.: Somatización.

En relación a la prevalencia de uso de sustancias en los últimos tres meses puede observarse, en la Tabla 2, que las sustancias más consumidas fueron el alcohol y el tabaco, mientras las menos consumida fueron los opiáceos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso de sustancias entre varones y mujeres.

Tabla 2
Prevalencia de los últimos 3 meses en el consumo de sustancias por género

		Total	Varones	Mujeres	Z
Tabaco	Con prevalencia (%)	302 (8,5)	150 (4,2)	152 (4,3)	0,244
	Sin prevalencia (%)	3.248 (91,5)	1.565 (44,1)	1.683 (47,4)	
Alcohol	Con prevalencia (%)	2.290 (64,5)	1.108 (31,2)	1.182 (33,3)	0,014
	Sin prevalencia (%)	1.260 (35,5)	607 (17,1)	653 (18,4)	
Cannabis	Con prevalencia (%)	96 (2,7)	49 (1,4)	47 (1,3)	0,295
	Sin prevalencia (%)	3.454 (97,3)	1.666 (46,9)	1.788 (50,4)	

		Total	Varones	Mujeres	Z
Cocaína	Con prevalencia (%)	11 (0,3)	8 (0,2)	3 (0,1)	2,634
	Sin prevalencia (%)	3.522 (99,2)	1.707 (48,1)	1.832 (51,8)	
Anfetaminas	Con prevalencia (%)	11 (0,3)	8 (0,2)	3 (0,1)	2,634
	Sin prevalencia (%)	3.539 (99,3)	1.707 (48,1)	1.832 (51,6)	
Tranquilizantes	Con prevalencia (%)	98 (2,8)	46 (1,3)	52 (1,5)	0,076
	Sin prevalencia (%)	3.452 (97,2)	1.669 (47,0)	1.783 (50,2)	
Inhalantes	Con prevalencia (%)	15 (0,4)	9 (0,3)	6 (0,2)	0,824
	Sin prevalencia (%)	3.535 (99,6)	1.706 (48,1)	1.829 (51,5)	
Alucinógenos	Con prevalencia (%)	10 (0,3)	5 (0,15)	5 (0,15)	0,011
	Sin prevalencia (%)	3.540 (99,7)	1.710 (48,2)	1.830 (51,5)	
Opiáceos	Con prevalencia (%)	8 (0,2)	3 (0,1)	5 (0,1)	0,375
	Sin prevalencia (%)	3.542 (99,8)	1.712 (48,2)	1.830 (51,7)	

La Tabla 3 presenta los descriptivos de las puntuaciones de gravedad de uso de drogas para cada sustancia. La máxima puntuación de riesgo fue para el alcohol y la mínima para los opiáceos.

Tabla 3

Descriptivos de las puntuaciones de gravedad de uso de sustancias

	Mínimo	Máxima	Media	DT
Tabaco	<0,0001	36	0,97	3,78
Alcohol	<0,0001	33	4,24	5,45
Cannabis	<0,0001	33	0,27	2,15
Cocaína	<0,0001	33	0,066	1,22
Anfetamina	<0,0001	33	0,074	1,17
Inhalantes	<0,0001	33	0,057	1,06
Tranquilizantes	<0,0001	36	0,30	2,15
Alucinógenos	<0,0001	33	0,045	1
Opiáceos	<0,0001	33	0,032	0,87

En la relación entre la puntuación de riesgo de las nueve sustancias que forman parte del ASSIST y su correlación con los puntajes del SCL-90-R, y sus correspondientes subescalas para las mujeres de la muestra mediante el coeficiente de Spearman, se encontró que no existe ninguna correlación estadísticamente significativa (véase la Tabla 4).

Tabla 4

Relación entre puntuación de riesgo de sustancias y síntomas psiquiátricos en mujeres

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1-Riesgo consumo de tabaco	1,000	,244"	,304"	,177"	,088"	,051"	,128"	,102"	,114"	,019	,040	,039	,036	,036	,011	,027	,034	,025	,032
2-Riesgo consumo de alcohol		1,000	,078"	,069"	,067"	,040	,080"	,061"	,053"	-,013	-,016	-,007	-,014	-,017	-,028	-,036	-,018	-,022	-,020
3-Riesgo consumo de cannabis			1,000	,262"	,246"	,118"	,135"	,355"	,231"	,022	,017	,011	-,013	-,003	-,031	-,008	,012	-,002	,000
4-Riesgo consumo de cocaína				1,000	,433"	,353"	,191"	,613"	,447"	,007	,008	,012	,010	,020	,004	,001	,006	,007	,012
5-Riesgo consumo de anfetaminas					1,000	,201"	,215"	,589"	,257"	,031	,016	,004	-,009	,004	,009	-,008	,021	,009	,010
6-Riesgo consumo de inhalantes						1,000	,129"	,288"	,315"	-,030	-,002	-,011	-,033	-,020	-,033	-,017	-,017	-,005	-,023
7-Riesgo consumo de tranquilizantes							1,000	,206"	,110"	,005	,020	,006	,014	,022	,011	-,022	,016	,005	,012
8-Riesgo consumo de alucinógenos								1,000	,365"	,013	,003	-,003	-,007	-,009	,005	,013	,018	,010	,000
9-Riesgo consumo de opiáceos									1,000	-,003	,011	,015	,009	,006	-,023	,004	,000	,018	,002
10-Somatizaciones										1,000	,711"	,659"	,732"	,766"	,629"	,575"	,675"	,689"	,856"
11- Obsesiones y compulsiones											1,000	,779"	,818"	,773"	,618"	,574"	,738"	,758"	,899"
12- Sensitividad interpersonal												1,000	,813"	,760"	,627"	,613"	,798"	,810"	,879"
13- Depresión													1,000	,776"	,667"	,591"	,780"	,797"	,923"
14-Ansiedad														1,000	,635"	,674"	,738"	,780"	,894"
15-Hostilidad															1,000	,497"	,669"	,645"	,746"
16-Ansiedad fóbica																1,000	,594"	,637"	,695"
17-Ideación paranoide																	1,000	,796"	,861"
18- Psicoticismo																		1,000	,861"
19-Índice Global SCL-90																			1,000

