



Desafíos de la investigación en psicología

Zulma Yadira Cepeda Rodríguez
(Compiladora)

Desafíos de la investigación en psicología / Diana Mercedes Andrade Oviedo y otros ; compiladora Zulma Yadira Cepeda Rodríguez. -- Bogotá : Fondo Editorial Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia, 2016

140 páginas ; 24 cm. -- (Colección actas)
ISBN 978-958-760-065-0

1. Psicología 2. Psicología - Investigaciones 3. Psicología experimental I. Andrade Oviedo, Diana Mercedes, autora



Desafíos de la investigación en psicología

© Universidad Cooperativa de Colombia, noviembre de 2016

© Diana Mercedes Andrade Oviedo, Rochy Mercedes Vargas Gutiérrez, Pablo Sanabria, Nelly Patricia Bautista Cárdenas, Jasmin Bonilla Santos, Gisela Bonilla, Alfredez González Hernández, Lina Victoria Borda Camargo, Diana Irasema Cervantes Arreola, Jairo Enrique Gallo Acosta, Anika Quiñones, Hernando A. García Jiménez, Nayib Carrasco Tapias, Gerson Yesith Jaimes Parada, Helybet Ríos Sarmiento, Alba Judith Rojas Fierro, Aitza Casanova Poloche, Carolina Henao Diaz.

ISBN (digital): 978-958-760-065-0

DOI: <http://dx.doi.org/10.16925/9789587600650>

ISSN Colección Actas
2539-1925

Organizan:

Grupo de investigación Psicosembrar, programa de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Neiva

Compiladora:

Zulma Yadira Cepeda Rodríguez

Comité Científico

Zulma Yadira Cepeda Rodríguez, P. S.
Magíster en Psicología
Especialista en Evaluación Clínica y Tratamiento de Trastornos Emocionales y Afectivos
Especialista en Psicología Jurídica

Carlos Alfonso Fierro Aldana, P. S.
Especialista Gerencia de la Salud Ocupacional.

Manuel Guillermo Sánchez Cuellar, P. S.
Magíster en Neuropsicología Clínica
Especialista en Evaluación y Diagnóstico Neuropsicológico

Comité Organizador y Logístico

Esp. Irma Helena Baldovino Pérez
Ph. D. Jasmin Bonilla Santos
Esp. Luz Marina Carvajal Artunduaga
Mg. Zulma Yadira Cepeda Rodríguez
Esp. Carlos Alfonso Fierro Aldana
Esp. Edna Yoli Pastrana Morales
Mg. Manuel Guillermo Sánchez Cuellar
Esp. Eduardo Tula Garzón
Mg. Víctor Javier Vera Cárdenas
Mg. Examary Villarreal Ruiz

Fondo Editorial

Director Nacional Editorial, Manfred Acero Gómez
Producción editorial de libros, Camilo Andrés Cuéllar Mejía
Producción editorial de revistas, Daniel Urquijo Molina

Proceso editorial

Coordinación, Camilo Cuéllar Mejía
Corrección de estilo, Hernando Sierra
Diagramación, Mauricio Salamanca

Impreso en Bogotá, Colombia. Depósito legal según el Decreto 460 de 1995.

El Fondo Editorial de la Universidad Cooperativa de Colombia se adhiere a la filosofía del acceso abierto y permite libremente la consulta, descarga, reproducción o enlace para uso de sus contenidos, bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Contenido

Prólogo.....	5
Zulma Yadira Cepeda Rodríguez	
Construcción narrativa de identidad del adolescente con diagnóstico de cáncer en la interacción de la familia, contexto de salud y el sistema social.....	7
Alba Judith Rojas Fierro, Aitza Casanova Poloche, Carolina Henao Díaz	
Los derechos de los niños con discapacidad mental: un estudio sobre su vulneración	17
Diana Irasema Cervantes Arreola	
Adherencia al tratamiento en pacientes con trauma craneoencefálico: un análisis de caso desde la terapia de aceptación y compromiso.....	27
Diana Mercedes Andrade Oviedo, Rochy Vargas, Pablo Sanabria	
Caracterización del comportamiento suicida en adolescentes entre 14 y 18 años de edad en Arauca.....	31
Gerson Yesith Jaimes Parada	
Nivel de implementación de los procesos de la gestión humana en las empresas de Arauca.....	35
Helybet Ríos Sarmiento	
Diseño y validación de un instrumento para prevenir el acoso escolar.....	39
Nayib Carrasco Tapias, Hernando Alberto García Jiménez	
Investigar la salud mental y el neoliberalismo desde el psicoanálisis.....	45
Jairo Gallo Acosta, Anika Quiñones	
Modelo integrador vulnerabilidad temprana e incidencia en el acoso escolar	55
Jasmín Bonilla Santos, Alfredis González Hernández, Gisella Bonilla	
Respuesta de autocontrol en niños ligada a la presentación de la demora antes o después de la tarea	61
Lina V. Borda Camargo	
Representaciones sociales de la evaluación en educación superior.....	71
Nelly Patricia Bautista Cárdenas	

El programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Neiva, y el Grupo de Investigación Psicosaferos propusieron en noviembre del 2014 el reto de llevar a cabo la segunda versión del Encuentro Latinoamericano de Investigación en Psicología. Este evento ratifica su compromiso social en la divulgación y extensión del quehacer científico, y se propone responder a las necesidades de las organizaciones y comunidades locales por medio de la rigurosidad científica y la construcción de nuevas posibilidades de investigación.

Durante tres días se permitió que los asistentes disfrutaran de variados escenarios de aprendizaje, discusión y reflexión investigativa, enmarcados en las tres líneas de investigación del grupo Psicosaferos: a) análisis experimental de la conducta y procesos psicológicos básicos; b) salud mental y derechos humanos, y c) bienestar psicosocial. Fue así que se garantizaron espacios tanto para las conferencias centrales de reconocidos académicos del orden nacional e internacional como para los talleres enfocados al desarrollo de competencias específicas en el campo de la intervención, la evaluación y la aplicación de técnicas psicológicas. Hubo también escenarios para los simposios en los cuales se reunieron diferentes ponentes interesados en temas comunes que al momento de presentar los resultados de sus estudios favorecieron el diálogo y la disertación académica. Se contó con espacios para las clases magistrales y para la exposición de pósteres, un lugar a nuestro juicio de gran valor, en la medida que permitió que los estudiantes se arriesgaran a dar a conocer sus ejercicios investigativos y pudieran recibir la retroalimentación de los invitados internacionales.

Dentro de los invitados internacionales participó la doctora Paula Abate (Argentina), quien se refirió a los patrones de aprendizaje mediados por reforzadores positivos durante la ontogenia temprana y las implicancias del sistema opioide en la modulación. Desde México acudió la doctora Luz Anyela Morales Quintero, quien habló del papel de las emociones en el desarrollo de la conducta empática y de la psicopatía. Finalmente, el cuarto invitado internacional fue el doctor Jesús Felipe Uribe Prado (México), que hizo referencia a sus estudios sobre un modelo de salud ocupacional basado en el *burnout*, el clima laboral y los síntomas psicósomáticos. Finalmente, a nivel nacional se contó con la conferencia central del doctor Andrés Pérez Acosta quien presentó unas interesantes reflexiones acerca del desarrollo del Observatorio del Comportamiento de Automedicación.

En este libro de memorias se compilan los trabajos de los ponentes inscritos en el evento, quienes con sus aportes nutrieron y engalanaron el II Encuentro Latinoamericano de Investigación en Psicología. El lector encontrará un abanico de estudios pertinentes y absolutamente enriquecedores en campos aplicados de la psicología como el de la salud, el organizacional, el clínico, el social, el educativo y el neuropsicológico. Podrá ver diferentes métodos y diseños investigativos, y, finalmente, encontrará en las conclusiones y recomendaciones de estos estudios los retos y desafíos de la investigación en psicología a los que se sigue respondiendo de manera fiel y comprometida.

Los invitados nacionales e internacionales y los estudiantes han brindado un reconocimiento especial a todos los ponentes. Estos espacios de diálogo investigativo constituyen el sustento de las intervenciones acertadas.

No retardaremos más la lectura de este libro de memorias y solo nos resta confiar en que este trabajo generará un aporte significativo que nos permita reconocernos en el continuo reto

latinoamericano de generar a través de la academia y de la investigación, compromiso de justicia e inclusión social, de desarrollo y solidaridad frente a nuestras comunidades desde los diferentes campos de la ciencia psicológica.

Zulma Yadira Cepeda Rodríguez, P. S.
Editora

Construcción narrativa de identidad del adolescente con diagnóstico de cáncer en la interacción de la familia, contexto de salud y el sistema social

Alba Judith Rojas Fierro, Aitza Casanova Poloche, Carolina Henao Díaz

Resumen

Este texto da cuenta de la investigación-intervención “Construcción narrativa de la identidad del adolescente con diagnóstico de cáncer en la interacción de la familia, el contexto de salud y el sistema social”, que se desarrolló en la Unidad Oncológica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el marco de la narrativa-conversacional desde el enfoque sistémico constructivista-construccionista complejo. Participaron cinco adolescentes, sus familias y el equipo médico tratante en escenarios conversacionales permitiendo la evocación, comprensión y movilización de narrativas dominantes sobre la experiencia de cáncer. Se reconoció en la construcción narrativa de la experiencia de enfermedad que el diagnóstico y su implicación para el adolescente y su familia era un acontecimiento incapacitante, doloroso y traumático. Por lo tanto, en la coconstrucción conversacional de relatos familiares y personales, se facilitó la generación de narrativas de afrontamiento resiliente que permitieron la emergencia de nuevas formas de vivir la experiencia, la ampliación de la configuración identitaria desde la diversidad misma del *self* para salir de una definición del sí mismo anclada en la enfermedad.

Palabras clave: narrativa; cáncer; construcción narrativa de la experiencia familiar; resiliencia.

Introducción

En este trabajo investigativo-interventivo de la psicología clínica, se intentó comprender la construcción narrativa que hacen los adolescentes con diagnóstico de cáncer en el contexto familiar, social y de salud, dado el impacto emocional que genera la condición de enfermedad mitificada con el concepto de *muerte*. El cáncer está fuertemente relacionado con la muerte, como lo afirman González, Fonseca y Jiménez (2006): “No es necesario citar datos estadísticos para saber que el cáncer ha cobrado suficientes vidas como para que culturalmente se le narre como cercano a la muerte o incluso como su sinónimo”. Es así como en los discursos socioculturales acerca de la enfermedad como posibilidad de muerte, se asocia a la experiencia que viven los adolescentes con este diagnóstico.

Holland y Sheldon Lewis (2003), en su libro *La cara humana del cáncer*, y Rodríguez *et al.* (2009) hacen énfasis en el impacto psicológico que esta enfermedad tiene tanto en el paciente como en la familia, dadas las características limitantes e invalidantes de esta y la amenaza explícita o implícita de muerte.

Emerge entonces en el contexto investigativo-interventivo un interés en comprender el impacto que tiene para los adolescentes el diagnóstico y la experiencia de enfermedad en su momento y proyecto vital, y en cómo el sistema de relaciones significativas puede favorecer la continuidad de los procesos vitales ante un diagnóstico que suele ser desesperanzador. Asimismo, otro interés es comprender cómo se define en el contexto biomédico al adolescente con diagnóstico de cáncer, ya que en los protocolos médicos es atendido como niño o como adulto, y se ha desconocido su ciclo vital. Por esta razón, se suscita el interrogante sobre la especificidad de este fenómeno en adolescentes, aunque puede tener mucha similitud su abordaje tradicional con los casos de los niños y niñas en cuanto se definen como una franja que tendría condiciones similares en el curso de la enfermedad.

El momento vital de la adolescencia representa interrogantes específicos en la particularidad de la comprensión de la experiencia y de la intervención, pues se reconoce que en la construcción identitaria del joven con diagnóstico de cáncer, este debe comprenderse como un ser humano que vive una experiencia de enfermedad que está inmerso en un sistema de relaciones que constituyen una red de apoyo facilitadora o limitadora en su proceso de desarrollo, como es la familia, el sistema de salud y la sociedad; estos

a su vez le ayudan a construir sentido de pertenencia, posicionándose como sujeto activo con capacidad de asumir papeles que favorezcan su desarrollo para poder ser protagonista de su propia historia.

De acuerdo con los anteriores planteamientos se plantea el siguiente interrogante: ¿cómo se construye narrativamente el proceso identitario, los significados y sentidos de vida del adolescente con cáncer en su sistema de relaciones significativas?, ¿cómo en escenarios narrativo-conversacionales de intervención, se reconfigura de manera resiliente la experiencia de la enfermedad?

El interrogante planteado posibilitó la construcción del proceso de investigación-intervención desde la Psicología y bajo el paradigma sistémico constructivista-construccionista complejo en el contexto de la Unidad Oncológica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, lo que desarrolló intervenciones terapéuticas que dieran respuesta al planteamiento expuesto. De esta manera, a partir de los encuentros conversacionales realizados con el equipo médico se logró vincular los adolescentes y sus familias a la investigación-intervención, dando paso al diseño metodológico que posibilitó la comprensión que privilegia la experiencia vivida y organizada en el relato mediante un proceso conversacional, en la cual la narrativa de los adolescentes y las familias frente al diagnóstico de cáncer organizó el sentido de la experiencia dentro del escenario de las relaciones unido al conversar y narrar historias.

Los conceptos metodológicos se construyeron en relación con los ejes temáticos, que surgieron de los objetivos, preguntas e hipótesis de investigación-intervención, conceptos que se fueron configurando también como tales en la medida en que se avanzaba en la comprensión del fenómeno de estudio desde el estado del arte y desde los postulados epistemológicos, teóricos y paradigmáticos. Aun cuando se construyeron los conceptos metodológicos pertinentes para el estudio del fenómeno, las investigadoras se mostraron curiosas y dispuestas a abrirse a nuevas comprensiones, temas o conceptos en las conversaciones y experiencias que emergían y que se podían cambiar, complementar y ampliar.

Experiencia del cáncer en la adolescencia

El concepto de *cáncer* se atribuye comúnmente a todos los tumores malignos. Este término se deriva

del latín “cangrejo” (cáncer) debido a que el tumor se adhiere a todo lo que agarra, con la misma obstinación que el cangrejo (Cotran, Robbins, Kumar y Collins, 2000). En los contextos biomédicos donde se diagnostica, esta enfermedad se considera como una entidad cuyo pronóstico es muchas veces incierto y que requiere, cuando es viable, tratarla generalmente con manejos médicos agresivos.

El cáncer es en general entendido culturalmente como una experiencia difícil, de crisis, de fractura en la trama narrativa de la vida de los sujetos; sin embargo, la experiencia de tener cáncer tiene significados y sentidos singulares para cada individuo así diagnosticado, para la familia y el contexto social donde el sujeto se desenvuelve.

En la adolescencia a esta experiencia se le dota de significados particulares, conectados estos con todos los eventos vinculados con estar enfermo de cáncer, acontecimientos que se articulan a las experiencias que configuran la adolescencia. Esta experiencia genera cambios en los modos de relacionarse con los demás y en los procesos de autonomía y coevolución, los cuales se alteran por el curso de la enfermedad y el desarrollo del tratamiento. Asimismo, se configuran relatos que no solo organizan el cáncer como experiencia, sino que además integran la noción de adolescencia en la construcción de sentido en las relaciones y eventos asociados con dicha experiencia vital.