Tabla 5
*Relación entre puntuación de riesgo de consumo de sustancias y síntomas
 psiquiátricos en hombres*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1-Riesgo consumo de tabaco	1,000	,259"	,377"	,220"	,175"	,155"	,160"	,099"	,070"	,000	,023	,006	-,002	-,006	-,027	-,034	,000	,020	,003
2-Riesgo consumo de alcohol		1,000	,134"	,106"	,108"	,091"	,090"	,061"	,075"	-,009	,013	,021	,012	,017	,012	,008	,014	,026	,014
3-Riesgo consumo de cannabis			1,000	,392"	,361"	,265"	,147"	,206"	,150"	-,011	,004	,025	-,008	,002	-,007	-,040	,001	,019	,002
4-Riesgo consumo de cocaína				1,000	,614"	,271"	,110"	,234"	,386"	,008	-,006	,006	-,008	,001	-,015	-,030	,006	-,001	,003
5-Riesgo consumo de anfetaminas					1,000	,250"	,175"	,216"	,238"	-,022	-,015	-,032	-,016	-,029	-,022	-,058"	-,013	-,028	-,021
6-Riesgo consumo de inhalantes						1,000	,121"	,257"	,282"	-,025	-,026	-,008	-,015	-,037	-,010	-,016	-,030	-,004	-,023
7-Riesgo consumo de tranquilizantes							1,000	,165"	,119"	,032	,011	,008	-,011	,004	,023	,016	,017	,015	,015
8-Riesgo consumo de alucinógenos								1,000	,365"	-,017	-,018	-,015	-,025	-,029	-,017	-,004	-,035	-,025	-,023
9-Riesgo consumo de opiáceos									1,000	,007	,003	,000	-,006	-,006	-,009	-,018	-,025	-,024	-,002
10-Somatizaciones										1,000	,730"	,682"	,753"	,777"	,670"	,586"	,688"	,699"	,859"
11-Obsesiones y compulsiones											1,000	,783"	,841"	,790"	,665"	,551"	,757"	,754"	,911"
12-Sensitividad interpersonal												1,000	,829"	,781"	,668"	,612"	,804"	,799"	,885"
13-Depresión													1,000	,810"	,721"	,620"	,798"	,816"	,935"
14-Ansiedad														1,000	,680"	,663"	,759"	,799"	,901"
15-Hostilidad															1,000	,534"	,696"	,666"	,789"
16-Ansiedad fóbica																1,000	,598"	,638"	,678"
17-Ideación paranoide																	1,000	,799"	,869"
18-Psicoticismo																		1,000	,859"
19-Índice Global SCL-90																			1,000

La Tabla 5 señala las correlaciones de los hombres que formaban parte de la muestra entre la puntuación de riesgo del ASSIST y las puntuaciones obtenidas en el índice global y las 9 subescalas del SCL-90-R. Solo se encontró una correlación negativa significativa ($Rho = -0,58$) entre la subescala ansiedad fóbica y la puntuación de riesgo de las anfetaminas. Un Rho de Spearman de entre 0,40 y 0,59 se considera una correlación moderada.

Discusión

La prevalencia de sustancias en los últimos tres meses de la muestra señala que las sustancias más utilizadas son: alcohol, tabaco, tranquilizantes y cannabis. Separado por género, los datos se mantienen, pero los hombres muestran mayor inclinación al uso de cannabis y las mujeres a los tranquilizantes.

Tanto en hombres como en mujeres —teniendo en cuenta que no todos los integrantes de la muestra consumen sustancias, y que tampoco todas las que consumen sustancias tienen un síntoma psiquiátrico—, se confirma lo encontrado en otros estudios que señalan altas puntuaciones en las subescalas del SCL-90-R e individuos con dependencia a sustancias (López & Becoña, 2006; Rodríguez & Salgado, 2017). Sin embargo, en este estudio solo se confirma una relación consistente entre el consumo de riesgo de las anfetaminas y la ansiedad fóbica como subescala del SCL-90-R en hombres.

Los resultados de las mujeres no señalan ninguna correlación significativa entre síntomas psiquiátricos y puntuaciones de riesgo de consumo de sustancias. También se encontró que no hay diferencias significativas de consumo entre hombres y mujeres, por lo cual adquiere sentido el hecho de que no hay correlación significativa con las subescalas del SCL-90-R, exceptuando la de la ansiedad fóbica y consumo de anfetaminas para los hombres.

A mayor uso de anfetaminas, menor ansiedad fóbica. Teniendo en cuenta las condiciones culturales de la muestra, tiene sentido, en tanto que la respuesta persistente de miedo para los hombres baja con el uso de anfetaminas. Un estudio señala que las anfetaminas pueden aumentar la sociabilidad porque decrementan la sensibilidad a las expresiones emocionales sutiles (Wardle, Garner, Munafo, & de Wit, 2012), lo cual le permitiría a los hombres jóvenes universitarios de Montería menos sensibilidad para reconocer expresiones, y con esto disminuir el miedo a los eventos sociales que pueden significar incertidumbre, dado que las expresiones faciales de otros hombres pueden ser reconocidas como peligrosas, por efecto de los valores que inculcan en la región, donde nunca están tristes y siempre deben exhibir control, y mostrar su posición frente a otros hombres.

Entre otros de los comportamientos tradicionales de la región exigidos para los hombres esta la no expresión de sus emociones y el hecho de no reconocer la expresión de los demás puede ampliar el deseo de hablar y su sociabilidad. El estudio de Bedi, Hyman y de Wit (2010) demuestra que el consumo de anfetamina reduce la identificación de posibles señales faciales emocionales, lo cual incrementa el comportamiento de aproximación social y quizás pueda ser útil a nivel de psicoterapia. Como señala otro estudio, las anfetaminas pueden tener un valor terapéutico para el tratamiento de los desórdenes de ansiedad al proveer un balance entre la activación de emociones y el sentimiento de seguridad y control (Johansen & Krebs, 2009).

Según el boletín de salud de Colombia, la ansiedad Fóbica es uno de los trastornos que más ha aumentado en los adolescentes en el periodo del 2009 al 2017: (Minsalud, 2018). Desde el modelo de la automedicación (Khantzian, 1997; West, 2005; Bolton, Cox, Clara, & Sareen, 2006) puede tener sentido que los hombres busquen manejar el miedo persistente con las anfetaminas, en tanto que estas producen sensación de placer (Bedi et al., 2010).

Conclusiones

La evidencia parece señalar que, teniendo hombres y mujeres con las mismas características sociodemográficas, no difieren en el tipo de sustancias que consumen, sino en el uso que les pueden otorgar, en este caso los hombres perciben un decremento en un síntoma mental por efecto del consumo de una sustancia ilegal, como posible forma de automedicación.

Así mismo, se contradice la evidencia que señala una relación existente entre síntomas psiquiátricos y consumo de sustancias, así como sus implicaciones en el diagnóstico y tratamiento de pacientes, pues se encontró que las anfetaminas, cuyo uso terapéutico ha sido propuesto por expertos, pueden estar siendo usada por los hombres para controlar un miedo persistente relacionado con las condiciones culturales de la región.

Es necesaria hacer más investigaciones para corroborar lo encontrado en el estudio y seguir investigando en esta línea pues algunas teorías

sugieren que se debe abandonar la clásica hipótesis de la automedicación, idea expuesta en el desarrollo de este trabajo investigativo.

Referencias

- Bandeira, M., Cordeiro, S., Cavalcanti, M., & Duarte, M. (2015). Presence of dual diagnoses between users and non-users of licit and illicit drugs in Brazil. *Journal Brasil do Psiquiatria*, 64(4), 288-295. doi:-DOI: 10.1590/0047-20850000000091.
- Bedi, G., Hyman, D., & de Wit, H. (2010). Is ecstasy an “empathogen”? Effects of MDMA on prosocial feelings and identification of emotional states in others. *Biological psychiatry*, 68(12), 1134-1140.
- Bolton, J., Cox, B., Clara, I., & Sareen, J. (2006). Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 194(11), 818-825. doi:10.1097/01.nmd.0000244481.63148.98.
- Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y ciencia social*, 6(1), 49-57.
- Casullo, M., & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Buenos Aires: UBA-CONICET.
- Correa, A., & Pérez, A. (2013). Relación e impacto de consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. *Liberabit*, 19(2), 153-162.
- Dörr, A., Gorostegui, M., Viani, S., & Dörr, M. (2009). Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y la escuela. *Salud Mental*, 32, 269-278.
- Galván, G., Guerrero-Martelo, M., & Vásquez-De la Hoz, F. (2017). Cannabis: una ilusión cognitiva. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 55-126. doi:10.1016/j.rcp.2016.04.002.
- Garcia, H., Ferreira de Oliveira, M., Titus, J., Lopes, I., Hayasi, P., & Ribeiro, R. (2015). Uso de drogas, salud mental y problemas relacionados con el crimen y la violencia: estudio transversal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(6), 1173-1180. doi:DOI: 10.1590/0104-1169.0478.2663.
- Gonzalvo, B., Barral, L., Grau-López, O., & Esteve, C. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cannabis. *Trastornos adictivos*, 13(3), 109-112.