Construcción narrativa de identidad en el adolescente

La construcción narrativa de la identidad se concibe entonces como un proceso en el que el ser humano se coconfigura en las relaciones que establece con su entorno en el decurso de su historia de vida y a partir de estas. Esa configuración tanto personal como colectiva se fundamenta en aspectos básicos de la creatividad, y se construye en el diálogo y las interacciones, a la vez que emerge contextualmente en procesos narrativos coconstruidos desde la experiencia narrada que configura la realidad.

Así mismo, en la construcción de la identidad, se reconoce cómo la corporeidad se apropia del sí mismo en el lenguaje del cuerpo desde el significado y el sentido de la vida emergente, y se narra en la intersubjetividad del adolescente en su momento vital.

Para esta investigación el adolescente se comprende como un protagonista de su historia, la cual es construida a partir de las relaciones significativas de

su experiencia vital. En esta experiencia se hace parte del mundo, de su ecología social, política y cultural, y se interactúa como un sujeto social que construye una sociedad en la intersubjetividad, con sus recursos y posibilidades auto-, hetero- y ecoorganizadoras.

Entonces, el adolescente es fuente de gestión, con capacidad y recursos para ser sujeto de transformación en un proceso, abierto, recursivo y reflexivo del yo, que se narra a sí mismo y por los otros significativos de tales contextos de relación. En este orden de ideas, la identidad en el joven se coconstruye y actualiza en la interacción con el sistema de relaciones significativas que conduce a una transformación del sí mismo en la deconstrucción y reconstrucción identitaria como un ejercicio constante.

Resiliencia como emergencia en la relación contextual de ayuda

La resiliencia se entiende como una experiencia que surge en las relaciones significativas que posibilitan a los sujetos redescubrir maneras creativas de adaptarse y coevolucionar, lo que hace viables a formas de vida que provocan un mayor bienestar.

Narrativamente es posible reconfigurar la identidad del joven, en la medida que se reafirman recursos propios y del sistema de ayuda que ayudan a conseguir el crecimiento a partir de la crisis que trae consigo la experiencia de la enfermedad, vista esta como una oportunidad para resignificar la vida del joven y para encontrar nuevos sentidos en los sistemas con los cuales interactúa en ese momento.

En la intervención comprendemos a la resiliencia como una experiencia que emerge en el contexto de ayuda, y que promueve narrativas posibilitadoras desde los recursos y potencialidades de la ecología de los sistemas significativos y de intervención en el contexto de salud; esto genera en el adolescente con diagnóstico de cáncer, la familia y el equipo médico sentidos generativos y satisfactorios de vida.

Para focalizar este concepto metodológico, se establecieron las siguientes dimensiones: resiliencia, el adolescente resiliente (teniendo en cuenta narrativas familiares, de la relación médico-paciente y culturales —creencias y su incidencia en el tratamiento—).

Método

Desde la mirada sistémica esta investigación se fundamentó en el enfoque cualitativo el cual se basa en

las ideas surgidas de la epistemología pospositivista. Así, de acuerdo con Martínez (2004), quien afirma que la metodología cualitativa:

Trata del estudio de un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es [...] trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones [...] es un todo [...] no se opone a lo cuantitativo, sino que lo implica e integra [...] (p. 77).

La investigación cualitativa resulta pertinente para el desarrollo de una investigación-intervención, dado que permite develar, desde la subjetividad de los actores sociales participantes, todas las categorías involucradas en el complejo sistema salud-enfermedad de un adolescente. En cuanto a estrategia utilizada, el trabajo se orientó con bases narrativas, dadas en un contexto de ayuda mediante la interacción dinámica entre sujetos cognoscentes y activos frente al continuo salud-enfermedad, teniendo en cuenta las experiencias de los actores convocados.

Lo anterior permite dar cuenta de cómo la intervención terapéutica realizada se ve de otro modo desde el enfoque sistémico, en el cual se define como la génesis intencional de significados y narrativas que pueden transformar la construcción de la experiencia de los consultantes mediante un diálogo colaborativo, comprendiendo los sentires, saberes, perspectivas, valores, construcciones que han de dar cuenta de la emergencia resiliente del sujeto participante. En cuanto a los momentos por los cuales transitó esta investigación se tiene lo siguiente: en primera instancia, se contactó el comité de ética del sistema de salud, en el cual fue aprobado el proyecto después de reconsiderar algunas sugerencias en la propuesta sustentada en un primer encuentro. Posteriormente fueron presentadas las investigadoras interventoras en la Unidad Oncológica del Hospital, en donde también se presentó la propuesta investigativa al equipo médico. Una vez realizado este proceso se contactó a los adolescentes y sus familias de acuerdo con la sugerencia de la institución. Luego se realizó el diseño de los escenarios y la intervención, teniendo en cuenta los objetivos investigativos e interventivos.

Se configuraron espacios de intervención que comprendieron diferentes fases, momentos y escenarios. Para ello se necesitó discutir, reflexionar y organizar las intenciones, objetivos, hipótesis, supuestos y caminos de acción en un orden lógico y secuencial a

través de los referentes bibliográficos de otras investigaciones y de las asesorías del equipo docente.

Seguidamente se inició una intervención en la cual por cada escenario propuesto se requirió hacer algunos nuevos diseños para ajustar este a la necesidad y las posibilidades del contexto, de los actores y de las circunstancias, lo que generó narrativas que configuraban la inquietud investigativa e iban dando un nuevo sentido y respuesta a su construcción permanente. De este modo se logró reconocer la emergencia de factores identitarios de los adolescentes como consecuencia del establecimiento de nuevos diseños, y así se dio cuenta de los procesos resilientes de los adolescentes con diagnóstico de cáncer en el contexto terapéutico que involucró el sistema familiar y biomédico, lo que permitió la reconstrucción de la experiencia y el surgimiento de recursos de afrontamiento.

Para conseguir este logro se necesitó de algunas perspectivas y principios paradigmáticos orientadores con los cuales el Proyecto Institucional de Narrativas orienta sus lógicas en la construcción del conocimiento, la creación y operación de los escenarios de investigación-intervención. Desde esta perspectiva paradigmática/epistemológica la investigación-intervención se fundamentó en las siguientes nociones: terapia sistémica, complejidad, cibernética de segundo orden y construcciónismo constructivismo.

Terapia sistémica: la terapia sistémica surge como una forma de trabajo más allá del individuo. Estupiñán (2003) afirma que este enfoque es “[...] una estrategia sistémica construcciónista propia para generar procesos humanos comprensibles y que, como tales, generan alternativas viables en la transformación de la vida de las familias y de las comunidades organizadas” (p. 65). Así mismo, plantea que

El dominio narrativo es igualmente importante, el cual, se ocupa de “los relatos e historias de vida de las familias, de los equipos y de las organizaciones humanas participantes en los procesos de cambio. Estos nos permiten identificar y comprender los sentidos de las interacciones y comprender las vicisitudes e incertidumbres humanas (p.52).

A partir del planteamiento anterior acerca de los procesos de intervención que se realizaron con los adolescentes y su familias, se buscó comprender la construcción narrativa de la identidad resiliente del adolescente con diagnóstico de cáncer y sus dinámicas relacionales, que resignificaron la experiencia de enfermedad y que dieron paso a nuevas posibilidades

y comprensiones. Esto generó narrativas alternas frente a la nueva perspectiva que adopta la enfermedad y que de alguna manera posibilita la intervención generando un cambio.

Complejidad: Edgar Morin (1977) entiende que “[l]a complejidad es una palabra problema y no una palabra solución” (p. 3). Es entonces un reto a afrontar. Surge para él la necesidad de una nueva forma de pensar, el paradigma de complejidad, que deberá regir no solo nuestro conocimiento sino, también nuestras acciones.

Por otro lado, de acuerdo con los planteamientos de Morin, los cuales se basan en la teoría de la cibernética, los procesos de autoorganización biológica, la información y los sistemas, se construye la definición del paradigma de la complejidad, que hace referencia a la noción de sujeto, en la cual se ve la idea de rescatar al sujeto excluido en la ciencia clásica desde una mirada multidimensional, no como una unidad simple, sino como unidad compleja; es así que en el proceso terapéutico con el adolescente y las familias no solo se tendrán en cuenta las implicaciones de la enfermedad en el paciente, sino que se involucra a todo el sistema familiar y sus relaciones, desde una mirada compleja.

La cibernética de segundo orden: se ocupa del observador como parte de lo observado, para esto nos remitiremos a Von Foerster (1991), quien la denominó como el “manifiesto constructivista”. De este modo, surge la teoría del observador, que tiene que ser una teoría social y lingüística, cuya noción central es la de *información y organización*.

El objeto de estudio es el “observador observando su propia observación”. Se fundamenta en que no somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino inventores o constructores de la propia realidad; todos somos responsables de nuestras propias invenciones.

Constructivismo/construccionismo: este trabajo de investigación-intervención se basó en una epistemología sistémico constructivista-construccionista. Por un lado el construccionismo social afirma que es el contexto interaccional y comunal el que produce significación; la mente es relacional, y el desarrollo de sentido es discursivo. Shotter, como se cita en Anderson (1999), habla de las “realidades conversacionales”:

El construccionismo social va más allá de la contextualización social de la conducta y la simple relatividad. El contexto es conceptualizado como un dominio

multirrelacional y lingüístico, donde las conductas, los sentimientos, las emociones y las comprensiones son comunales. Ocurren dentro de una pluralidad compleja y en constante cambio de redes de relaciones y procesos sociales, y dentro de dominios, prácticas y discursos locales y más amplios (p. 27).

El constructivismo, por su parte, está dado como una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden.

Principios operadores

Los principios operadores que orientaron esta investigación-intervención son los siguientes:

La reflexividad: según Anderson (1997), consiste en un “[p]roceso de entender, y que nos lleva a sumergirnos en el horizonte del otro” (p. 39). Se construyeron escenarios que permitieran en la conversación con los otros la activación de procesos de reflexión conjunta, en los cuales se permitieron comprensiones complejas, contextuales y singulares de los fenómenos, de tal forma que ampliaron las lecturas y posibilidades de sentir y pensar la experiencia.

La autorreferencia: desde la postura construccionista-constructivista entendimos el proceso constructivo que se hace de la realidad, lo que obliga a preguntarnos por el observador. En el proceso autorreferencial los sistemas se diferencian internamente y construyen identidad. Emergen cuando nosotros nos narramos conversacionalmente, reconociéndonos como observadores y actores que dan cuenta de sí mismos. Esto nos llevó a la reflexibilidad, en la cual se hace un proceso recursivo de observar las propias observaciones. En este trabajo autorreferencial las investigadoras-interventoras se miraron a sí mismas en relación con los otros, lo que implicó tomar una postura epistemológica referida al proceso recursivo en el cual se es observador y actor, y que puede dar cuenta de la reflexividad en contexto terapéutico.

La transdisciplinariedad: Morin (1996) alerta que es preciso instaurar un nuevo paradigma que favorezca la transdisciplinariedad del conocimiento humano. Esta es la que nos ayudará a romper con los patrones actuales de causalidad lineal y de objetividad simplificadora tanto del conocimiento como de la realidad. Se comprende que la transdisciplinariedad presupone una actitud de apertura ante el conocimiento, una manera diferente de pensar y comprender la complejidad de nuestra realidad. Esto exige una nueva

mirada sobre el conocimiento y que este se posicione libremente, una apertura a nuevas disciplinas a nuevas teorías a nuevas verdades.

Conceptos metodológicos del macroproyecto institucional

Los conceptos metodológicos propios del proyecto actual se relacionan con los conceptos del macroproyecto Historias y Narrativas de los Sistemas Humanos en Diversidad de Contextos de la Universidad Santo Tomás (Estupiñan, González y Serna, 2006).

Historia: esta se entiende como las narraciones compartidas en sus significaciones y sentidos por los actores o la voz narrativa del relato con sus contextos de referencia acerca de los acontecimientos y experiencias vividos-narrados. Estos últimos se conectan con las narrativas privilegiadas de los diferentes actores en relación, en esta investigación, con la construcción de identidad del adolescente y la experiencia del cáncer, narrativas que pueden limitar y restringir la vida de los jóvenes y sus familias.

Memoria: son las versiones subdominantes, periféricas, que seleccionan y ofrecen interpretaciones del significado y sentido, que permiten la construcción de experiencias y acontecimientos narrados conectados con la experiencia vivida, subdominado en relación con la historia privilegiada vinculada a la problemática asociada al diagnóstico de cáncer en el adolescente. Las memorias entonces son entendidas como lo que emerge cuando se conecta la experiencia narrada con acontecimientos de la experiencia vivida no dichos hasta ahora dentro de una historia dominante.

Relatos alternos: se entienden como aquellas narrativas novedosas de la experiencia que estructuran una nueva y esperanzadora “historia de cambio o de salida”. Cuando los actores relatan su historia permiten una nueva configuración de esta experiencia y un nuevo sentido de los acontecimientos que habían sido narrados desde una dominancia organizada alrededor del diagnóstico de cáncer en el adolescente.

Contextos y participantes de la investigación-intervención

Los contextos participantes en esta investigación-intervención fueron tres, las cuales dan cuenta de los actores y versiones abordados en este estudio: Unidad oncológica Hospital Universitario Hernando

Moncaleno Perdomo, equipo de investigación-intervención y adolescentes con edades entre 10 y 18 años con cáncer y que percibían el contexto de psicoterapia como una ayuda en sus procesos de afrontamiento familiar frente a la enfermedad; estas eran familias interesadas en realizar ajustes en su organización, después del diagnóstico de la enfermedad en un miembro adolescente.

Los adolescentes que el equipo médico sugirió para realizar el proceso de intervención y los jóvenes en estado de remisión (disminución o desaparición de los signos y síntomas del cáncer) de la enfermedad tenían diagnósticos de leucemia linfoblástica aguda de precursores B, leucemia linfoblástica aguda de precursores B refractiva, rhabdomyosarcoma testicular, sarcoma epiteloide de tejidos blandos en la mano derecha, leucemia linfoblástica aguda y leucemia linfoblástica aguda en remisión. El adolescente es un voluntario.

La participación de los adolescentes en el trabajo de investigación-intervención correspondió a un 30% de la población con esta prescripción que es atendida en el Hospital Hernando Moncaleno Perdomo. Además de la intervención con estos adolescentes y sus familias, se exploraron las narrativas institucionales frente al diagnóstico de la enfermedad de cáncer, contando con la participación de diferentes profesionales: dos psicólogas y un médico oncólogo, tres enfermeras jefes y tres enfermeras.

Metodología de los escenarios conversacionales de intervención

Los instrumentos utilizados en los escenarios conversacionales reflexivos fueron guiones de investigación-intervención con preguntas interventivas semiestructuradas, observaciones y anotaciones escritas, grabaciones de audio y video, y equipos reflexivos. Los instrumentos permitieron retomar datos e información de los adolescentes para el diseño de los escenarios interventivos; ayudar a concretar y mantener los cambios producidos en las intervenciones, y analizar e interpretar los relatos generados en los escenarios conversacionales.