- Guerrero-Martelo, M., Galván, G., Pinedo, J., Vásquez De la Hoz, F., Torres, F., & Torres, J. (2015). Prevalencia de vida de uso de cannabis y rendimiento académico en adolescentes. *Salud Uninorte*, 467-478.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mac Graw Hill.
- Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Sánchez-Garnica, D., & Pérez, M. (2010). Age at initiation of drug use as an indicator for problematic use. *Psychology in Spain*, 14(1), 22-31.
- Ilgen, M., & Moos, R. (2006). Exacerbation of psychiatric symptoms during substance use disorder treatment. *Psychiatric services*, 57(12), 1758-1764.
- Isorna, M., Fernandez-Rios, L., & Souto, A. (2010). Treatment of drug addiction and psychopathology: a field study. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 2(1), 3-18.
- Johansen, P., & Krebs, T. (2009). How could MDMA (ecstasy) help anxiety disorders? A neurobiological rationale. *Journal of psychopharmacology*, 23(4), 389-391.
- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. doi:10.3109/10673229709030550.
- Londoño, N., Agudelo, D., Martínez, E., Anguila, D., Aguirre, D., & Arias, J. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra colombiana. *Medunab*, 21(2), 45-59.
- López, A., & Becoña, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18(2), 161-196.
- Marín-Navarrete, R., & Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38(4), 395-396. doi:DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.060.
- Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19.
- Minsalud. (2018). Boletín de salud mental. Salud mental en niños, niñas y adolescentes. Bogotá: Minsalud.
- Observatorio de Drogas Colombia (ODC). (2017). Reporte de drogas de Colombia 2017. Bogotá: Minjusticia-ODC.

- Organización Mundial de la Salud. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. Organización Mundial de la Salud.
- Ribas-Siñol, M., Del Prado-Sánchez, N., Claramunt-Mendoza, J., Civit-Ramirez, M., Canalias-Perez, O., & Ochoa, S. (2015). Adolescentes multiproblemáticos: consumo de tóxicos y trastorno mental en jóvenes que delinquen. *Actas Esp. Psiquiatr*, 43(6), 197-204.
- Rodríguez, J., & Salgado, A. (2017). Patología dual en dogodependientes en tratamiento: resultados con el SCL-90-R. *Revista Española de Drogodependencias*, 42(3), 46-56.
- Rojas, L., & Castaño, G. (2017). Neurobiología de la patología dual. *Health and Addictions*, 17(2), 101-114.
- Sanchez, R., & Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del inventario de síntomas revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 265-274.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.
- UNDOC. (2016). World drug report 2016. New York: United nations.
- UNDOC. (2017). III estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de Colombia, 2016. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). World Drug Report. United Nations.
- Van Gastel, W. A., Tempelaar, W. M., Bun, C. J., Schubert, C. D., Kahn, R. S., Plevier, C. M., & Boks, M. P. (2013). Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. *Psychological Medicine Journal*, 43(9), 1849 - 1856. doi:10.1017/S0033291712002723
- Wardle, M., Garner, M., Munafo, M., & de Wit, H. (2012). Amphetamine as a social drug: effects of d-amphetamine on social processing and behaviour. *Psychopharmacology*, 223(2), 199-210.
- West, R. (2005). Theory of addiction. Londres: Blackwell publishing.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS DESPLAZADAS DEL CORREGIMIENTO DE EL SALADO, BOLÍVAR

Darlyn Danessa Anaya Mercado¹

Fundación Semillas de Vida para Colombia

Viviana Patricia Romero Pérez²

Fundación para el Desarrollo Social Comunitario la Luz

Resumen

El objetivo de la presente investigación es describir las estrategias de afrontamiento desarrolladas por dos víctimas del desplazamiento forzado del corregimiento El Salado, ubicado en el municipio El Carmen de Bolívar, departamento de Bolívar, Colombia. Para lograr el objetivo se recurrió a la técnica de la entrevista, aplicada a las víctimas, fueron entrevistados sus familiares y a dos personas expertas para corroborar la información y realizar una triangulación de los datos obtenidos. Para el análisis de las entrevistas se utilizó el software ATLAS TI 7.5.12, ya que es un programa de carácter cualitativo que facilita la organización y seguidamente el análisis de la información. Los resultados más relevantes develan que las dos víctimas del desplazamiento forzado han desarrollado estrategias de afrontamiento cognitivas, entre las cuales están la preocupación, planificación y reevaluación positiva; además, hacen uso de las estrategias de tipo afectivo como el apoyo social, y emplean estrategias conductuales como la falta de afrontamiento para resistir esta experiencia traumática. Finalmente, cabe destacar que en la investigación se evidenció una nueva estrategia la cual no se encontraba dentro de las categorías establecidas, y se denominó estrategia de afrontamiento basada en la fe, dado que, las personas entrevistadas manifestaron que afrontaron la situación creyendo en Dios.

1 Psicóloga. Fundación semillas de vida para Colombia. Correo: dadamer16@gmail.com.

2 Psicóloga. Fundación para el desarrollo social comunitario la luz. Correo: romero.viviana2803@gmail.com.

Palabras clave: estrategias, desplazamiento, violencia, afrontamiento, víctimas.

Abstract

The objective of this research is to describe the coping strategies developed by two victims of forced displacement, of the corregimiento El Salado, Bolívar. To achieve the objectives an interview was conducted with each participant, also interviews with their relatives, followed by an interview with two experts to corroborate the information and make triangulation of the data obtained. For the analysis of the interviews was used the software ATLAS TI 7.5.12, because it is a qualitative program that facilitates the organization and then the analysis of the information. The results show that the two victims of forced displacement have developed cognitive coping strategies, among which are concern, planning and positive reassessment; In addition, they make use of coping strategies of an affective type such as social support and use behavioral coping strategies such as lack of coping to face this traumatic experience. Finally, it should be noted that the research found a new strategy which was not within the established categories, this takes as a coping strategy based on faith, given that the people interviewed said they faced the situation believing in God.

Keywords: strategies, displacement, violence, coping, victims.

Introducción

El Corregimiento El Salado fue fundado en el año 1812, pertenece al municipio del Carmen Bolívar, ubicado en los Montes de María. Para la década de los noventa su principal actividad económica era la producción de tabaco y el cultivo de maíz, ajonjolí, ahuyama y ñame, así como también la ganadería. Esto debido a que se encontraba dotado de zonas acuíferas que facilitaban la siembra de dichos productos. Con la incursión de la producción de tabacos, grandes empresas tabacaleras se fijaron en esta tierra y se instalaron. A partir de la instalación de estas grandes empresas aumentó la economía del corregimiento y la calidad de vida de sus habitantes; hubo más empleos -llegó a tener 33 tiendas-, almacenes, depósitos y droguerías (Sánchez, 2009).

En el año 2000, el corregimiento El Salado inicia una transición que marcaría su historia, pus ocurrieron las primeras masacres por parte de los grupos paramilitares comandados en ese entonces por Rodrigo Tovar Pupo —alias “Jorge 40” —, Salvatore Mancuso y John Henao —alias “H2”—, quienes eran delegados de Carlos Castaño. Para los días del 16 al 21 de febrero del 2000 se llevaron a cabo 60 asesinatos y dos violaciones por parte de este grupo al margen de la ley, dejando como resultado 52 hombres y 8 mujeres fallecidos, entre los cuales podemos destacar 3 menores de 18 años, 12 que oscilaban entre los 18 y 25 años, 10 entre los 26-35, 23 entre los 36-55 y 10 adultos mayores que arrojaría un total de 60 víctimas mortales; esto desencadenó un desplazamiento forzado de 4000 personas aproximadamente, llevándolos a municipios como el Carmen de Bolívar y ciudades aledañas como Sincelejo, Cartagena y Barranquilla (Sánchez, 2009).

Haciendo referencia a dicho tema, Rodríguez (2006, p. 260) indica: “Colombia es el tercer país con mayor índice de desplazamiento en el mundo después de Angola y Sudán”. Esto ha llevado a tomar la iniciativa de conocer y ser conscientes de la situación que vive el país, en la que todos estamos implicados directa o indirectamente. Por lo que Cervellin y Uribe (citados por Rodríguez, 2006, p. 260) plantean que este hecho comienza a tener un auge de manera oficial en el año 1995, cuando se publica el primer estudio de esta problemática, periodo en que los investigadores enfatizan en este acontecimiento, buscando explicar, comprender y realizar

propuestas de intervención con la finalidad de atender las consecuencias a nivel psíquico y social creadas por la violencia.

Así mismo, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Pontificia Universidad Javeriana, han manifestado que los factores causantes de este fenómeno son complejos, entre ellos: la fuerza que han tomado los grupos al margen de la ley, la toma de territorios para obtener una mayor expansión. Esto a través de actividades ilegales como la extorsión, el secuestro y el expendio de drogas. Lo cual trae condiciones de inseguridad, vulnerabilidad en civiles y atentados contra sus vidas, pues provocan temor y los obligan a desplazarse y a empezar de nuevo en otros sitios lejos de sus viviendas y bienes materiales. Por lo tanto, esto se convierte en una situación de peligro para la sociedad y a su vez en acontecimientos de tristeza y dolor para los afectados directamente (Rodríguez, 2006).

Estas situaciones están relacionadas con distintas formas de violencia, con el fin de imponer un control social por parte de los grupos armados, tales como: las torturas, amenazas directas a la población civil, masacres a grupos, es decir, a la vista de todos los habitantes. Por lo que también se originan cambios significativos en las relaciones familiares y sociales (Organización Internacional para las Migraciones -OIM y Pontificia Universidad Javeriana, citado por Rodríguez, 2006).

A raíz de esto, los supervivientes que se desplazan inician un nuevo proceso de adaptación lejos de sus costumbres y estilos de vida, conllevándolos a buscar nuevas estrategias de afrontamiento y de superación ante dicha situación.

El afrontamiento consiste en un proceso que integra diversas estrategias: psicológicas y comportamentales que permite enfrentarse a eventos estresores de la mejor forma posible, para tratar de reducir o controlar las amenazas internas o externas que son negativas para las personas (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 164 citado por Vázquez, Crespo y Ring, 2000). Ante esto, se tiene en cuenta que el uso de estas estrategias puede estar determinado por el tipo del factor estresante y las condiciones en que se origina (Forsythe y Compas 1987); es decir, pueden ser estrategias centradas en la resolución del problema o estrategias centradas en las emociones (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Tomando como referencia la validez y confiabilidad de esta tipología propuesta en primera instancia por estos autores, estudios más recientes han presentado la existencia de otros estilos de afrontamiento. Una de esas investigaciones hace énfasis en la escala de modos de Afrontamiento — Ways of Coping, WOC—, (Folkman y Lazarus, 1988), un instrumento diseñado para evaluar de forma holística diversos pensamientos y conductas que se emplean para controlar un suceso amenazante. Se basa en ocho estrategias distintas que son: confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, evitación, reevaluación positiva, estas 7 se basan en la regulación emocional del individuo, mientras que la búsqueda de apoyo social, se centra en las dos áreas.

Acerca de esta temática, para el año 2004 se publica un artículo en el cual se analizaron los cambios y resiliencia de las familias desplazadas por la violencia en Bogotá. Basándose principalmente en identificar la capacidad que tuvieron estas personas para afrontar distintas situaciones desfavorables, que trajeron consigo mucho dolor y tristeza para sus vidas —como resultado de las atrocidades realizadas por los responsables del conflicto armado—. Según este estudio las transformaciones en la estructura familiar se evidencian con mayor exactitud entre los momentos del desplazamiento y durante los primeros meses de su establecimiento en un lugar específico, para este caso en Bogotá, distrito capital. Pero lo más significativo que descubrieron, lo cual es de relevancia para la presente investigación fueron las estrategias de afrontamiento que desarrollaron las víctimas para perseverar en todo momento y lugar; buscando propósitos para favorecer la unión y fraternidad de la familia. Tales herramientas son el buen humor para su comunicación, es decir, “a través de la risa las mujeres logran un determinado control de la difícil situación”, resolver problemas conjuntamente, generosidad con el otro y construcción de nuevas redes de apoyo (Cyrułnik, así como es citado por Gonzales, 2004, p. 128).

En el año 2016 se publica una investigación realizada con adultos expuestos al desplazamiento forzado por el conflicto armado en Colombia. Centrada en determinar las afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia desarrollados ante este suceso. Se encontró que el alcoholismo, las alteraciones en el estado de ánimo, la sensación o percepción de que alguien le hace daño y síntomas del estrés postraumáticos, son afectaciones psicológicas ocasionadas al estar

expuestos al conflicto armado, utilizando las estrategias de afrontamiento como la religión y esperar que las cosas se resuelvan solas y estableciendo un nivel de resiliencia moderado. (Hewitt, et al., 2016).

Las ideas precedentes sirven de marco a esta investigación cuyo objetivo es describir las estrategias de afrontamiento que han desarrollado dos víctimas del desplazamiento forzado del corregimiento El Salado, Bolívar. Para lo cual se han considerado las argumentaciones teóricas de autores como: Folkman y Lazarus (1988); Moos y Moos (1988); Carver, Scheier y Weintraub, (1989); Páez (1993); Galán y Perona (2001), Martin (2004), quienes plantean que existen tres tipos generales de estrategias de afrontamiento, el cognitivo, el afectivo y el conductual. A continuación, se presenta un inventario de estrategias que aluden a los procesos utilizados en cada contexto:

Afrontamiento cognitivo:

- Aceptación: implica reconocer, respetar y valorar a la situación y a sí mismo.
- Anticipación: Se refiere a la anticipación que se hace frente a los problemas con el fin de considerar las posibles reacciones emocionales y respuestas o soluciones a estos.
- Autoanálisis: consiste en el proceso de reflexionar sobre las propias ideas, sentimientos y conductas, reconociendo la autorresponsabilidad en el origen, sostenimiento del problema a fin de actuar acorde a esta reflexión.
- Humor: afrontar la situación angustiante a través del humor con aspectos irónicos y cómicos.
- Planificación: estudiar la problemática, y analizar las distintas opciones con el fin de desarrollar técnicas para darle una solución.
- Poder mental: se basa en técnicas metafísicas, centrados en el poder del pensamiento, afirmaciones y peticiones.
- Preocupación: hace referencia a una preocupación improductiva por el futuro, la cual se relaciona con afectividades negativas como la angustia, la infelicidad y el pesimismo.