Resultados y Discusión

Este análisis hace referencia a los relatos (historia-memoria y relatos alternos o novedosos) de los

actores sociales en su experiencia de cáncer en la adolescencia; esta fue una construcción narrativa de identidad en el adolescente y la resiliencia surge en la relación contextual de ayuda del contexto de intervención en los adolescentes y las familias, configuradas por el proceso conversacional reflexivo de los escenarios de investigación-intervención. Las narrativas familiares en los procesos interventivos posibilitaron una organización de todos los actores como sujetos activos con dilemas humanos que querían comprender y resolver. En tanto que los adolescentes manifestaron que se ven amenazados ante la pérdida de su autonomía, en la cual se mantiene una pauta distante ya que el temor de los padres provocaba que el recurso de protección fuese “excesivo”. Igualmente algunos jóvenes también buscaron mejorar su imagen personal y ser reconocidos en su autonomía y toma de decisiones frente a su apariencia y estilo de vida. Lo anterior es valorado por la familia cuando vieron respuestas en los adolescentes que favorecieron el tratamiento; es decir lo aceptaron y tomaron una actitud de lucha y de querer vivir.

Por otro lado y teniendo en cuenta la posición de los adolescentes en la relación con ellos en el contexto médico, existían relatos dominantes que los definían como conflictivos, que rehusaban o no asumían el tratamiento como esperaba el equipo médico, comprendiéndolo en esta relación contextual como un paciente difícil al no tener la docilidad de un niño pequeño, ni la resignación del adulto.

También el adolescente es ubicado en el contexto institucional de tratamiento en alguno de los polos como niño o como adulto, siendo definido en el contexto como un niño grande que se muestra insatisfecho, inconforme y no se adapta fácilmente a su situación actual.

En relación con lo anterior surgen, en el proceso narrativo conversacional de la investigación-intervención, relatos alternos que van permitiendo posicionar al adolescente como sujeto y actor de su propio tratamiento: es él quien pregunta y averigua acerca de su enfermedad, refleja una actitud dispuesta para el tratamiento, expresa sus emociones y propone alternativas en su proceso; el joven es visto, entonces, como un sujeto reflexivo, activo en su proceso vital y en el tratamiento. Esto nos permite ver cómo al potenciarse la relación equipo médico-paciente se favorecen las posibilidades más esperanzadoras de vida y una resignificación de la experiencia de enfermedad.

En relación con lo anterior y vinculado con el surgimiento de una propuesta que ayudara a la

creación de una nueva dinámica relacional planteamos una nueva hipótesis:

Una narrativa conversacional entre el contexto médico puesta en la relación; equipo médico, paciente y familia, a cerca de la experiencia y la vivencia emocional, permiten la emergencia de relatos novedosos que favorecen un contexto de intervención generativo de recursos de afrontamiento frente a la experiencia de enfermedad.

En cuanto al surgimiento de las narrativas socio-culturales sobre la enfermedad y el tratamiento, como señalábamos anteriormente en el contexto de ayuda, las narrativas dominantes iniciales acerca de la adolescencia están centradas en entenderla como una etapa difícil en la cual el adolescente es un “niño grande”, lo que es coherente con el relato cultural dominante acerca de la adolescencia como una transición difícil entre el niño y el adulto cuando las expectativas sociales, culturales y familiares sobre su función parecen ambiguas y generan dilemas. Asimismo, la creencia de la adolescencia como etapa crítica de conflicto y como un periodo de riesgo favorecen el relato dominante sobre su incapacidad para asumir la vida, lo que, sumado a una condición de enfermedad, cuya connotación cultural es asociada a muerte, dolor, a incapacidad es aún más difícil para afrontar. Es así como el cáncer facilita su posicionamiento en tipos de relación dependientes, rígidas y coercitivas que obstaculizan los procesos de autonomía e individuación y que pueden dificultar el bienestar y desarrollo vital del adolescente y su familia.

Por otro lado, el proceso de intervención médica se convierte en un reto para el adolescente y la familia, debido a los efectos adversos que en el aspecto físico, emocional y social le generan, lo cual se asocia con algunas creencias acerca del tratamiento debidas a los mitos y costumbres que culturalmente se tienen. Esto hace que en muchas oportunidades, como ocurrió con algunos adolescentes de nuestra investigación, se abandone el tratamiento y se busque ayuda en la medicina alternativa o natural, que en la mayoría de los casos no aporta a la recuperación del paciente, puesto que el cáncer es comprendido en el imaginario cultural como sinónimo de muerte y se busca por todos los medios rescatar la vida que aparentemente se escapa.

Esta es una experiencia que surge en el entramado de contextos de interacción y de relaciones significativas que promueven narrativas posibilitadoras

desde los recursos y potencialidades. Estas últimas permiten al sujeto narrativamente reconfigurar la identidad de manera creativa para adaptarse y coevolucionar posibilitando sentidos generativos y satisfactorios de vida en los sistemas con los cuales interactúan en ese momento. En el caso del adolescente con diagnóstico con cáncer la novedad fue comprender la incorporación narrativa de la posibilidad de muerte en relatos de sentidos de vida que actualizan y posibilitan una historia del sí mismo capaz de dar continuidad a la trama narrativa de su historia de su vida.

La coconstrucción de un nuevo sentido de vida para el adolescente, su familia y el equipo médico resignifica la experiencia de cáncer como una oportunidad para reescribir la vida, de continuidad de la trama narrativa, desde los recursos de afrontamiento resiliente y el contexto de ayuda como facilitadores de los procesos vitales del adolescente; esto facilita la emergencia de narrativas posibilitadoras en un orden religioso, social, familiar, que les permite continuar la vida con esperanza. También permite el reconocimiento del momento vital de la adolescencia y de los propios recursos en relación con los demás dominios que implica la experiencia: corporal, social, religioso, familiar y proyectos vitales. Ayuda al posicionamiento del adolescente como actor y sujeto social. Todo esto constituye la posibilidad del sistema de ayuda de conectarse con el mundo del joven en su particularidad, en su corporeidad, en la aceptación de los cambios corporales, lo que confiere gran valor a los recursos personales.

Las creencias religiosas y culturales son apoyo y esperanza de curación. La relación familiar es una fuente de ayuda en la experiencia de enfermedad; también lo es el apoyo y el ánimo que les brinda el equipo médico. Las creencias son un recurso de lucha y una posibilidad de continuar con los proyectos vitales a pesar de la enfermedad y de construir sueños a pesar de la posibilidad de muerte. La familia y equipo médico son facilitadores de los procesos de autonomía e individuación.

En conclusión, el presente estudio permite visualizar en el proceso narrativo conversacional la posibilidad de ampliar las dimensiones del yo, desde su carácter diverso, configurando tramas de afrontamiento del adolescente al narrarse en su individualidad y ser reconocido como actor y protagonista, por su familia, el equipo médico y el contexto social; esto fortalece la red de apoyo facilitando la continuidad a los proyectos vitales. La presente investigación-intervención brinda aportes importantes en el ejercicio de

la psicología clínica en contextos médicos, siendo el psicólogo un facilitador en los contextos interventivos de posibilidades de una mejor calidad de vida, frente a un diagnóstico difícil pero superable. El psicólogo posibilita en los procesos narrativos conversacionales el surgimiento de los recursos para un afrontamiento resiliente del paciente y su familia.

Conclusiones

Implicaciones para el fenómeno de estudio

Los adolescentes con diagnóstico de cáncer construyen narrativas dominantes a partir de la experiencia de enfermedad apoyada en historias familiares y culturales en la cual emergen diferentes significados que fracturan el guion de vida construido limitando los procesos vitales.

Así mismo al empezar a darle sentido a nuevos elementos que no habían sido incorporados en sus relatos, los adolescentes asumen la misma experiencia como una oportunidad de vida ante la adversidad. Esta resignificación pudo surgir durante el acompañamiento solidario y respetuoso de la autonomía del adolescente en la intervención terapéutica, viviéndola de manera propositiva.

En el proceso narrativo conversacional es posible ampliar las dimensiones del yo, desde su carácter diverso. Esto configura tramas de afrontamiento del adolescente al narrarse en su particularidad y ser reconocido como actor y protagonista por su familia, el equipo médico y el contexto social; esto fortalece la red de apoyo facilitando la continuidad a los proyectos vitales.

Implicaciones para el proyecto institucional historias familiares y narrativas en diversidad de contextos

Aporta en un ámbito conceptual acerca de la comprensión de la construcción narrativa de identidad del adolescente en relación con el diagnóstico de cáncer en la interacción adolescente-familia-contexto de salud-sistema social, entendiendo que esta configuración identitaria es contextual-dinámica-compleja-multidimensional.

Se crean formas de intervención en contextos de salud que resignifican la experiencia de la enfermedad, y esto mejora la calidad de vida del paciente.

Se ofrecen aproximaciones conceptuales y metodológicas desde una mirada sistémico-compleja y una narrativa conversacional. Esto permite la comprensión y diseño de intervenciones en el ámbito de la salud en pacientes con diagnóstico de cáncer en la adolescencia.

Se posibilitan los procesos vitales desde los propios recursos resilientes del adolescente, contexto familiar y sistema médico, promoviendo la salud mental y física a partir de un modelo de intervención desde la visión sistémica compleja; en la cual se logra una reconfiguración de la experiencia y la novedad de construir sentidos de vida al narrar la experiencia de enfermedad de cáncer en la adolescencia que favorezcan la adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida.

Implicaciones clínicas y en la intervención

La investigación-intervención tiene aportes importantes en el ejercicio de la psicología clínica en contextos médicos, siendo el psicólogo un facilitador en los contextos interventivos de posibilidades de una mejor calidad de vida frente a un diagnóstico difícil pero superable. El psicólogo posibilita en los procesos narrativos conversacionales la emergencia de los recursos que permiten un afrontamiento resiliente del paciente y su familia.

La investigación-intervención posibilita espacios conversacionales que permite que surjan las reflexiones autorreferenciales en las investigadoras, quienes dejan entrever el impacto que este proceso tiene, no solo en los adolescentes, sus familias y el equipo médico, sino también sobre el equipo de investigación.

Implicaciones para las investigadoras-interventoras

Se entiende que el investigador-interventor no es un individuo que conoce y aplica un método para encontrar un resultado, sino más bien un sujeto

y actor en el proceso mismo donde se coconstruye el conocimiento y a su vez facilita la emergencia de recursos de los contextos clínicos que complejizan y potencian los procesos interventivos.

También se ha entendido la situación de incertidumbre a la que se somete no solo el sistema consultante sino también el investigador y terapeuta cuando interviene en contextos biomédicos oncológicos.

Se organizan procesos dialógicos en los cuales fue posible la participación de todas las voces y sentirs en la manera de asumir y enfrentar la construcción de posibilidades para el cambio. Allí la voz del adolescente fue una más dentro del entramado de significaciones posibles acerca de la situación vivida y sus formas de afrontarla.

Se entendió la experiencia de enfermedad narrada y vivida desde el dolor humano en la interacción del sistema de ayuda como facilitador de procesos resilientes.

Referencias

- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Estupiñan, J., González, O., y Serna, A. (2006). Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos (tesis de maestría en Psicología Clínica y de Familia). Universidad Santo Tomás, Bogotá D. C., Colombia.
- Holland, J. y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer*. Barcelona: Herder.
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México D. F.: Trillas.
- Soto, M., (1999). Edgar Morin. *Complejidad y sujeto humano*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Tesis de doctorado inédita.
- Cotran, R., Kumar, V., Collins, T. (2000). *Patología estructural y funcional*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Von Foester. H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

Los derechos de los niños con discapacidad mental: un estudio sobre su vulneración

Diana Irasema Cervantes Arreola

Resumen

Con base en la búsqueda de respuestas acerca de la violación de derechos de los niños con discapacidad mental y la poca gama de investigaciones sobre este tema en México, surge esta investigación, la cual se centra en niños de 4 a 12 años, en Ciudad Juárez en el periodo de 2007 a 2010, limitada al análisis de los derechos a la educación, salud, participación en la vida cultural, recreativa y deportiva, puesto que existen muchos más derechos establecidos en la *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad mental*. El objetivo del presente trabajo es encontrar qué derechos en la educación, salud, actividades culturales, de esparcimiento y recreativas se vulneran por parte del Estado para estos niños.

Palabras clave: derechos humanos, vulneración, discapacidad mental.

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
diana.cervantes@uacj.mx diana.cervantes@uacj.mx



Introducción

Para comenzar a hablar acerca de la discapacidad mental, se entenderá por discapacidad, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), “[...] un término baúl para incapacidades, limitaciones en la actividad, o restricción en la participación” (OMS, 2001, p. 25). A su vez, la OMS hace una acotación de que la discapacidad mental no es sinónimo de trastorno mental, pero incluye a las personas con trastornos mentales.

En el Manual de la American Association on Mental Retardation (AAMR) 1992 se categorizan como discapacidades mentales a aquellas limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual, y se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación, como la comunicación; el cuidado propio; la vida en el hogar; las habilidades sociales, de la comunidad; la salud; la autodirección; la seguridad; los contenidos escolares funcionales, el ocio, y también trabajo (AAMR, 1992).

Causas de la discapacidad mental

Las causas que originan discapacidad mental pueden ser:

Genéticas. Se pueden transmitir de padres a hijos. Son anomalías en genes heredados de los padres, errores en

la combinación genética u otros desórdenes genéticos, como el síndrome de Down y el síndrome del cromosoma “X” Frágil. También influye el factor edad de la pareja. Existe cierta prevalencia que origina discapacidad mental en parejas muy jóvenes o de edad madura.

Congénitas. Se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen solo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación. El consumo de alcohol y drogas durante el embarazo aumenta las probabilidades de deficiencia en el área mental. Asimismo, la mala nutrición de la madre, la exposición a contaminantes ambientales y enfermedades como la rubéola son factores de riesgo en esta etapa.

Adquiridas. Son las ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento. Como golpes en la cabeza, asfixia por inmersión y la exposición a toxinas como plomo y mercurio pueden provocar graves e irreparables daños en el cerebro y al sistema nervioso central (Castro & Robles, 1996, p. 13).

Problemas clasificados como discapacidad mental

De acuerdo con el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*, (APA, 1998), los problemas de discapacidad mental en niños se clasifican de la siguiente manera (tabla 1):

Tabla 1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, clasificados de acuerdo a la tabla descrita

Clasificación					
Retraso mental	Leve	Moderado	Grave	Profundo	no especificado
Trastornos del aprendizaje	Lectura	Cálculo	Expresión escrita		
Trastornos de la comunicación	Lenguaje expresivo	Mixto del lenguaje receptivo-expresivo	Fonológico	Tartamudeo	
Trastornos generalizados del desarrollo	Autista	Rett	Desintegrativo Infantil	Asperger	
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	Déficit de Atención con Hiperactividad	a) Combinado	Disocial	a) Negativista desafiante	

Tomado del *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*, por la APA, 1998.

El funcionamiento intelectual hace referencia a un nivel de inteligencia inferior a la media. En cuanto al uso de un coeficiente de inteligencia, de uso común,

para que se pueda hablar de discapacidad intelectual debe estar por debajo de 70 y debe producir problemas adaptativos.