- Reestructuración mental: indica proyectarse a una transformación, de manera positiva, de la personalidad.
- Reevaluación positiva: hacer un cambio ante el significado de la situación problema, resaltando aspectos positivos que este tenga, expresando optimismo y una parte positiva de la situación.

Afrontamiento afectivo: en esta categoría se pueden mencionar algunas estrategias como las que seguidamente son descritas.

- Agresión pasiva: son aquellas manifestaciones agresivas hacia las demás personas ya sea de manera directa y no asertiva. Esto, como respuesta a exigencias de desempeño independiente, o la ausencia de agrado de deseos de independencia.
- Hostilidad o resentimiento latente hacia los demás: esta agresión pasiva se da como mecanismo de defensa, dado que la agresividad se ha desligado de su motivo, pudiendo o no existir una conciencia del sentimiento.
- Aislamiento social: indica una retirada de interacción social con familiares, compañeros o amigos, bien sea por querer afrontar la problemática solo, o un escape del resto de personas por reservar, o las dos cosas.
- Apoyo social: implica asistir a otras personas cercanas como amigos o familiares, organizaciones, grupos, líderes espirituales o profesionales, con el fin de buscar ayuda material como dinero, compartir la experiencia con los demás, información o apoyo emocional y espiritual.
- Autocontrol: realizar un esfuerzo por dominar y disimular los sentimientos y respuestas afectivas propias.
- Catarsis: se trata de soltar las emociones, expresar lo que se siente y esos estados emocionales intensos para afrontar eficazmente las situaciones difíciles.
- Escape/evitación: alejarse de la problemática, no pensar en eso y pensar en otras cosas, con el propósito de impedir una afectación

emocional, utilizando pensamientos irreales, improductivos o desiderativos y realizando actividades que lo distraigan.

- Supresión: se basa en eludir intencionalmente, ideas, recuerdos, sentimientos o experiencias molestos.

Afrontamiento conductual: Seguidamente se mencionan las siguientes estrategias:

- Afrontamiento directo: enfrentar directamente la situación por medio de actitudes directas, agresivas o altamente arriesgadas.
- Autoafirmación: implica expresar los pensamientos o sentimientos directamente, sin agresividad ni manipulación, es decir, de manera asertiva.
- Falta de afrontamiento: incapacidad del sujeto para afrontar los problemas, debido a la falta de dominio sobre sí mismo o al considerarlo irresoluble, desarrollando síntomas psicosomáticos y actitudes depresivas.
- Postergación: la persona espera que se dé la ocasión indicada para actuar, posponiendo todas las actividades hasta tener una mayor y mejor información del suceso.

Ahora bien, cabe destacar que esta investigación es de gran valor para indagar las estrategias de afrontamiento que fueron utilizadas por personas víctimas del conflicto armado, por lo que en este caso serán dos personas nativas del corregimiento El Salado, Bolívar, quienes suministren la información y sean el centro de atención del estudio. Pues, aunque se haya investigado sobre lo sucedido en este lugar, es decir, las masacres, quiénes la cometieron y cómo lo hicieron, aún existen vacíos de información que permitirían comprender desde una perspectiva abordada individualmente lo que aconteció con esas víctimas después de su desplazamiento a otras ciudades. Por lo tanto, al realizar este estudio se logrará ampliar teóricamente esta historia vivida en Colombia por más de 50 años.

Siguiendo esta línea de pensamiento, es importante indagar estos temas, pues, debemos interesarnos en lo que ha sucedido en nuestro país, y en este caso, específicamente en nuestra región, la cual ha sido una de las más azotadas por el conflicto armado. De igual forma, los conocimientos obtenidos serán de gran ayuda a los profesionales que

brindan acompañamientos psicosociales en los centros de apoyo a víctimas, pues esto facilitaría los procesos de atención.

Por otro lado, es importante señalar que existe un estudio de víctimas de desplazamiento realizado en la Corporación Universitaria del Caribe CECAR realizado por Álvarez, Velilla & Amell (2018), en el cual se tienen en cuenta las estrategias de afrontamiento a partir del desplazamiento forzado que vivieron ciertas personas por el conflicto armado, en esta investigación se consideró relevante conocer este aspecto y lo que ha acontecido en los ámbitos familiar, social y económico, luego de lo vivido por dichas víctimas. Conocer esta problemática es significativo, puesto que, CECAR tiene entre su misión la “responsabilidad social” como uno de sus objetivos banderas, y realizar investigaciones de esta naturaleza, ayuda a desarrollar la proyección social que es tan importante, no solo para la institución, sino también, para el Programa de Psicología, acreditado el año 2018. Se espera, que esta investigación cree una nueva perspectiva con respecto a las personas que utilizan las estrategias de afrontamiento, para superar este tipo de situaciones que ha hecho que ellos transformen su estilo de vida cotidiano, puesto que dejan sus costumbres, su tierra y sus bienes materiales para comenzar una vida, quizás diferente a la que llevaban.

Metodología

Tipo de investigación

La presente investigación es descriptiva, insertada en un enfoque de tipo cualitativo: se describe un fenómeno considerando la perspectiva del participante; la información aportada por él según su vivencia es clave, pues permite comprender la situación objeto de indagación mediante el análisis y significado de su discurso.

Diseño de Investigación

El diseño de la investigación se encuentra centrado en el estudio de caso, el cual según Monje (2011) es el estudio propio de un caso o de pocos casos con relación a una situación en común, que busca conocer de manera holística problemas generales

Este tipo de estudio es adecuado para aplicarse a circunstancias en la que se quieren investigar elementos tales como: las características esenciales de los individuos y la situación que están viviendo personas pertenecientes a algún tipo de población o entidades. Ejemplo: estudio de la conducta social de dos jóvenes adictos al alcohol.

Monje (2011), plantea que las etapas que se llevan a cabo para la realización de un estudio de caso son:

1. Formular los objetivos del estudio, especificando cuál es el caso y qué características, elementos y procesos se van a observar.
2. Explicar cómo se escogió el caso a estudiar y qué técnicas de observación se van a llevar a cabo en el desarrollo de este.
3. Recolectar la información.
4. Organizar la información estableciendo una forma coherente que componga el caso que se estudia.
5. Realizar los resultados y la discusión pertinente tomando como base los objetivos estipulados.

Procedimiento del estudio

A continuación se expone el procedimiento implementado en la investigación:

1-Se planteó la razón y los objetivos para realizar la indagación; se establecieron las técnicas y procesos para obtener la información.

2- Se realizó una revisión documental para explorar la información acerca de la temática y la población, para luego, analizarla y seleccionar las fuentes confiables que servirían de soporte para la investigación.

3- Se diseñó una entrevista semiestructurada, la cual se sometió a una prueba piloto aplicándola a una persona que también había sido desplazada, pero que no sería parte de la muestra a investigar. Esta prueba preliminar permitió afinar el instrumento adecuando el lenguaje, la temática y la estructura, para someterlo a un proceso de validación, mediante el juicio de expertos en la temática, obtenida la valoración de los jueces, se elaboró el instrumento definitivo.

4- Se procedió a seleccionar entre la población de la localidad a las personas que estuvieran dispuestas a participar y aportar información conveniente para el proyecto, una vez dado este paso se estableció un contacto cercano para explicarles en qué consistía el estudio y acordar fechas de la entrevista.