Antecedentes de los derechos humanos y derechos de los niños con discapacidad mental

Los niños gozan de derechos, sin importar que presenten alguna discapacidad física o mental. Los derechos humanos son prerrogativas inherentes a la naturaleza de una persona, cuya realización resulta ser indispensable para el desarrollo integral de los individuos que viven en una sociedad jurídicamente organizada; los derechos humanos son principios, reglas o normas que son fundamentales para la convivencia pacífica de todos los seres humanos (Asatashvili y Borjón, 2003).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), se encarga de proteger a todas las personas, incluyendo a los niños con discapacidad mental, pero quien puede colaborar para que estos derechos no se vulneren es la sociedad en general.

Los derechos humanos se definen filosóficamente, según Ligia Galvis(2005):

[...] como una visión para el siglo XXI como: principios rectores que configuran la visión del ser humano en la filosofía contemporánea, son inalienables e intransferibles, según el punto de vista jurídico, los define como: aquellos que son predicables de la persona como prerrogativas, inherentes, como facultades cuya titularidad es irrenunciable, y por consiguiente se debe exigir su respeto, garantizar su ejercicio y sancionar a quienes los quebranten (p. 32).

Fue para el 10 de diciembre de 1948 que la Asamblea General de las Naciones Unidas realizó la Declaración Universal de los derechos humanos en la Ciudad de París (Mayor, 1998). Dentro de los primeros años en que fueron proclamados los derechos humanos universales, ya se había creado la Comisión de los derechos humanos, la Subcomisión de Libertad de Información y de Prensa y la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección de las Minorías. Por esta razón, esto significó un enorme avance en el campo de los derechos humanos.

El grupo que comenzó a generar preocupación, como muchos otros, fueron las personas con discapacidad, por lo que tuvieron que pasar varios años para crear leyes y convenciones que los protegieran.

Es entonces que surgen las preguntas de ¿cómo luchar para que se cumplan los derechos humanos y que la discriminación hacia los niños con discapacidad mental se acabe?, ¿es posible reducir el

incumplimiento y la violación de los derechos hacia estos?

Estos derechos se han establecido en la *Convención internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad*, de la cual México es Estado parte desde el 30 de marzo del 2007. Allí se menciona en el artículo 7.º lo siguiente:

Los Estados parte tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.

En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.

Los Estados parte garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho (ONU, 2006).

También es importante mencionar que dentro de los derechos que defiende esta Convención, en su artículo 24 está el derecho a la educación, en el cual menciona que los estados que son miembros deberán de asegurar la educación, sin exclusión alguna, en todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida, ayudando a que se desarrollen talentos. Esto hace que las personas con discapacidad puedan participar de manera efectiva en la sociedad, que se fomente el máximo desarrollo académico y social, además de brindar maestros capacitados para la enseñanza a estos, condiciones adecuadas para su educación y material en formatos accesibles, entre otras cosas.

En relación con los derechos de la salud, en el artículo 25, se menciona que los estados deberán proporcionar programas y acceso a la salud, así como profesionales de la salud quienes brinden una adecuada atención de buena calidad hacia estos niños.

En el artículo 30, sobre la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte, las personas con discapacidad, ya sea mental o física, deberán de tener acceso a material cultural de formato accesible; medidas pertinentes para desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e

intelectual; así como también que se promueva su participación en estas actividades. En su apartado d, se menciona que se asegurará que los niños con discapacidad tengan, como los demás niños, acceso a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluso las que se realicen dentro del sistema escolar (ONU, 2006).

La *Convención internacional sobre los derechos del niño* (1989), en su artículo 23, establece que los niños con discapacidades mentales o físicas tienen derecho a disfrutar de una vida plena en condiciones que no afecten su dignidad, así como la participación activa en comunidad. El artículo 25 menciona el derecho del niño que ha sido internado para su atención, protección o manejo de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento que se le esté dando y de todas las circunstancias al ser internado. El artículo 27 reconoce que el niño tiene derecho a una vida adecuada para su desarrollo moral, físico, mental, social y espiritual. El artículo 32 habla sobre la protección para que el niño no presente algún trabajo peligroso, que entorpezca su educación o que sea nocivo en los ámbitos, social, moral, espiritual, físico o mental (Asamblea General, 1989).

Como otro instrumento que nos ayude a proteger los derechos de los niños con discapacidad mental, existe la *Ley General de las Personas con Discapacidad en México* (2005), la cual, en su artículo 4.º, establece que será reconocida para todas las personas sin distinción de su origen étnico o nacional, género, edad, condición social, condiciones de salud, religión, preferencias, opiniones, estado civil o cualquier otro aspecto que pueda atentar contra su dignidad.

Así también, reconoce los derechos para las personas con discapacidad, en su título segundo, del artículo 7.º al 28. Allí se incluyen los derechos a la salud; la educación; de las facilidades arquitectónicas, de desarrollo urbano y vivienda; de transporte público y comunicaciones; desarrollo y asistencia social, deporte y cultura; seguridad jurídica, del trabajo y capacitación, y concurrencia. Estos se aplican a personas con discapacidad de cualquier tipo, física o mental, hombre o mujer, niños o adultos.

En el Estado de Chihuahua, se tiene la ley para la atención de las personas con discapacidad, la cual en sus artículos del 18 al 23 protege el derecho a la salud, la prevención, la habilitación y la rehabilitación; del 24 al 31, la capacitación y el empleo; del 32 al 48, la igualdad de oportunidades y la protección de derechos; del 49 al 61, la infraestructura, y del 62 al 68, la

educación (*Ley para la Atención de las Personas con Discapacidad en el Estado de Chihuahua*, 2004).

Los tratados internacionales y la obligación de respetarlos

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 1.º, del párrafo primero al tercero, en junio del 2011, se expresa lo siguiente:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2011).

Esto sigue siendo considerado como un bloque constitucional que sostiene la importancia de los tratados internacionales.

Investigaciones o artículos realizados sobre los derechos de los niños con discapacidad mental

Destacando la importancia de la protección de los derechos de los niños con algún tipo de discapacidad, el visitador Luis González Placencia (Avendaño, 2010) menciona, en “Necesarias políticas públicas para garantizar los derechos de las niñas y los niños con algún tipo de discapacidad: CNDHDF”, que no se trata de proteger a los niños que tienen

alguna discapacidad, sino de proteger sus derechos, haciendo que sea una de las prioridades del Estado; en otorgar beneficios, y aplicar políticas públicas hacia este grupo vulnerable.

Además menciona algo verdaderamente importante: en la *Convención de las personas con discapacidad*, se propone finalizar el antiguo debate jurídico sobre la diferencia entre la capacidad de goce y la capacidad de ejercicio de los derechos (Avendaño, 2010), que si bien es cierto en el caso de este grupo vulnerable, ellos tal vez no tengan la capacidad de inferir, pero eso no impide que se les brinde el apoyo. Este apoyo se reflejaría en crear espacios, recursos y una mejora en el trato de ellos.

Desde una perspectiva general, el niño, por su condición, ya es vulnerable, pues depende de un adulto para su cuidado. Entonces, si este posee alguna discapacidad, lo vuelve doblemente más vulnerable, claro, considerando otras situaciones en las cuales también puede llegar a ser frágil.

Existe en Virginia, Estados Unidos, el diseño de un programa que se ha creado por Allison Coles (Fenner, 2007), el cual pretende unir más a los niños con discapacidad mental con las personas que les rodean, y mediante la convivencia con niños que no sufren de alguna discapacidad, poder hacer de estos una mejor vida, además de crear una cultura de apoyo hacia este tipo de niños. Los programas de este tipo ayudan a concientizar a la sociedad sobre la importancia de la inclusión de estos niños en nuestras comunidades; sin embargo, aquí en México aún no existe este tipo de programas o al menos no se conocen aún.

Amalia Gamio Ríos, coordinadora del Programa para Personas con Discapacidad del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, menciona que existen muchas cosas que se deben de hacer por las personas con discapacidad mental. Entre ellas se encuentra el disponer de fáciles accesos en los lugares públicos. La Secretaría de Educación Pública mantiene sus escuelas especiales en lugar de buscar integrar a los niños discapacitados en escuelas regulares, y la Ley General de Salud usa los términos de *incapacitados* e *inválidos*. Además menciona que se tiene un retraso de 30 años en el respeto de los derechos humanos hacia estas personas (Alcátara, 2007).

México está en deuda con las personas que tienen discapacidad mental, pues falta destinar más recursos hacia este sector; con los donativos que se tienen no alcanza para brindar la atención adecuada a cada persona con discapacidad mental.

Esto refleja el gran atraso que se lleva en México en lo que respecta a los derechos humanos de estas personas. Nos falta avanzar mucho, ya que hasta hace unos años apenas, se volteó la mirada a este grupo, para brindar el apoyo y el reconocimiento de sus derechos.

El artículo 4.º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos se reformó en el 2000, y este cambio buscaba adecuarlo a los contenidos de la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada en 1990. Menciona González (2012) la importancia de los tres párrafos agregados, en los cuales se habla acerca del derecho a la satisfacción de ciertas necesidades, así como se identifican y amplían los sujetos obligados al cumplimiento de estos y en especial el Estado.

Los niños tienen derecho a la total satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud y sano esparcimiento para su desarrollo integral y para esto los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos; además el Estado proveerá lo que se necesite para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos, así también otorgará facilidades a los particulares para que se coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez (González, 2012).

Esto refleja la relevancia que tiene el respetar los derechos de los niños, tengan o no discapacidad; el Estado está obligado a respaldar estos derechos.

Breve reseña de la vida: cultural, recreativa, familiar, educativa y datos estadísticos de los niños con discapacidad mental

De acuerdo con Coxtinica (2009), a los niños que sufren de discapacidad física o mental no se les proporcionan las mismas oportunidades que a otros en su familia o comunidad.

Hace referencia que en un estudio realizado por Visión Mundial sobre los problemas y restricciones que las personas con discapacidades afrontan, el problema más importante relacionado con la discapacidad era la exclusión social, también lo eran las actitudes y los prejuicios que se entretienen en prácticas culturales en el ámbito comunitario y de organización.

Entre otros datos proporcionados por Visión Mundial, se encuentra que:

-Las familias con niños discapacitados están entre las más pobres del mundo.

-Solo el 2% de niños discapacitados tienen acceso a educación.

-Estos niños tienen 3 a 4 veces más probabilidad de sufrir abusos físicos en el hogar y muchos son abandonados (Coxtinica, 2009, p.1). [Fin de cita]

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México, 330 mil niños de 0 a 19 años tienen algún tipo de discapacidad. Cerca del 37% entre los 6 y 14 años no tienen acceso a la educación.

Se puede ver que en México falta dar un gran paso para no hacer invisibles a estos niños, pues en casi la mayoría de los ámbitos en los que estos viven y se desarrollan, estos se excluyen o se relegan de alguna manera.

En el ámbito de la salud, algunas veces no se informa a la familia correctamente sobre el tratamiento que se le da al niño o para qué le sirve. Los programas de salud a las personas con un nivel socioeconómico bajo o medio bajo son algunas ocasiones desconocido, pues no se les brinda la información o incluso no se tiene acceso a esta.

Guinn y Degener (2002) mencionan diversos factores relevantes:

El derecho a no ser separado de su familia: la importancia de la familia en el desarrollo del niño, aún y cuando se sabe lo importante que es la familia para el óptimo desarrollo de éstos infantes, se sigue separando al infante hoy en día de su familia, para ser internados en instituciones.

El derecho a un nivel de vida adecuado: derecho a la asistencia social, para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social

El derecho a la educación: el derecho a la educación es uno de los derechos fundamentales para los niños con discapacidad, y el que se deniega regularmente. El 2% de niños discapacitados de los países en desarrollo tienen acceso a un sistema educativo, los niños con discapacidades siguen siendo víctimas de marginación y son segregados, dentro del sistema educativo general, con el argumento de que están recibiendo educación especial (Guinn y Degener, 2002).

Según datos proporcionados por el INEGI (2010), el total nacional de personas con discapacidad fue de casi 5.739.270, que representa un 5,1% de la población total, de los cuales el 51,1% de mujeres y el 48,9% de hombres.

De toda la población con alguna discapacidad, un 7,5% tiene más de 85 años; 40,7% tiene entre 60 a 84 años; un 32,8%, de entre 30 a 59 años; un 9,9% de entre 15 a 29 años, y 9,1%, de entre 0 y 14 años.

De acuerdo con el dato que interesa para esta investigación, de los niños de 0 a 14 años, el 1,4% son mujeres y el 1,8% son hombres.

La población discapacitada se divide en México del siguiente modo: caminar o moverse tiene un 58,3%; visual, un 27,2%; auditiva, un 12,1%; hablar o comunicarse, un 8,3%; atender el cuidado personal, un 5,5%; poner atención o aprender, un 4,4%, y mental, un 8,5%. Los porcentajes suman más de 100%, debido a que una parte de la población cuenta con más de una discapacidad (INEGI, 2010).

Teniendo en cuenta estos datos, se puede ver que los porcentajes de personas que sufren de alguna discapacidad son elevados, siendo notorio que existe un porcentaje también de lo más altos en personas que padecen discapacidad mental.

Para Chihuahua las estadísticas del INEGI 2010 mencionan que existe un 5,5% de personas con discapacidad, sin especificar de qué tipo.

En Ciudad Juárez existen, según datos del INEGI 2010, 4209 niños de tres o mayor edad con discapacidad mental, de los cuales 2448 son hombres y 1761 son mujeres.

A la fecha la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2010) en el ámbito federal, en Ciudad Juárez, tiene el registro de seis instituciones de educación especial de nivel primaria.

Se divide en cinco zonas, de las cuales la primera y segunda zona tienen dos centros de atención múltiple cada uno, mientras las zonas 17 y 9 cuentan con uno cada una.

Estos centros de atención múltiple no cuentan con departamentos especializados en cada problemática de los niños, es decir, los grupos que se forman dependen del avance que se vea en el niño. Se incluye en un grado y grupo, teniendo un cupo de entre 10 y 15 niños aproximadamente en cada grupo, siendo entre cinco y seis grupos para educación primaria.

Dentro de los grupos existen niños con problemas de discapacidad motriz, motriz con daño neurológico, mental o intelectual, problemas de audición o habla y ceguera.

Estas escuelas cuentan con grupos de lactancia, maternal, preescolar y primaria. De los grupos de primaria de los centros de atención múltiple en el ámbito federal, el número de niños que tienen discapacidad mental o intelectual es un total de entre 95 y 125, ya que no se tiene el dato exacto, pues hay niños que tienen discapacidad múltiple, y en estos casos algunos niños presentan discapacidad mental y otros no.

Existen también cuatro CAM en el contexto estatal, de los cuales solo tres se encuentran en Ciudad Juárez, dos de ellos son en turno matutino y uno vespertino. El número de niños entre 4 y 12 años que presenta alguna discapacidad mental (DM), oscila entre 50 - 65 niños (SEP, 2010).

El Gobierno de Chihuahua maneja los grupos denominados USAER, los cuales trabajan en escuelas regulares, y lo que este equipo realiza, es detectar a los niños que tienen problemas de aprendizaje o conducta y se les brinda un apoyo extra durante un día, unas horas. Es decir, son niños que presentan alguno de los problemas ya mencionados, que se encuentran dentro de un grupo regular, en una escuela primaria o secundaria con alumnos regulares, y se les brinda el apoyo extraacadémico, para su integración.

Existe también una asociación civil en la cual hay niños con DM: se denomina Fundación Villa Íntegra; esta brinda apoyo a distintos grupos de discapacidad.

Dentro de los grupos que apoya a niños con DM, se encuentran: la Asociación de Autismo Ciudad Juárez A. C. y el Instituto de Desarrollo Down, A. C.

En Ciudad Juárez no existen más instituciones educativas federales, estatales o municipales que brinden educación para los niños DM.

Tabla 2. Agrupación por tipo de instituciones educativas, en Ciudad Juárez

Instituciones educativas en el ámbito federal	Instituciones educativas en el contexto estatal	Organizaciones u asociaciones no gubernamentales
CAM14	CAM # 7003	Fundación Villa Íntegra A.C
CAM 19	CAM #7012	
CAM 20	CAM #7506	
CAM 21		
CAM 43		
CAM 22		

Secretaría de Educación Pública, Ciudad Juárez, Chihuahua, 2010.

Metodología

De acuerdo con los datos anteriores y con las características específicas que se buscan en esta investigación, mediante el método cualitativo, a través de una encuesta, se obtuvieron los siguientes resultados.

Se aplicaron 50 encuestas a diversas familias que contaban con al menos un hijo que presentara alguna discapacidad mental, de entre 4 y 12 años. Esta encuesta se realizó tomando como base en el marco jurídico de los derechos plasmados en la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad:

La encuesta está constituida de la siguiente manera:

Instrucciones para el llenado de la encuesta.

Datos generales como: parentesco con el niño, sexo del niño, grado que cursa el niño (en caso de estar inscrito a alguna escuela), edad del niño, nivel socioeconómico, discapacidad mental del niño y que tan autosuficiente es el niño(a).

Preguntas de la 1 a la5, derechos de educación establecidos en artículo 24 de la Convención Internacional.

Preguntas de la 6 a la10, derechos a la participación en la vida cultural, recreativa y deportiva del artículo 30 de la Convención.

Preguntas de la 11 a la15, derechos de acceso a programas de salud y a la salud del artículo 25 de esta.

Mediante esta encuesta, se realizó una comparación de los derechos establecidos en la *Convención internacional sobre la educación* a la participación en la vida cultural, actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte, así como el derecho a la salud, y los datos proporcionados por los padres de familia en la encuesta, para ver los porcentajes de vulneración de estos derechos y en cuáles se incurre más.

Resultados

Resultados en el artículo 24, derecho a la educación

Se tienen los siguientes porcentajes de violaciones hacia este derecho:

Un 14% de los encuestados no tiene acceso a la educación, porque solo se encuentra en una institución de apoyo para tratamiento físico, no académico.

El 34% solo tiene conocimiento de una escuela para su hijo, por lo que aquí podemos encontrar una falta de difusión por parte del Estado.

Un 22% sufre una diferencia de trato con respecto a los demás niños (entiéndase la diferencia de trato de manera negativa, así expresada por los padres o tutores del niño con DM, pues se ha hecho esa distinción porque tiene un aprendizaje más lento, y se le dice que no realiza algún trabajo o actividad porque él no lo entiende bien o porque él no puede y no se le incluye en todas las actividades; esto viola el párrafo quinto de este artículo).

El 26% encuentra que el material que utiliza su hijo en la institución educativa no tiene formato accesible: está en un formato de difícil comprensión para su hijo, puesto que no se adecua para todos los tipos de enfermedad mental, por lo cual se viola el párrafo 4.º de este mismo derecho.

Resultados en el artículo 30: derecho a participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte

De acuerdo con el 96% de las personas encuestadas, su hijo no se encuentra en alguna actividad extraescolar o recreativa ya que no conoce o no hay algún lugar en el cual su hijo pueda ser incorporado.

Al 12% de los niños no se les ha incentivado o apoyado para la participación en alguna actividad recreativa, cultural o deportiva.

El 62% considera que no se tienen las condiciones, recursos e instalaciones adecuadas para el desempeño educativo y formativo de su hijo. Por esa razón, se viola el inciso b del párrafo 5 de este artículo, ya que el Estado debe garantizar que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados.

Un 12% no ha recibido invitación o apoyo para participar en alguna actividad de las mencionadas en el punto anterior.

Resultados en el artículo 25: derecho a la salud

De los sujetos encuestados, se encontró que:

Un 20% de estos no tiene acceso a un servicio médico por parte del Estado, solo cuentan con servicio particular. En algunas ocasiones las personas aseguran en la encuesta que es debido a que en su trabajo

no se les brinda, y en el seguro popular se les ha rechazado por cuestión de documentación.

El 24% afirma que no se le toma en cuenta su consentimiento o no se le informa correctamente de los tratamientos para su hijo.

Un 38% menciona que el servicio médico con el que cuenta no es de buena calidad.

Un 96% de los encuestados no tienen apoyo por parte de algún programa, para la salud de su hijo y no conocen alguno. Ellos afirman que no saben si existe, y cuando han acudido a alguno que se han enterado, es difícil entrar a él.

Discusión

Hace falta aún que se dé un cambio para los derechos de estos niños: no solo basta con abrir instituciones o escuelas que los apoyen; falta dar el trato humano y sin descuido hacia estos. Tampoco hay que perder de vista que el Estado es quien vigila que se lleve a cabo la correcta aplicación de estos derechos.

Las estadísticas para el año 2010 en Ciudad Juárez reportan un total de 4209 niños en condición de discapacidad mental, por lo cual es evidente la necesidad de más escuelas en las que se pueda brindar inclusión y apoyo a esta población. Por su parte, cada CAM tiene entre 6 y 7 grupos por centro, en los cuales cada grupo tiene entre 10 y 15 niños, en promedio. Según los datos brindados en estos centros, casi la mitad de los niños presentan discapacidad mental o intelectual. Tomando los números más altos, a manera de reflexión: 7 grupos por 15 niños da un total de 105 niños con todo tipo de discapacidad. Si se resta el 50% con DM, serían aproximadamente 52 o 53 niños con DM atendidos en cada CAM. Se concluye que hay un cupo total aproximado en los cinco CAM federales de 265 niños con DM, y en los tres estatales, de 159 niños. Esto sumaría un total aproximado por ambos de 424 niños atendidos que tienen DM.

Ahora bien teniendo en cuenta que existen grupos de apoyo denominados USAER, los cuales se encuentran en distintas escuelas; contemplando que, según los datos obtenidos, estos grupos manejan entre seis y ocho niños, y suponiendo que existen dentro de las escuelas seis grupos de este tamaño (uno por cada grado), de acuerdo con los datos, la mitad se podría tomar como niños con alguna discapacidad mental, es decir, cuatro de cada grupo, esto sería un total de 24 niños con DM, apoyados dentro de cada escuela. Existen a estatalmente 20 grupos USAER de educación

primaria; esto nos daría un total de 480 niños apoyados. El dato exacto de los grupos USAER federales no se tiene, pero si supusiéramos que fueran un total de 20 también, tendríamos otros 480 niños apoyados.

Entonces se tienen 960 niños apoyados por grupos USAER en escuelas primarias regulares de la ciudad, y 424 niños apoyados en CAM en los contextos federal y estatal. Esto indica que hay 1384 niños con DM que tienen acceso a la educación.

Nuevos interrogantes surgen: ¿qué pasa con los 2825 restantes?, ¿tienen acceso a la educación?, ¿hay cupo para ellos en las escuelas que brindan educación para estos?, ¿en qué programas de apoyo se les incluye?, ¿qué pasará con ellos en un futuro?, y, en cuestión de salud, ¿este grupo restante tiene acceso a servicios de salud?, ¿cuenta con el recurso para un servicio médico particular? Esto abre campo para investigaciones futuras en esta temática.

Por lo tanto, se podría mencionar que hay dos puntos en los cuales está fallando el Estado:

1. No hay una creación de suficientes escuelas para el cupo total de estos niños.
2. Existe una falta de difusión en programas de apoyo, escuelas con las que se cuenta, y actividades extracurriculares para estos niños.

Conclusión

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir que en los tres derechos analizados para fines de esta investigación, se encuentran violaciones cometidas por parte del Estado, puesto que considerando los porcentajes se manifiesta lo siguiente:

No todos los niños están teniendo acceso a la educación.

No se les está otorgando un material adecuado o de fácil comprensión para el niño (a).

Se está haciendo algún tipo de distinción o discriminación a su niño en comparación con otros niños que también presenten alguna discapacidad.

Las instalaciones no son las adecuadas o no se ha otorgado el mantenimiento y la atención por parte del estado.

Existe un elevado porcentaje que no realiza alguna actividad extraescolar. Esto nos da un punto rojo, y la encuesta nos brinda respuestas sobre por qué el porcentaje es elevado en la no participación de estos niños, puesto que se está incentivando o apoyando

a estos niños en actividades culturales, deportivas o artísticas, y se están presentando problemas para acceso a los programas que les presenta la institución educativa. Es un porcentaje muy pequeño, los niños realizan alguna actividad además de la escolar, y, podemos decir, que por salud y desarrollo del niño, deben existir más programas que incentiven y apoyen a estos niños, para que tengan diversas actividades.

Algunos de los niños con discapacidad mental, no están teniendo acceso a la salud, siendo que el estado debe de garantizar que nadie se quede sin servicio médico y que por cuestiones de trámite está siendo negado.

No se está informando adecuadamente, e incluso se ignora el consentimiento del tratamiento que se les da en servicio médico para el niño. Por lo que se expresa también que el servicio no es de buena calidad.

Que no se estén realizando programas de apoyo en donde se incluya a estos niños con discapacidad mental y que además los pocos que existan, no tienen difusión por parte del Estado.

Dentro de la encuesta se incluyó una pregunta sobre lo que pensaban los padres al respecto de los programas de apoyo que se brindaban o por qué no se podían beneficiar de estos, un 78% manifestó que es debido a la falta de difusión por parte del Gobierno, un 4% mencionó que si ha sabido de algún programa particular pero a veces por el costo no es de fácil acceso, el resto desconoce si hay o conteso que por otras causas.

Dado lo descrito anteriormente, al menos en Cd. Juárez, sí existe una vulneración de los derechos establecidos en los artículos 24, 30 y 25 de la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad mental, por parte del Estado, la cual, no está siendo respetada en base al compromiso adquirido al firmarla y ratificarla, y se está haciendo caso omiso de cumplir con respeto los derechos de los niños con discapacidad mental.

Para futuras investigaciones, este trabajo abordó solo la parte de los derechos a la educación, vida cultural, deportiva y recreativa, y salud; sin embargo conviene destacar que serviría para trabajar esta temática sobre el trato que brindan los padres a estos niños (as), el tiempo que les dedican, actividades que realizan con ellos(as), cómo es la educación que les brindan, entre otros aspectos; ya que muchas de las ocasiones probablemente la violación a los derechos de éstos, puede darse desde el mismo hogar.

Referencias

- AAMR. (1992). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. *AAMR*. Recuperado de <http://www.aamr.org>
- Alcátara, L. (2007). México en deuda con discapacitados.
- Asatashvili, A., y Borjón, I. (2003). *Panorama actual de los derechos humanos de las personas con discapacidad: la situación de México frente a los compromisos internacionales*. México, D. F.: CNDH.
- Asamblea General ONU (1989). *Convención internacional sobre los derechos del niño*. Recuperado de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a ed., Texto rev.). Washington, DC
- Avendaño, A. (2010). *Necesarias políticas públicas para garantizar los derechos de las niñas y los niños con algún tipo de discapacidad: CDHD*. Recuperado de: <http://www.cdhd.org.mx>
- Cámara de Diputados. (2011) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*.
- Cámara de Diputados. (2005). Ley general de las personas con discapacidad. *Diario Oficial de la Federación*.
- Castro, M., y Robles, A. (1996). *Propuesta de una estrategia de comunicación como apoyo a la confederación mexicana de organizaciones a favor de las personas con discapacidad mental, A.C, para sensibilizar a la sociedad mexicana*. México, D. F.: Universidad Iberoamericana.
- Coxtinica, Y. (2009). Los derechos de la infancia con discapacidad, son violados a diario. *Infancia Hoy*. Recuperado de: http://www.infanciahoy.com/despachos.asp?cod_des=3868
- Fenner, L. (2007). Grupos promueven inclusión social de niños con discapacidad mental. *América. Departamento del Estado de Estados Unidos*. Recuperado de <http://www.america.gov/st/washfiles/spanish/2007/October/20071011181302fl0.5225794.html>
- Galvis, L. (2005). *Comprensión de los derechos humanos, una visión para el siglo XXI*. Bogotá, D. C.: Aurora.
- González, M. (2012). Derechos y bienestar de las niñas y niños. *Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM*. Recuperado de: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2975/12.pdf>
- Guinn, G., y Degener, T. (2002). *Derechos humanos y discapacidad*. Ginebra: Naciones Unidas.
- Mayor, F. (1998). *Los derechos humanos en el siglo XXI*. México, D. F.: Unesco.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001). *La clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud*. Ginebra: Autor.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/disabilities-convention.htm>
- Secretaría de Educación Pública. (2010). Base de datos del registro de escuelas en Ciudad Juárez Chihuahua. *Oficina de Gobierno del Estado de Chihuahua*.

Adherencia al tratamiento en pacientes con trauma craneoencefálico: un análisis de caso desde la terapia de aceptación y compromiso

Diana Mercedes Andrade Oviedo, Rochy Vargas, Pablo Sanabria

Resumen

Un trauma craneoencefálico es una lesión que produce una alteración de las funciones cerebrales, y puede llegar a ocasionar alteraciones comportamentales, físicas y cognitivas que interfieren en aquellas personas que padecen de este tipo de lesión en el proceso de reiniciar su vida social y realizar sus actividades adecuadamente. Estos sujetos refieren sentimientos de soledad y depresión, lo cual puede influir de manera negativa en el paciente causando el fracaso del proceso terapéutico. Se realiza un estudio de caso único de una paciente con trauma craneoencefálico leve. Al finalizar la intervención, se observó efectos positivos en la adherencia al tratamiento.

Palabras Clave: traumatismo craneoencefálico, adherencia al tratamiento, terapia de aceptación y compromiso.

Introducción

En el traumatismo craneoencefálico (TCE) se produce una alteración de las funciones cerebrales, que puede manifestarse en diversos niveles, y puede llegar a ocasionar alteraciones comportamentales, físicas y cognitivas. Son diferentes para cada persona y puede repercutir de manera considerable de tal forma que se ve afectado el desarrollo de actividades de la vida diaria (Muñoz-Céspedes, Lapedriza, Pelegrín-Valero y Tirapu-Ustarroz, 2001).

Gutiérrez, Reyes Aragón, Rodríguez y Sánchez (2009) mencionan la importancia que tiene el aspecto psicosocial del daño cerebral sobrevenido por TCE, el cual se atribuye a las modificaciones sustanciales que sufre el paciente en su dinámica y comportamiento social, lo que afecta de forma negativa su reincorporación a las diversas esferas sociales en las cuales interactuaba el sujeto antes de la lesión. En esta etapa un paciente presenta dificultades en el momento en que trata de reiniciar su vida social, pues no puede desempeñar de forma adecuada el papel que asumía en distintos círculos sociales; por lo tanto prefieren disminuir en gran medida el contacto social; tienen sentimientos de soledad y sufren de depresión (Morton y Wehman, 1995). Estos aspectos pueden influir de manera negativa en el paciente, lo que causa el fracaso del plan terapéutico; esto conlleva serios problemas en calidad de vida, costos para el sistema de salud y escasos resultados clínicos positivos.