5- Mediante un documento que exponía los objetivos del estudio, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y fue solicitado su permiso para publicar bajo anonimato la información que suministraran.

6- Se realizó la entrevista a la muestra seleccionada (dos personas), con el fin de recolectar la información requerida para el estudio. Se recurrió al muestreo teórico definido por Glaser & Strauss (1967), en el cual se eligen los primeros sujetos o unidades de análisis y se analizan los datos por ellos aportados, seguidamente se desarrollan conceptos así como categorías que se usan para elegir a otros grupos de sujetos o unidades de análisis, y así sucesivamente hasta que se saturen las categorías, de modo que emerja la teoría.

7-A partir de la información obtenida se diseñó otra entrevista que fue aplicada a un familiar de cada participante, es decir, a dos personas más, y de este modo confirmar la información anteriormente recolectada.

8- Se procedió a configurar una nueva entrevista la cual fue aplicada a dos personas expertas en el tema de estrategias de afrontamiento, conflicto armado colombiano y la violencia vivida por los habitantes El Salado con el fin de corroborar la información de los casos estudiados.

9- Recolectada toda la información se realizó análisis exhaustivo del discurso, ello permitió el desarrollo de conceptos y categorías.

10- Se procedió a la discusión de los datos, a su triangulación y elaboración de las conclusiones.

Participantes

Participaron en el estudio dos personas desplazadas del corregimiento El Salado, víctimas de la masacre del 2000. Según el informe elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF Centro Zonal Carmen de Bolívar en 2002³ el porcentaje de la población desplazada se distribuyó

3 Diagnóstico Comunitario Comunidad de EL Salado (Bolívar) año 2002”, informe ela-

de la siguiente manera: de todas las familias, 55.2% se estableció en Carmen de Bolívar; 19.7% se trasladó a Barranquilla, 15.7% se ubicó en la ciudad de Sincelejo y 9.21% se ubicó en Cartagena (Resolución defensorial regional n°. 008, 2002). Sin embargo, actualmente no existe un reporte con cifras exactas de las víctimas del conflicto armado El Salado que estén residentes en otras ciudades.

Debido a esto, se realizó un muestreo por conveniencia, es decir, de manera intencional fueron seleccionadas dos víctimas del desplazamiento forzado del corregimiento El Salado, Bolívar, en el año 2000, residentes de la ciudad de Sincelejo, fueron las personas más cercanas y asequibles para la realizar la investigación. La muestra quedó conformada por dos hombres mayores de edad (40 y 55 años respectivamente). Asimismo, se escogió un familiar de cada uno de los sujetos de estudio, es decir, dos personas más, las cuales tenían conocimiento de la experiencia por la que había pasado el participante seleccionado en el caso de estudio.

Finalmente, se eligieron dos personas expertas en la temática a tratar, estas han trabajado con víctimas del desplazamiento forzado desde su profesión —un trabajador social y un psicólogo—. Conocieron las experiencias y las formas cómo estas personas han afrontado la situación del desplazamiento, con el fin de tener una mayor información acerca de lo que sucede en la vida de los sujetos de estudio y así mismo, lograr una mayor fundamentación en esta investigación.

Contextualización

Esta investigación se llevó a cabo desde el año 2017 hasta el año 2018, comenzando con su planteamiento en las aulas de la sede principal de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR con nuestros docentes de cátedras investigativas. Se continúa la ejecución de la investigación en el barrio Pioneros de la ciudad de Sincelejo, lugar donde viven los participantes, dado a que las entrevistas se realizaron en sus viviendas. De esto, logramos observar que ellos vivían con su núcleo familiar y se desarrolló la entrevista de una manera adecuada y fluida. Por otra parte, las entrevistas con las personas expertas fueron en el centro de familia de

borado por el ICBF Centro Zonal Carmen de Bolívar en Julio de 2002.

CECAR, se hizo el análisis de la información elaborado en la sede principal de CECAR.

Instrumento

Para la recolección de la información de la investigación se hizo una revisión bibliográfica de las categorías a trabajar en el estudio, a fin de obtener información suficiente de lo que se quiere estudiar.

Asimismo, se utilizó una entrevista semiestructurada, la cual consiste en tener una guía de preguntas claves con relación a la temática que se quiere investigar, no hay una secuencia en el cuestionario, ya que todo depende de las respuestas recibidas por el entrevistado. Este tipo de técnica se debe realizar en un ambiente cordial y empático (Martínez 2011). Este tipo de entrevista se aplicó a los dos sujetos seleccionados, y de este modo, se consiguió información desde lo vivenciado por ellos, de igual manera, como ya se mencionó, también se aplicó a un familiar de estos, con el fin de corroborar la información suministrada, adicionalmente a dos personas expertas en la temática del desplazamiento forzado en el El Salado, Bolívar.

Análisis de información

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó la técnica de triangulación de datos dado que se utilizan diferentes fuentes de datos en la investigación. La triangulación es una forma de comprobar y contrastar la información que se consigue en los distintos momentos en que se han utilizado los métodos (Patton, 2002), los cuales son: la revisión bibliográfica, las entrevistas semiestructuradas a los dos participantes del estudio de caso, a un familiar de cada uno de ellos a dos personas expertas en el tema, sumando en total seis entrevistados. En cada una de las entrevistas realizadas se hizo un análisis de los datos, para así obtener temáticas generales tratadas en el discurso de los entrevistados. Posteriormente, se hace uso del software de análisis cualitativo ATLAS ti 7.5.12, dado que este nos permite organizar la información importante, establecer categorías, códigos y redes que faciliten el análisis de los datos (Ávila, 2014).

Resultados

A continuación, se presentan las tablas en las que se presentan los hallazgos, el contenido de las mismas se completa breve descripción basada en la teoría expuesta, avanzando así hacia el logro de los objetivos planteados en esta investigación.

Tabla 1

Categorías de análisis de acuerdo a los referentes teóricos y los datos obtenidos.

Objetivos	Categoría	subcategorías	Propiedades
Objetivo General Describir las estrategias de afrontamiento que han desarrollado dos víctimas del desplazamiento forzado del corregimiento de El Salado, Bolívar y analizar el impacto del desplazamiento en los ámbitos familiar, social y económico	Estrategia de afrontamiento cognitiva.	Planificación	Estudiar la problemática, y analizar las distintas opciones con el fin de desarrollar técnicas para darle una solución (Folkman y Lazarus, 1988).
		Preocupación	Hace referencia a una preocupación improductiva por el futuro, la cual, se relaciona con afectividades negativas como la angustia, la infelicidad y el pesimismo (Folkman y Lazarus, 1988).
		Reevaluación positiva	Hacer un cambio ante el significado de la situación problema, resaltando aspectos positivos que este tenga, expresando optimismo y una parte positiva de la situación (Folkman y Lazarus, 1988).

Objetivos	Categoría	subcategorías	Propiedades
Objetivo General Describir las estrategias de afrontamiento que han desarrollado dos víctimas del desplazamiento forzado del corregimiento de El Salado, Bolívar y analizar el impacto del desplazamiento en los ámbitos familiar, social y económico	Estrategia de Afrontamiento afectivo.	Apoyo social	Implica asistir a otras personas cercanas como amigos o familiares, organizaciones, grupos, líderes espirituales o profesionales, con el fin de buscar ayuda material como dinero, compartir la experiencia con los demás, información o apoyo emocional y espiritual (Folkman y Lazarus, 1988).
	Estrategia de afrontamiento conductual	Falta de afrontamiento	es la falta de capacidad por parte del sujeto para afrontar los problemas, dado a la falta de dominio sobre sí mismo, o al considerarlo irresoluble, desarrollando síntomas psicósomáticos y actitudes depresivas (Folkman y Lazarus, 1988).