Esta investigación tiene como objetivo principal determinar el marco relacional derivado del efecto de un programa de intervención basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la adherencia al tratamiento (farmacológico, psicológico, clínico, psiquiátrico, etc.) de una paciente con TCE del Huila.

Metodología

Diseño, población y muestra

En la presente investigación se empleó un diseño de caso único A-B. La población objetivo está compuesta por una paciente de 27 años diagnosticada con traumatismo craneoencefálico del Huila.

Para determinar la participación de la paciente en el estudio, se realizó un proceso de entrevista inicial a la familia de la paciente con el objetivo de determinar el nivel de funcionamiento cognitivo general del sujeto de estudio. Para la aplicación de las áreas de actuación de la terapia de aceptación y compromiso

la participante requiere de un nivel cognitivo de conciencia y flexibilidad adecuado, por lo que el nivel de deterioro cognitivo de la participante debe ser leve a moderado (Kangas y McDonald, 2011).

Se les aplicó a la paciente la prueba Mini Mental State Examination (MMSE) para corroborar y validar el estado de sus funciones cognitivas.

Los criterios de inclusión y exclusión se exponen a continuación:

Lugar de la intervención

Este fue un consultorio psicológico privado ubicado en Neiva, cerca del Hospital Universitario Hernando Moncaleano.

Criterios de inclusión

La persona debía estar diagnosticada con trauma craneoencefálico (leve- moderado), con un tiempo postrauma mínimo de seis meses.

Esta debía presentar conservadas las funciones cognitivas, marcadas principalmente a nivel de comprensión, raciocinio e introspección, las cuales se determinan mediante evaluación de funcionamiento cognoscitivo a través de la aplicación de minimental (puntuación superior a 14 puntos).

También debía participar voluntariamente.

Criterios de exclusión

Estar diagnosticado con trauma craneoencefálico severo, con tiempo postrauma inferior a seis meses.

Presentar alteración cognitiva marcada principalmente a nivel de la comprensión, raciocinio e introspección, la cual se determina mediante evaluación de funcionamiento cognoscitivo a través de la aplicación de minimental (puntuación inferior a 14 puntos) (Gutiérrez *et al.*, 2009).

Variables

Variable Dependiente

En el presente estudio se tienen en cuenta las conductas de adherencia al tratamiento, entendidas como cumplir las indicaciones del personal y de la salud, y la realización de acciones comprometidas.

Variable independiente

Se trata del programa de intervención en adherencia al tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso, el cual se sustenta en el contextualismo funcional y la teoría de marcos relacionales (Wilson

y Luciano, 2002). Se ejecutó a través de un protocolo estipulado en seis sesiones.

La labor del terapeuta en este trabajo investigativo fue resaltar en la terapia la importancia del paciente en la sesión terapéutica así como su experiencia para resolver su problemática. Esto permitió que el papel del terapeuta no fuera de tipo directivo (indicándole al paciente qué debe y qué no debe hacer), sino que más bien creará las condiciones necesarias para que el paciente experimente su estrategia.

Instrumentos

Test de Morisky-Green

Este instrumento, que está validado para diversas enfermedades crónicas, se desarrolló originalmente por Morisky, Green y Levine en 1986 para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Este test se validó en su versión española por Val Jiménez *et al.* (Castaño-Castrillón *et al.*, 2011). Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Resultados

La paciente de 27 años de edad, género femenino, tecnóloga, actualmente se encuentra casada, y su estrato socioeconómico es tres.

En terapia, se observa una red relacional en la cual el TCE está en una relación de coordinación con enfermo, lo que a su vez está en coordinación con reglas verbales tales como “estoy enferma porque es un castigo de Dios”, “soy una pecadora”, “prefiero no ir a las terapias, porque me toca utilizar pantalón”, “eso es pecado y ofendo a mi esposo”. Esto está en una relación de oposición con estar sano (“estar en comunión con Dios”), que a su vez está en una relación de oposición con aceptar la enfermedad (aceptar el castigo de Dios; para enmendar el castigo debo hacer ayuno y oración; no puedo ir al culto porque soy pecadora).

Posterior a la intervención se observa transformación de funciones en cuanto que la aceptación de la enfermedad TCE coincide con pensar que la enfermedad no es un castigo de Dios, que fue algo que le sucedió a ella y de lo cual se está rehabilitando). Esto está vinculado con realizar conductas adherentes al tratamiento (“Dios no me castigó con mi enfermedad”, “hablar de mis sentimientos con mi esposo”, “no soy infiel”, “ni pecadora por utilizar pantalón para la terapia”, “puedo ir al culto”, “me alimento saludablemente”, “me tomo los medicamentos a tiempo”). En la sesión se realizó una metáfora, basada en la parábola bíblica *el buen samaritano*, Lucas 10, 25:37. A través de esta metáfora la paciente logró la autocompasión, y el proceso de deslateralización. La figura 1 presenta los resultados descritos con respecto a la intervención.

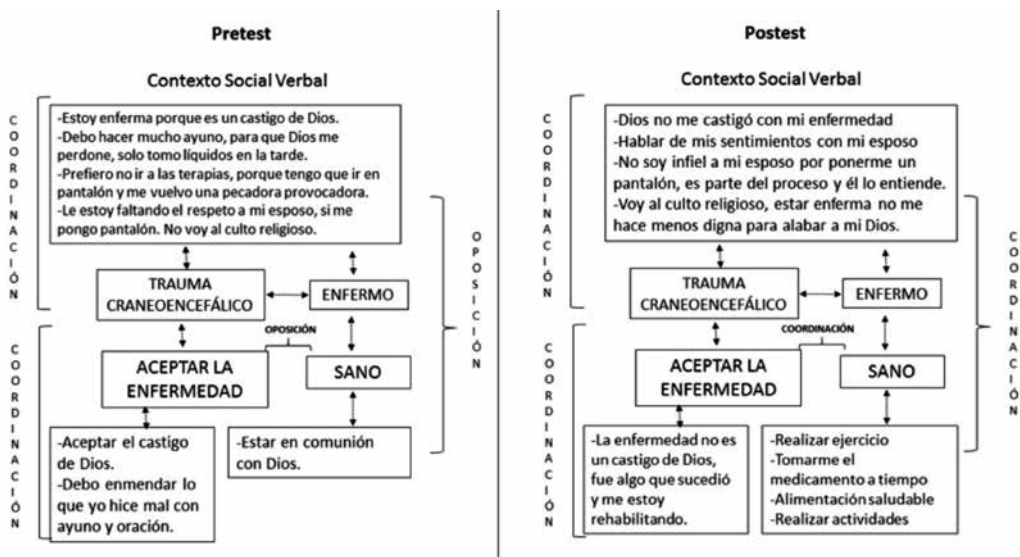


Figura 1. Enmarcamiento relacional.

Discusión

Kangas y McDonald (2011) refieren la implementación de terapia de aceptación y compromiso para las personas que están pasando por dificultades de ansiedad moderadamente elevada, estrés o depresión en respuesta a la experiencia de tener traumatismo craneoencefálico; son adecuadas para las personas en recuperación de TCE de leve a moderada y que tienen los niveles mínimos suficientes funciones cognitivas, ejecutivas y lenguaje. Por tal razón se hizo necesaria la aplicación de la prueba MMSE.

Teóricamente, la terapia de aceptación y compromiso tiene en cuenta los pensamientos como comportamiento, no en cuanto a contenido, sino su función en un contexto determinado. En este sentido la psicoterapia realizada en la presente investigación no se enfocó en el cambio de contenido de los pensamientos de la paciente con TCE, sino que se modificó la función que tenían estos en su vida, lo que permitió que ella siguiera el tratamiento para alcanzar lo que es valioso en su existencia. De esta manera, se cumplió el objetivo de la investigación.

En el análisis de los resultados, se observa que después de realizar la intervención psicoterapéutica basada en la terapia de aceptación y compromiso, la paciente presenta cambios a nivel de flexibilidad psicológica, el cual se ilustra en la figura 1 de enmarcamiento relacional.

Al iniciar la intervención se observó que la paciente presentaba rigidez psicológica, que se convertía en una barrera para vivir el yo como contexto, quedándose inmersa en el yo como contenido, el cual le permitía evitar el malestar psicológico. Desde la perspectiva de terapia de aceptación y compromiso, las personas prefieren escapar y evitar sentimientos negativos, pierden el contacto la realidad; esto limita la capacidad para realizar acciones comprometidas que estarían en dirección con sus propios valores (Soo, Tate y Lane-Brown, 2011).

La intervención en terapia de aceptación y compromiso se basa en “[...] enseñar a los clientes a sentir emociones y sensaciones corporales de forma más plena y sin evasión, y observar plenamente la presencia de pensamientos sin seguir resistiendo” (Kangas y McDonald, 2011). Como resultado después de la intervención, se evidenció el enmarcamiento relacional, en el cual la paciente logró desactivar las funciones psicológicas.

Conclusiones

De acuerdo con los hallazgos se determinó un efecto positivo en las conductas de adherencia al tratamiento en la paciente con TCE por traumatismo craneoencefálico. Respecto a la identificación de las conductas de adherencia al tratamiento en la paciente, antes de realizar la intervención psicoterapéutica, se observó dificultad para llevar a cabo las indicaciones de los profesionales de la salud. Ahora bien, después de realizar la intervención de la psicoterapia basada en la terapia de aceptación y compromiso, estipulado en seis sesiones, se observó que la paciente logró desplegar repertorios conductuales en relación a la adherencia terapéutica. En conclusión, se puede afirmar que terapia de aceptación y compromiso sirve para mejorar la adherencia al tratamiento viable, válido.

Referencias

- Gutiérrez, K., De los Reyes, C., Rodríguez, M., y Sánchez, A. (2009) Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral adquirido: ayudas de memoria externas y recuperación espaciada. *Psicología desde el Caribe*, (24), 147-179.
- Kangas, M., y McDonald, S. (2011). Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury, *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(2), 250-276. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21246445>
- Morton, M. V. y Wehman, P. (1995). Psychosocial and emotional sequelae of individuals with traumatic brain injury: a literature review and recommendations. *Brain Injury*, 9(1), 81-92.
- Muñoz-Céspedes, J. M., Lapedriza, N. P., Pelegrín-Valero, C. y Tirapu-Ustarroz, J. (2001), Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. *Revista de Neurología*, 32(4), 351- 364.
- Soo, C., Tate, R. y Lane-Brown, A. (2011). A systematic review of acceptance and commitment therapy (ACT) for managing anxiety: Applicability for People With Acquired Brain Injury? *Brain impairment*, 12(1), 54-70
- Wilson, K., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Caracterización del comportamiento suicida en adolescentes entre 14 y 18 años de edad en Arauca

Gerson Yesith Jaimes Parada

Resumen

En el presente estudio tiene el objetivo de describir los factores que caracterizan el comportamiento de riesgo suicida en adolescentes escolarizados de Arauca, Arauca, donde se evaluaron 171 adolescentes escolarizados en instituciones públicas, en edades comprendidas de 14 a 18 años. Se utilizó la escala de riesgo suicida de Plutchick como instrumento, por medio de la cual se identifican rasgos compatibles en tres categorías: normalidad, estado depresivo leve moderado y estado depresivo severo. Como resultado se encuentra que el 81% de los adolescentes presentan rasgos compatibles con la normalidad, contrastado con un 19% rasgos compatibles con estados depresivos leves moderados. En cuanto a variables relacionadas se haya una relación con la tipología familia nuclear incompleta y la conducta de riesgo dada al suicidio.

Palabras clave: adolescencia, caracterización, suicidio.

Introducción

Considerando que el suicidio es un fenómeno global, a continuación se presenta una contextualización y un panorama general de este fenómeno. Las estadísticas a en el contexto internacional no son alentadoras. A la fecha no se identifica una explicación única para resolver la causa del porque una persona atenta contra su propia vida de manera letal. Se relacionan factores sociales, psicológicos y culturales y de otro tipo; estos pueden mediar para terminar en comportamientos suicidas. La epidemiología mundial nos precisa que en el 2012 se llegaron a registrar 804 000 muertos por suicidio, lo que representa una tasa mundial según la edad de 11,4 por 100 000 habitantes, discriminado en 15 hombres y 8 mujeres. Esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad (OMS, 2014).

En el ámbito nacional las conductas suicidas y la tasa de estas van en aumento con la edad. La Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) informa que Colombia presenta tasas de suicidio menores que países latinoamericanos como las de Chile y Argentina; a pesar de esto, es la cuarta causa de muerte violenta. Los reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal (2013) presentan como resultado que durante el 2013 se registraron 1810 casos de suicidio, así mismo según el sistema médico legal colombiano 18 275 personas fallecieron por suicidio durante la década comprendida entre los años 2004 y 2013. Realizando el análisis de datos presentados en este informe, es preciso identificar un claro descenso de la tendencia, dada en 4 suicidios por cada 100 000 habitantes. A partir del 2007 hasta el 2012 se aumenta este número, siendo este último año el que presentó mayor número de casos registrados (1901); sin embargo la tendencia se mantiene en una tasa promedio de 4,1 actos cometidos por cada 100.000 habitantes.

Conceptualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al suicidio como el “[...] acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal a través del cual pretende cambios deseados”. Actualmente se considera que el suicidio se mueve en diferentes aspectos según su nivel de gravedad, dándose desde la *ideación*, entendida como idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e *ideación* suicida; hasta la *gradación conductual*, entendida como las posibles amenazas, gestos, tentativas y

suicidio consumado (OMS, como se cita en *Guía de práctica Clínica en el SNS*, 2012).

Este fenómeno en población adolescente es mucho más complejo de conocer y evaluar. Jeanneret, citado por Buendía y Riquelme (2004), presenta el paradigma del iceberg para contextualizar y concluir la incidencia de la ideación suicida es mucho mayor que el acto perpetuado como tal; según este planteamiento los pensamientos suicidas ocuparían la parte más profunda, desconocida y amplia; en un nivel medio se encuentra las tentativas de suicidio, y la punta de dicho iceberg serían los actos ya consumados. De acuerdo con esto, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) muestra en el contexto nacional que los adolescentes que han mantenido una ideación suicida es de 6,6%; plan suicida, un 1,8%, e intento de suicidio mediado por un 2,5%. Esta superioridad porcentual en contextos de ideación denota una problemática que ocasionalmente no se tiene en cuenta para los procesos de seguimiento y monitoreo territoriales. Uno de los intereses del presente estudio fue dar inicio al estudio de este fenómeno contextualizado a características sociodemográficas de Arauca.

Metodología

El presente estudio está fundamentado en un enfoque cuantitativo, un diseño transeccional y un alcance descriptivo; son estudios descriptivos aquellos que buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Este describe tendencias de un grupo o población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Diseño Muestral

Para el desarrollo del diseño muestral se utilizan técnicas de muestreo probabilísticas y aleatorización. También hay una utilización de cálculo muestral para poblaciones finitas bajo un grado de confianza del 95%.

Muestra: 171 Adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 18 años de edad.