Fuente: Elaboración propia

Categoría 1. Estrategia de afrontamiento cognitivo

Después de haber analizado las entrevistas de los participantes, familiares y personas expertas encontramos que dentro de las estrategias de afrontamiento de tipo cognitivas mayormente utilizadas por las dos personas víctimas del desplazamiento está la preocupación, pues al vivenciar esta situación tienen pensamientos de angustia, infelicidad y pesimismo, como lo demuestra el participante N° 2: “Pensé ya que las cosas ya no se podía, no era igual, ya el Salado no sería igual, y sería un pueblo fantasma”. Asimismo, su familiar lo corrobora argumentado: “Yo lo noté a él muy preocupado, estresado”.

De igual forma, al entrevistar a las personas expertas, también aseguran que una de las estrategias más utilizadas es la preocupación, como lo refiere la persona experta N° 1: “Constante pesimismo, desesperanza, frustración, impotencia, sentimientos de angustia, de ansiedad y de desesperación constante en cada una de las situaciones que se les presente

de los hechos vividos”, Y así, la experta N° 2: “La gente nos narraba la historia con un nivel de desgarró, con un nivel de dolor y eso siempre lo he dicho, muchas víctimas narran con un inmenso dolor, es decir, tu evidencia que no existe ningún tipo de transformación, otras víctimas narran con una desesperanza, otros narraban con odio y vergüenza”.

Cabe destacar que estas personas, aunque demostraron pensamientos de preocupación, también lograron hacer un cambio en la percepción que tenían sobre la problemática; este cambio fue positivo, pues demostraron un optimismo por salir adelante. Lo que indica que, de igual forma, las víctimas utilizan la estrategia de afrontamiento cognitiva, reevaluación positiva. Como lo resalta en su discurso el participante N° 1: “Salimos adelante con nuestros propios medios, pero con esa capacidad que teníamos de resolver nuestros propios problemas en ese momento”. Convirtiéndose el estudio en una herramienta para poder salir adelante y obtener un mejor estilo de vida. Tal y como lo menciona la persona experta N°2: “Porque pudieron crecer, pudieron estudiar, tener un nivel de vida un poco mejor”. Con respecto a un familiar del participante, este recalca: “Él tuvo pensamientos de estudiar y fue, y hizo sus cursos ahí en el Sena”.

Categoría 2. Estrategia de afrontamiento afectivo

Con respecto a las estrategias de afrontamiento de tipo afectivo las dos personas víctimas del desplazamiento hacen uso del apoyo social, es decir, luego de vivir esta experiencia y ubicarse en otros lugares buscan ayuda de sus familiares o amigos cercanos, como también de organizaciones sociales que cuenten con apoyo profesional y espiritual, con el fin de obtener auxilios económicos y emocionales. Esto se denota en lo argumentado por el participante N°2: “Para recuperarme tuve que buscar ayuda psicológica, profesional”. De igual forma, su familiar lo confirma diciendo: “Buscó ayuda psicológica.” Y en la entrevista realizada a la persona experta N° 2 se evidenció: “Aproximadamente menos de la mitad contaron con el apoyo de una red de apoyo que podría ser grupo familiar, vecinos, organizaciones fundaciones y en algunos casos el Estado.

Categoría 3. Estrategia de afrontamiento conductual

Luego de analizar las entrevistas se obtuvo que dentro de las estrategias de afrontamiento de tipo conductual, las dos personas víctimas solo utilizaron la falta de afrontamiento, es decir, no presentaron una capacidad para afrontar la situación, y por ende, desarrollaron síntomas psicossomáticos y depresivos, tal como lo refiere el participante N°2: “A mí me cayó una autoestima, caí en ataque de pánico y tuve que ser sometido varios años con varias sesiones de psicología para poder superar mi trauma y todavía estoy medicado con la psiquiatría”. Asimismo, su familiar lo reafirma argumentando: “Tuvo muchos problemas psicológicos porque todo el mundo no tiene la preparación para resistir ciertos impactos y eso lo afectó mucho”.

Discusión

Teniendo en cuenta que el objetivo principal de esta investigación es describir las estrategias de afrontamiento que han desarrollado dos víctimas del desplazamiento forzado del corregimiento El Salado, Bolívar. A partir de entrevistas realizadas, se encontró que estas personas hacen uso de distintas estrategias de afrontamiento de tipo cognitiva, afectiva y conductual, las cuales son planteadas por Folkman y Lazarus (1988).

Cabe resaltar que de las estrategias mencionadas por estos autores se encuentran algunas de aspecto positivo y otras de aspecto negativo; en las personas entrevistadas se destaca un contraste, dado que uno de ellos demostró desarrollar estrategias positivas, de afrontamiento cognitivo como la reevaluación positiva, la cual Folkman y Lazarus (1988), definen como aquello que implica hacer un cambio ante el significado de la situación problema, resaltando aspectos positivos que este tenga, expresando optimismo y una parte positiva de la situación.

Una investigación realizada con mujeres desplazadas del Urabá también encontró que una de las estrategias más utilizadas fue la reevaluación positiva, puesto que entre ellas hicieron grupos de apoyo para ayudarse a sí mismas, es decir, buscaron superar la situación, sacar lo positivo y actuar con optimismo (Ayala, Rentería, Sánchez, 2015). Así mismo, se investigó sobre las estrategias utilizadas por víctimas del desplazamiento en

Colombia y se obtuvo que la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva disminuye la presencia de síntomas psicossomáticos puesto que estas personas buscan aprender y darle un nuevo significado a la situación (Hewitt et al., 2016).

En cuanto al otro participante se encontró que este refiere, sobre todo, los aspectos negativos, es decir, desarrolla estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo como la preocupación, que según Folkman y Lazarus (1988) hace referencia a una preocupación improductiva por el futuro, la cual, se relaciona con afectividades negativas como la angustia, la infelicidad y el pesimismo.

Esta persona manifestaba una estrategia de afrontamiento de tipo conductual como la falta de afrontamiento, definida por Folkman y Lazarus (1988) como la falta de capacidad por parte del sujeto para afrontar los problemas, debido a la falta de dominio sobre sí mismo, o al considerarlo irresoluble, desarrollando síntomas psicossomáticos y actitudes depresivas. Ante esto último, un estudio realizado en Colombia con personas víctimas del desplazamiento encontró que las personas que hacen uso de habilidades de afrontamiento como la falta de afrontamiento tienden a manifestar un aumento en la presencia de ansiedad – depresión (Hewitt et al., 2016).

Finalmente, en cuanto a las estrategias de afrontamiento de tipo afectivo, las víctimas desarrollaron la de apoyo social. Según lo definen Folkman y Lazarus (1988), estos sujetos acudieron a otras personas cercanas como amigos o familiares, organizaciones, grupos, líderes espirituales o profesionales, con el fin de solicitar ayuda material como dinero, compartir la experiencia con los demás, algo de información o apoyo emocional y espiritual. Así mismo, una investigación realizada con familias desplazadas en Bogotá, señalan que gran parte de estas familias cuentan con familiares o conocidos que los acoge y viven un tiempo con ellos, logrando construir relaciones eficaces y nuevas redes afectivas (Gonzales, 2004).

En contraste a esto, el estudio realizado con estudiantes víctimas del desplazamiento, adscritos al Programa de Psicología de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR, se encontró que estas personas no hicieron un uso del apoyo social; buscaron solucionar sus problemas de manera individual (Álvarez, Velilla & Amell, 2018).

Finalmente, cabe destacar que dentro de esta investigación se obtuvo una nueva estrategia de afrontamiento que ha sido utilizada por una de las víctimas la cual es la basada en la Fe, pues añade que creer en Dios es una de las formas para salir adelante y mejorar la situación. En referencia a esto, un estudio realizado con adultos expuestos al conflicto armado en Colombia, indicó que estos hacen uso de la religión, debido a que es un factor de protección (Hewitt, et al., 2016). Otra investigación buscó describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por hombres y mujeres desplazados encontrando que especialmente, las mujeres buscan apoyo en la religión pues creen que aporta aspectos positivos los cuales les fortalecen para afrontar la nueva situación (Aparicio, Di-collredo y Moreno, 2007). De igual forma, un estudio realizado con desplazados internos en la ciudad de Bogotá, denotó que estas personas dicen que el creer en Dios les da fuerza para afrontar la situación por la cual pasaron y así seguir luchando (Zuluaga, 2016).

Conclusiones

Por medio de esta investigación se buscaba conocer los estilos de afrontamientos, frente a la experiencia del desplazamiento forzado en víctimas del corregimiento El Salado, Bolívar. Luego de analizar las entrevistas semiestructuradas realizadas a dos víctimas, dos familiares y dos personas expertas en el tema se encontró que una de las estrategias cognitivas más utilizadas por ambas víctimas es la preocupación y esto se logró corroborar con las personas expertas. De igual forma, se constató que otra estrategia de tipo cognitivo es la reevaluación positiva, que implica hacer cambios en el significado del problema, resaltando aspectos positivos y expresando optimismo.

En las estrategias de tipo afectivo se encontró que ambas víctimas hacen uso del apoyo social buscando apoyo en familiares, amigos y profesionales que pudieran brindarles el soporte requerido. Por otra parte, en las estrategias de tipo conductual se obtuvo que una de las víctimas solo utilizó la falta de afrontamiento, por ende, está propenso a desarrollar síntomas psicossomáticos y depresivos como sucedió en este participante.

Cabe acotar que en esta investigación se encontró una nueva categoría la cual toma el nombre de estrategia basada en la Fe, ya que según ellos les permite tomar fuerzas para salir adelante después del desplazamiento.

Referencias

- Álvarez, C., Velilla G., & Amell, M., (2018). *Estrategias de afrontamiento usadas por estudiantes víctimas del conflicto armado, vinculados al programa de Psicología de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR* (Tesis de pregrado) Corporación Universitario del Caribe – CECAR. Sincelejo.
- Aparicio, D., Di-collaredo, C., Moreno, J, (diciembre 2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2) Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>.
- Ávila, C. (2014). ATLAS. Ti como posibilidad para el docente investigador de representaciones sociales. *ATLAS, TI QUALITIVE DATA ANALYSIS*. Recuperado de <https://atlasti.com/2014/11/17/atlas-ti-como-posibilidad-para-el-docente-investigador-de-representaciones-sociales/>.
- Ayala, L. M., Renteria, M. S., & Sánchez, L. (2015). Estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres víctimas de violencia que hacen parte del colectivo el plantón en el municipio de Apartadó - Antioquia. (Trabajo de grado). Recuperado de http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/321/1/AyalaLina_estrategiasafrontamientomujeresvictimasconflictoapartado.pdf.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: the Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(4), 534.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466.

- Galán, A. y Garcelán, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-570.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New York. Aldine de Gruyter.
- Gonzales, C. (2004). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de Estudios Sociales*. (18) 123-129. Bogotá. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-885X2004000200013&script=sci_abstract&tlng=es.
- Hewitt, N., Juárez, F., Parad, A., Guerrero, J., Romero, Y., Salgado, A., Vargas, M. (2016). Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia. *Revista colombiana de psicología*, 25 (1). Bogotá. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v25n1/v25n1a09.pdf>.
- Martin, J. (2014). Estrategias de afrontamiento. *Psicoterapia Online: todo es mente*. Recuperado de <http://todoesmente.com/defensa/estrategias-de-afrontamiento>.
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo* (8) 29-30. Bogotá. Recuperado de <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>.
- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación en ciencias sociales. *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: guía didáctica*. Universidad Surcolombiana. Neiva. Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (1988). *Coping responses inventory manual*.
- Patton M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. *Thousand Oaks: Sage*. Recuperado de <https://us.sagepub.com/en-us/sam/qualitative-research-evaluation-methods/book232962>.
- Páez, D. (1993). Trauma político y memoria colectiva: Freud, Halbwachs y la psicología política contemporánea. *Psicología política*, (6), 7-34.
- Rodríguez, M. (2006). Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para dspt en adultos y adolescentes en

situación de desplazamiento. *Universitas psychologica*, 2(5), 3-10.
Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1657-92672006000200005.

Sánchez, G. (2009). la masacre de El Salado: esa guerra no era nuestra. Recuperado de http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2009/informe_la_masacre_de_el_salado.pdf.

Vázquez, C. Crespo, M., & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. Medición clínica en psiquiatría y psicología, 425-435.

Zuluaga, L. C. (2016). Estrategias de afrontamiento en un grupo de desplazados internos en la ciudad de Bogotá. *Revista de Psicología Universidad*.



Edición digital
Ocho Estudios de Salud Mental
Sincelejo, Sucre, Colombia
Noviembre de 2019

Ocho Estudios de Salud Mental

Kelly **Romero-Acosta**

Editora

La ley 1616 de 2013 de Colombia define a la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción”, y que permite utilizar los recursos emocionales, cognitivos y mentales de los individuos y de los grupos humanos, para vivir su cotidianidad de la manera más adaptativa posible. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define la salud mental como ese estado de bienestar que permite al individuo ser consciente de sus capacidades y afrontar las tensiones normales, trabajar productivamente y ser capaz de contribuir a su comunidad. La salud mental es mucho más que la ausencia de trastornos mentales, es la capacidad de adaptarse al contexto, de manera que el individuo se sienta bien consigo mismo, a pesar de las circunstancias ambientales, sociales y/o socioeconómicas.

Este libro contiene ocho estudios sobre la salud mental en diferentes etapas del ciclo vital, los cuales son: 1) relación entre el desarrollo psicoafectivo y la salud mental infantil, 2) interacción de la madre y del bebé prematuro, 3) la cognición social en niños y adolescentes con diagnóstico de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), 4) prácticas parentales y su asociación con síntomas ansiosos y rendimiento académico, 5) comparación de las características psicosociales de adolescentes -víctimas y no víctimas del conflicto armado- con intento de suicidio, durante el año 2017, en el departamento de Sucre, 6) relación entre autoestima y ansiedad en universitarios venezolanos del estado Zulia. 7) estrategias de afrontamiento en víctimas desplazadas del corregimiento del Salado, Bolívar y las afectaciones psicológicas de las víctimas muchos años después de desplazadas, relacionadas con el hecho victimizante, y 8) relación entre síntomas psiquiátricos y la severidad del uso de drogas en estudiantes universitarios de la ciudad de Montería.