Resultados

Análisis de frecuencia escala de riesgo suicida:

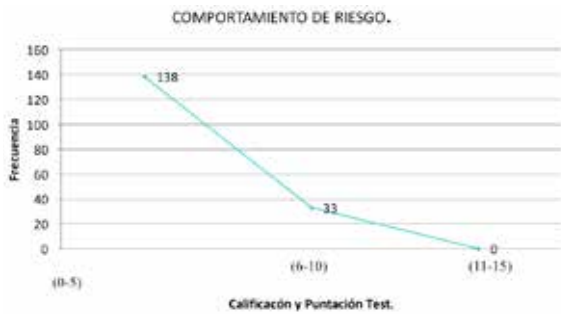
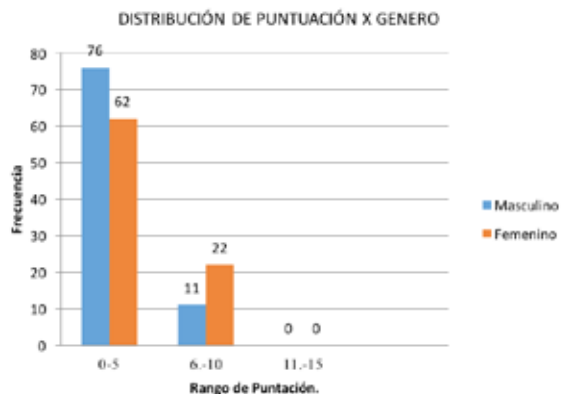


Tabla de datos N.º 1.

Variable de análisis	Frecuencia	P.T.	%
Compatible con la normalidad	138	0-5	81%
Compatible con el estado depresivo leve- moderado	33	6-10	19%
Compatible con estado depresivo severo.	0	11-15	0%

Figura 1. Análisis de frecuencia.

En la figura 1, se da a conocer el análisis realizado con las calificaciones obtenidas, producto de la implementación del instrumento “escala de riesgo suicida” de Plutchik, en el cual se identifica una frecuencia de 138 en el rango de puntuaciones de 0 a 5, que significa que en este número de adolescentes existe un escaso o mínimo deseo de cometer actos suicidas; en el rango de puntuación de 6 a 10, con una frecuencia de 33, se identifica que existe cierto riesgo de cometer suicidio. Es recomendable contactar a un profesional para buscar tratamientos específicos para corregir la sintomatología depresiva. En el rango de puntuación de 11 a 15 no se identifica ningún número de adolescentes que hayan puntuado dentro de este. Dentro de la población evaluada no se identifica alto riesgo de presentar conductas o comportamientos relacionados con el suicidio



Frecuencia / Género		
Puntuación	Masculino	Femenino
0-5	76	62
6-11	11	22
11-15	0	0

Figura 2. Puntuaciones por género.

En la figura anterior se realiza la descripción de las puntuaciones por género en contraste con las puntuaciones obtenidas con la escala de riesgo suicida, identificando la prevalencia de las puntuaciones obtenidas en participantes de género femenino dentro del rango establecido por el instrumento de (6-11), con lo cual se establece e identifican rasgos compatibles con estados depresivos leves moderados, con una frecuencia de 22.

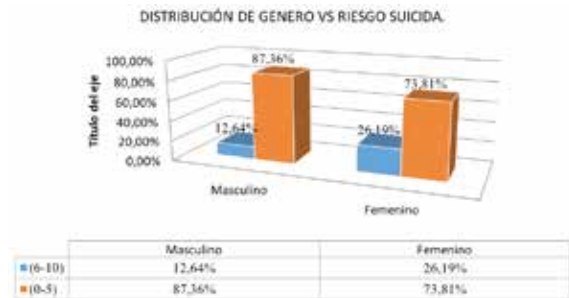


Figura 3. Puntuaciones por género y riesgo suicida.

En la figura 3, se describe el comportamiento porcentual de los datos frente a la distribución por género y la variable de riesgo suicida en la población adolescente evaluada.

Discusión

A pesar de la prevalencia del suicidio, de los intentos de ideación, del sufrimiento asociado con los sobrevivientes y del costo del comportamiento suicida notoriamente hay poca investigación, y las intervenciones terapéuticas diseñadas dirigidas directamente a reducir el riesgo suicida o conducta parasuicidas son efectivas para reducir este riesgo (Ellis, 2006).

Según la encuesta nacional de salud mental (2003), solo una de cada diez personas con un trastorno mental y solo una de cada cinco con dos o más trastornos mentales dijeron recibir servicios de

cualquier tipo en el último año, lo que da muestra la dificultad latente del acceso a servicios de salud mental; esto es relevante considerando las tasas de mortalidad por suicidio o actos relacionados a este. Así mismo hay que considerar variables sociales relacionadas como factores estresores familiares, sociales, conflicto armado y características sociodemográficas. El modelo cúbico del suicidio de Shneidman, (Ellis, 2006) plantea la fuerte influencia de factores y variables como: dolor psicológico, perturbaciones y el alto nivel de presión y factores estresores como determinantes importantes a la hora de la perpetuación de actos suicidas.

Su estudio, a muy grandes rasgos, nos enseña que pueden descartarse, desde hace más de un siglo, las siguientes explicaciones para el fenómeno del suicidio: los factores económicos, los factores climáticos y geográficos, la guerra, la religión, etc.; es decir, una serie de factores que podríamos considerar radicalmente externos al individuo, si bien pueden sumarse a cuestiones sociales mucho más profundas y coyunturales

Conclusiones

Teniendo como fundamento el diseño metodológico y el objeto del presente estudio, se concluye que, de los adolescentes evaluados con edades entre 14 a 18 años, el 19% presenta rasgos compatibles con el estado depresivos leve-moderado y relacionado con el análisis de puntuaciones por género. Se identifica que de los adolescentes evaluados que presentan rasgos depresivos leves, el 12,64% son de género masculino y el 26,19%, femenino. Se ve una superioridad en las puntuaciones del 50% por parte de las adolescentes.

En cuanto a la distribución de puntuaciones por edad y rasgos relacionados con el riesgo de cometer actos de autoagresión, el 21,21% son adolescentes de 15 años; el 36,36%, de 16 años; el 21,21%, de 17 años, y finalmente el 6,07% de adolescentes de 18 años de edad. Se resalta la superioridad en los datos relacionados al grupo etareo de 15 a 17.

Con respecto a los factores relacionados, como la tipología familiar identificada en los adolescentes

que puntuaron de 0 a 5, el 56% compone una familia de tipo nuclear completa; el 37%, una nuclear incompleta, y finalmente un 7% afirma vivir con otros miembros de la familia. Se ve la superioridad en adolescentes que componen familias nucleares completas. Contrario a esto la tipología familiar que prevalece en adolescentes con rasgos de depresión leve y riesgo de cometer actos de autoagresión es la de familias nucleares incompletas representado por un 52%, seguido de 39% nuclear incompleta y finalmente un 9% los que conviven con otros familiares.

Referencias

- Buendía J, Riquelme A, Antonio J. (2004), El suicidio en Adolescentes, *Factores Implicados en el Comportamiento Suicida*. Universidad de Murcia.
- Comportamiento del Suicidio en Colombia (2013), Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Colombia.
- Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), Tomo Uno, Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. ISBN: 978-958-8903-20-0.
- Estudio Nacional de Salud Mental (2003), Ministerio de la Protección Social Colombia, Fundación FES SOCIAL.
- Guía de Práctica Clínica en el SNS (2012). Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Hernández Fernández y Baptista (2010), *Metodología de la Investigación*, Quinta Edición. McGRAW-HILL /interamericana Editores S.A.
- Organización Mundial de la Salud oms, organización Panamericana de la Salud OPS, (2014), Prevención del Suicidio. Un Imperativo Global (Resumen Ejecutivo). ISBN:978 92 4 256477 8
- Thomas E. Ellis (2006), *Cognición Y Suicidio, Teoría, Investigación y Terapia*. Manual Moderno. ISBN: 9789707293618.

Nivel de implementación de los procesos de la gestión humana en las empresas de Arauca

Helybet Ríos Sarmiento

Resumen

El presente artículo muestra los niveles de implementación de los procesos de la gestión humana en las empresas de Arauca. El estudio se desarrolló bajo una metodología mixta, a través de la recolección de datos cuantitativos y cualitativos. Las técnicas de recolección de información fueron una encuesta estructurada y el desarrollo de grupos focales. El proceso permitió identificar el nivel de implementación de los procesos de la gestión humana en algunas empresas públicas y privadas de Arauca. Los resultados reflejaron la necesidad de fortalecer dichos procesos en el Municipio Araucano.

Palabras clave: competitividad, gestión humana, modernización empresarial.

Introducción

La Cámara de Comercio de Arauca reporta que el 96,9% de los registros mercantiles corresponden a microempresas, el 2,93% a pequeñas empresas y un 0,17% a medianas empresas, cifras que muestran la necesidad de vigorizar el desarrollo empresarial de la ciudad y visualizar el crecimiento económico de esta. Sin embargo dicha visión exige la implementación de estrategias competitivas en las empresas araucanas.

Estas estrategias competitivas se hacen indispensables para ingresar a la modernización empresarial, lo mismo se ha venido desarrollando en articulación con el área del talento humano (Werther y Davis, 2008). En este sentido se asume que la gerencia del talento humano tiene gran participación y responsabilidad en la productividad, el equilibrio y el sostenimiento de las empresas.

En concordancia con lo anterior, Furnham (2001) señala que la implementación de la gestión humana al interior de las organizaciones estimula la proactividad, y esto favorece la competitividad y permanencia en el tiempo de una organización.

En este sentido, reconociendo la importancia y la relación del éxito empresarial con los niveles de implementación de los procesos de gestión humana, se derivó el interés por conocer si en las empresas de Arauca se implementan procesos de gestión humana como estrategia organizacional que favorezcan su productividad y cuál es su nivel de implementación.

Siendo así, el estudio permitió exponer la situación empresarial de Arauca en el marco de la implementación de los siguientes procesos de la gestión humana: la evaluación de desempeño, el análisis del puesto de trabajo, la seguridad e higiene, el reclutamiento, la planificación de recursos humanos, la retribución, la evaluación y desempeño, la planeación de la carrera profesional, la capacitación y desarrollo, la cultura organizacional y sistema de compensaciones.

Metodología

El estudio se desarrolló bajo los lineamientos de la metodología de la investigación mixta al recolectar y analizar datos cuantitativos y cualitativos, para lo cual se utilizaron como instrumentos una encuesta estructurada y grupos focales.

Se realizó un estudio descriptivo que permitió conocer y definir aspectos relacionados con el nivel de implementación de la gestión humana en empresas

públicas y privadas del municipio de Arauca. Este se hizo con un estudio exploratorio no experimental de tipo transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El tipo de muestreo para el presente estudio fue por conveniencia, debido a la accesibilidad que existe de la población.

Resultados

Se entrevistó y aplicó la encuesta a veintiún gerentes o representantes legales de organizaciones de Arauca, esto con el fin de establecer su perspectiva en cuanto a la gestión humana.

Al ser indagados sobre el tipo de procesos de gestión humana que cada uno ha implementado en sus respectivas organizaciones, el 76,2% manifestó haber desarrollado la retribución, mientras que el 47,6% ha ejecutado acciones de capacitación y desarrollo, reclutamiento y seguridad e higiene. A su vez, el 23,8% aseguró no haber implementado ninguno de los procesos de gestión humana en sus empresas.

En cuanto al nivel de implementación de los procesos de la gestión humana en las organizaciones de Arauca, se reflejó que los procesos que prevalecen en las organizaciones de Arauca son seguridad e higiene con un nivel de implementación del 4,14%; evaluación del desempeño, con un nivel de implementación global de 4,09%; análisis del puesto de trabajo, con un nivel de implementación del 4,05, y reclutamiento, con un nivel global de implementación de 4,0.

En segunda medida se encuentran por debajo de la media global los siguientes procesos de la gestión humana: capacitación y desarrollo con 3,94; sistema de compensación con un 3,81; retribución con 3,76 y cultura organizacional con 3,69

Finalmente se señala con los más bajos niveles de implementación los procesos de planeación de la carrera profesional con 3,48 y la planificación de los recursos humanos con un 3,41.

Discusión

A nivel general se encuentra que en las empresas de Arauca, la implementación de los procesos de gestión humana se ubica en un promedio de 3,88 (por debajo de la media)

Observándose que los procesos menos aplicados están relacionados con las acciones de capacitación y

desarrollo, la cultura organizacional y el sistema de recompensas o retribución, lo que permite inferir que se atribuye poca importancia al fortalecimiento de competencias intelectuales y personales que mejoren las habilidades de los trabajadores y les permita crecer profesionalmente al interior de la empresa (Rué, Byars, Lloyd, Rubio y García, 2000).

Del mismo modo, se refleja la ausencia de acciones que propendan por el adecuado clima laboral, a partir de la estimulación continua de la motivación y el sentido de pertenencia de los trabajadores, a través de adecuadas políticas de retribución y recompensas, no solo en términos económicos, sino en gestos de valoración y estima hacia el empleado, de manera que se fortalezca su autoestima y autoconfianza dentro de la empresa (Werther y Davis, 2008).

Sin embargo es importante señalar que los procesos prevalentes y con un nivel de implementación por encima del a media son aquellos relacionados con las funciones, los proceso de evaluación y las condiciones del puesto de trabajo; esto muestra el interés por mantener claridad en cuanto al perfil y las funciones que se deben desarrollar en el marco de las responsabilidades del puesto, así como las condiciones intralaborales que garanticen la seguridad en la ejecución del cargo asignado (Dessler, 1994).

La anterior clasificación y descripción informa que en las empresas (21) de Arauca, se implementan parcialmente procesos de gestión humana, lo que obliga a potencializar esta estrategia organizacional, porque según Chiavenato (2002) la gestión humana implica una planeación estratégica e integral, y sus procesos deben ser desarrollados alineadamente y no de manera aislada.

Conclusiones

Se confirma la necesidad de fortalecer y promover la implementación de los procesos de la gestión del talento humano en las empresas de Arauca, dada la insuficiente importancia atribuida a la planificación,

la capacitación, la actualización y la motivación del cliente interno de las organizaciones, reflejado en un nivel de implementación global del 3,88.

Se hace énfasis en la responsabilidad de la administración del talento humano, como área de la organización garante de optimizar e incrementar la productividad y competitividad de las empresas.

A pesar de que existe un reconocimiento significativo de al menos uno de los procesos de la gestión humana, se concluye que los procesos de la gestión humana son aplicados de manera aislada. No se hace una planeación estratégica previa que brinde indicadores de evaluación y ayude a un mejoramiento continuo en las organizaciones, lo que conlleva a la necesidad de formular programas de cualificación y formación dirigida a la comunidad empresarial de Arauca con el ánimo de desarrollar competencias específicas en los procesos de la gestión humana.

Referencias

- Cámara de Comercio de Arauca. Informe de gestión 2011. Recuperado de http://ccarauca.org/data/archivos/galerias/3/informe_de_gestion_cca_ao_2011.pdf
- Chiavenato, I. (2002). *Gestión del talento humano*. (5.ª ed.). Bogotá,: McGraw-Hill.
- Dessler, G. (1994) *Administración de personal*. (6ª. ed.). México: Prentice-Hall.
- Furnham, A. (2001). *Psicología Organizacional: El comportamiento del individuo en las organizaciones*. México, D. F.: Alfaomega.
- Hernández, R., Fernández, C, y Baptista P. (2010) *Metodología de la investigación*. (5ª. ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Rué, L., Byars, L., Rubio de Baellie, G., García Carmona, E. (2000) *Administración: teoría y aplicaciones*. México, D. F.: Alfaomega.
- Werther, W. y Davis, K. (2008) *Administración de recursos humanos: El capital humano de las empresas*. México, D. F.: McGraw-Hill.

Diseño y validación de un instrumento para prevenir el acoso escolar

Nayib Carrasco Tapias, Hernando Alberto García Jiménez.

Resumen

La investigación pertenece al macroproyecto de la Universidad Cooperativa de Colombia ejecutado en tres ciudades del país: Bogotá, Medellín y Montería. Este proyecto filial indaga sobre la validez de un instrumento para prevenir el acoso escolar mediante el enfoque metodológico cualitativo y las categorías de *prosocialidad* y *convivencia escolar* en diez instituciones educativas oficiales y privadas del Valle de Aburrá. Al determinar el clima escolar se logra la intervención mediante el trabajo con grupos focales que aseguren la prevención de toda forma de *bullying* y acoso escolar; se promueve la convivencia y el rescate de la escuela como espacio de paz para la generación del conocimiento, lo que garantiza los ambientes formativos pertinentes para el acto educativo.

Palabras clave: agresión, bullying, convivencia escolar, prosocialidad.

Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín.
nayib.carrasco@ucc.edu.co
hernando.garcia@campusucc.edu.co



Introducción

El ambiente social es trascendental en la vida del ser humano, tanto como individuo, en la estructura de su personalidad, como ser inscrito en una conformación cultural. Desde esta perspectiva se rescata el valor de las conformaciones sociales primarias (la familia, la iglesia, los grupos deportivos, los artísticos, la escuela) no solo como agentes socializadores, sino formadores con suficiente capacidad para proveer, proteger, educar y preparar a sus integrantes para enfrentarse, de manera autónoma, y solucionar con responsabilidad, las situaciones conflictivas.

La escuela, la familia y la comunidad, como redes sociales, deben ser estables y permanentes en el tiempo, asegurar apoyo emocional, material o de formación pertinente que fortalezca las interacciones y potencie las habilidades sociales y comunicativas. Estas últimas generan resiliencia en los niños y adolescentes, sin desmedro de una personalidad sana, de ahí el énfasis del presente trabajo en el *bullying* y los mecanismos para establecer un clima escolar sano.

La visión diagnóstica del presente trabajo muestra una relación directa entre el entorno socioeducativo y las características de las personas: se comprueba así que quienes se exponen a mayores riesgos o factores de vulnerabilidad presentan dificultades de comunicación, carencias de autoestima, conflictos en las relaciones con el otro y dificultades para la aceptación de la norma. En el proceso de mediación se favorece la autodeterminación, la capacidad que generan habilidades sociales y comunicativas, y la toma de decisiones responsables, autónomas que mejoran muchas de sus capacidades innatas.

Se tiene una orientación para el reconocimiento no solo las causas directas del matoneo, sino para su detección, intervención y mejoramiento del clima organizacional de las instituciones intervenidas en las tres ciudades capitales mediante el trabajo con grupos focales. Siendo optimistas se espera lograr que los estudiantes se hagan protagonistas de su historia o proyecto de vida, capacitados para construir su subjetividad, que sean personas íntegras, alegres y capaces; desde allí, se vincula el concepto de resiliencia, referido a la capacidad de enfrentar exitosamente las adversidades y salir enriquecido y fortalecido.

Los hallazgos y conclusiones se sintetizan en un modelo que permite tanto el acercamiento como el mejoramiento del clima escolar, de manera que se abran espacios para la formación integral y sea acicate para la resignificación de prácticas pedagógicas y

docentes acordes a los requerimientos educativos de la posmodernidad.

Metodología

Alcance y delimitación

Se trabaja desde la investigación-acción propia de las ciencias sociales o humanas; esta perspectiva puede extenderse y ser potenciada para profesionales del área social y por otros de estos, cuya labor está orientada a la niñez y adolescencia institucionalizada, para emprender acciones en pro de la prevención de las formas de matoneo, la promoción de la resiliencia y la implementación de espacios pedagógicos pertinentes que aporten y favorezcan el sano desarrollo de los estudiantes, cuya acción se irradie en la comunidad en la cual están inscritos en cumplimiento de sus proyectos de vida como seres únicos, trascendentes, históricos y sociales.

La población beneficiaria está compuesta por adolescentes de ambos géneros que no presenten discapacidades físicas o cognitivas y estén inscritos en el nivel básico secundario en diez instituciones educativas, privadas o públicas, del Valle de Aburrá y que pertenezcan a los estratos socioeconómicos del 1 al 6. Este mismo parámetro se cumple en el macroproyecto desarrollado en las otras dos ciudades capitales Bogotá y Montería.

La investigación está centrada en indagar sobre la validez de un instrumento para prevenir el acoso escolar mediante el enfoque metodológico cualitativo cuyas categorías son la prosocialidad y la convivencia escolar, y el valor agregado de la resiliencia. Al determinar el clima escolar se logra la intervención mediante el trabajo con grupos focales que aseguren la prevención de toda forma de matoneo y de acoso escolar; a su vez se promueve la convivencia y el rescate de la escuela como espacio de paz para la generación del conocimiento, lo que garantiza los ambientes formativos pertinentes para el acto educativo.

Como se registró antes se trabaja dentro de los lineamientos de la metodología de investigación cualitativa porque esta confronta el problema u objeto de estudio de validez externa a través de diversas estrategias. Específicamente para esta práctica investigativa se favorece la triangulación de los resultados con los datos cuantitativos, así mismo, la adopción del criterio de representatividad estructural que incluye manejar la muestra o miembros de los grupos focales

como elementos principales de la estructura social que se interviene.

Tipo y nivel del estudio

Se pretende conocer la realidad de los educandos adolescentes, desde sus experiencias de vida, teniendo en cuenta sus sentimientos y emociones; este estudio se enmarca en el paradigma cualitativo, cuyos hallazgos producidos no obedecen a datos estadísticos que revelan con exactitud la información de la población en estudio. Más bien obedece a un proceso descriptivo de la realidad, cuya información es obtenida directamente de las manifestaciones de las personas objeto de estudio. En este sentido, el aspecto cualitativo se utiliza para describir el medio socioeducativo y las características resilientes identificadas en los adolescentes y jóvenes a partir de sus experiencias de vida, los conceptos, sentimientos y emociones, que permiten analizar la información desde una perspectiva holística y dinámica de la realidad, a la luz del referente teórico, conceptual y contextual específico.

Técnica de trabajo

Como técnica proyectiva primaria para la recolección y sistematización de la información se desarrollan los grupos focales. Estos son pertinentes e idóneos en el tratamiento de problemáticas en ciertos ambientes sociales que otras metodologías de investigación limitan en cuanto al acercamiento a la expresión de conocimientos, actitudes y comportamientos sociales de los diferentes actores y población beneficiaria. La comunidad educativa en pleno (padres y madres de familia, acudientes, docentes, estudiantes de la básica secundaria...) participó en la integración de los grupos focales. La información que se obtuvo se organizó, registró y sintetizó mediante la técnica de fichaje.

El fichaje permitió registrar los cuestionamientos directos e indirectos a los participantes, pues manifestaba y proyectaba sus motivaciones, creencias, actitudes o sentimientos. Estos sentimientos eran acerca del clima escolar, el matoneo en todas sus formas, su prevención y la búsqueda e implementación de las estrategias pertinentes para promover la convivencia y posicionar la institución educativa como lugar en paz y seguro que favorezca la construcción y maduración de personalidades sanas para que se forman para mejores desempeños futuros en los ámbitos

personal, social y laboral. Al Interpretar la conducta de otros, los participantes proyectan de manera indirecta sus propias motivaciones, creencias, actitudes o sentimientos en la situación.

Se manejó el grupo focal porque esta técnica proyectiva opera con testimonios de vida, es una vivencia directa dentro del grupo y la interacción permite una mayor dinámica social alrededor de la temática dada producida entre los miembros del grupo. Esto incide significativamente en los resultados y valoración para las conclusiones; puede considerarse que el conocimiento así obtenido sea provisional y dependiente del contexto; cuestiona los criterios de objetividad y confiabilidad pero favorece la implantación de estrategias para la reflexión y articulación con la praxis que es en última instancia la función de la educación.

Muestra

En el establecimiento del estado del arte se realizó el rastreo, el arqueo y la selección y organización de la información, y se sistematizó a través de la técnica de fichaje tanto bibliográfica, de contenido y mixta. Esta técnica permitió la organización, los registros bibliográficos y la síntesis de la información obtenida en el trabajo con los grupos focales.

El fichaje, como lo indica Balestrini (1997), facilita la clasificación de la información a conveniencia de la necesidad e intención del investigador, requiere los mínimos espacios para la recolección, el almacenamiento y el traslado de los datos. Puede tenerse en físico (impreso) o de forma digital; en síntesis es una excelente técnica y resulta económica. El uso de las técnicas de la información y la comunicación hizo más versátil, profundo y atractivo el proceso de recolección, almacenamiento, selección y sistematización de la información.

Siguiendo esto, la información obtenida se registró en fichas directas e indirectas; las directas emanadas de los informes bibliográficos de los investigadores, y las indirectas del registro y apreciación de las manifestaciones y evidencias de los participantes de los grupos focales. Igualmente se trabajaron las fichas mixtas que fusionan la información relevante contenida en las fichas directas e indirectas.

Enfoque

En el tejido del diseño de la investigación, la determinación y cumplimiento de los objetivos, los grupos

focales constituyeron objetos de investigación en sí mismos y dinamizaron la triangulación de los resultados con otras técnicas de recolección de datos tanto como lo indica Kinnear y Taylor (1998); esto debe hacerse máxime dado el macroproyecto en que se inscribe esta práctica investigativa. Escoger el enfoque fenomenológico obedece a la consideración de este como el que mejor comprende el elemento filosófico y, por tanto, posee una cercanía y acceso a la temática psicológica para entender cómo los otros ven al mundo y cómo su visión puede variar de las visiones generales, enfocándose en las interpretaciones subjetivas de una persona sobre lo que ella experimenta. La fenomenología se realiza entrevistando a los sujetos para conocer sus impresiones, y es usada con frecuencia en campos como la psicología, la sociología y el trabajo social.

El enfoque fenomenológico para referirse a la descripción de los fenómenos en sí mismos, entendidos por las personas integrantes de los grupos focales, no solo comprende los sucesos físicos, sino los significantes que las personas les asignan. Por lo tanto, basada en las experiencias y la vida cotidiana de los mismos actores, hace énfasis en la importancia que ellos le dan a los sucesos y al mundo que les rodea desde su propia perspectiva. Una investigación bajo este enfoque hace que el investigador se conecte con el fenómeno para lograr entenderlo a partir de la subjetividad de las personas involucradas en él, de tal manera que le es imposible mirarlo como un caso aislado, lo que permite que las disquisiciones epistemológicas existentes cobren vida a partir de la relación que se hace de estas con la realidad que se devela.

Discusión

Toda investigación propende por la generación de nuevos conocimientos y saberes que puedan replicarse en situaciones análogas para el mejoramiento de las condiciones estudiadas y de la calidad de vida de las personas involucradas en el objeto de estudio, según los recursos acotados (muestra poblacional, grupos focales, observación directa e indirecta, encuestas,...); por eso es necesario la aplicación del rigor científico en la sustentación de las conclusiones que permita la extrapolación de los resultados y extienda el ámbito de interés, que dé apertura a nuevas propuestas teóricas o trabajos de campo con manejo sistematizado y seriedad científica.

La revisión previa se hizo en el principio de la investigación y tras haber empleado varias bases de datos actualizadas, investigaciones, artículos y revistas, lo mismo que el rastreo y consultas en la web. Se compiló material válido y vigente que nos proporcionó información para la elaboración de un fichaje como medio de apoyo para la estructuración del estado del arte. Con se trabajaron los aspectos más relevantes y actuales sobre el acoso escolar, la prosocialidad y el mejoramiento de la convivencia escolar. De todas las referencias leídas y analizadas y del trabajo con la técnica de grupos focales se ha realizado la caracterización de actores y eventos que fortalecen y dan confiabilidad científica a las categorías que se vienen trabajando en la investigación con el fin de prevenir el acoso escolar en las instituciones educativas oficiales de las ciudades de Bogotá, Medellín y Montería.

La discusión legitima nuestras conclusiones mediante el análisis del estudio y práctica investigativa y sus resultados. Esta discusión es análisis y síntesis de nuestro trabajo de investigación. La calidad y seriedad científica del análisis desde el enfoque epistemológico nos permite el optimismo en la presentación de nuestros hallazgos y conclusiones.

Hallazgos preliminares

El maltrato entre escolares altera la convivencia en la escuela. Esta impide el libre y responsable desarrollo de la personalidad, y el acceso a toda forma de saber y conocimiento.

El acoso escolar propicia la deserción estudiantil y, por ende, incide en el cumplimiento de los fines de la educación como lo contempla la constitución: derecho-deber con carácter de obligatoriedad y gratuidad en todas las instituciones educativas oficiales.

El abuso y la violencia escolar generan desajustes personales, familiares y socioculturales, que impiden la construcción de un país democrático, pacífico y en pleno desarrollo, que cuente con sostenibilidad y calidad de vida para sus ciudadanos.

La agresión y el matoneo escolar generan comportamientos inapropiados en el desarrollo del acto educativo e impiden asumir los aprendizajes y la generación de nuevos conocimientos.

Con los instrumentos empleados en las diferentes investigaciones se vio que la categoría de prosocialidad; sus subcategorías como la empatía y la autorregulación en el comportamiento son los dos pilares de lo prosocial (redes sociales, soporte social percibido y soporte social efectiva).

De las investigaciones revisadas se deduce que en las instituciones educativas y la población estudiada se manifiesta la violencia escolar en todos los géneros.

En las instituciones educativas tanto públicas como privadas, en los diferentes niveles socioeconómicos y culturales, se dan representaciones de violencia, agresión y el acoso escolar de varias formas o comportamientos (redes sociales, medios de comunicación.)

Desde el estudio del matoneo, el cotejo de los artículos y las investigaciones se confirma que el acoso escolar está determinado por tres figuras: la víctima, el victimario y el espectador.

En estas tres figuras y en un alto porcentaje de sus comportamientos se devela la ansiedad, la agresión, los miedos, la baja autoestima, las pocas relaciones interpersonales, la soledad, los padres ausentes, el estrés y el poco manejo de la norma y la autoridad.

En cuanto al *ciberbullying* originado en las ciberculturas como fenómeno asociado a los avances tecnológicos, los participantes tienen en sus comportamientos y conductas más visibles depresión, ideas suicidas, frustración, irritabilidad, trastornos del sueño, dificultades en la atención y la concentración, poco rendimiento escolar, consumo de alcohol y drogas y dependencia tecnológica.

Conclusiones

La *prevención* es la mejor y más fuerte medida, porque permite a través de diferentes técnicas la recuperación de la escuela como espacio seguro, que propicia la formación integral y con calidad de los individuos. Esto se hace a través de técnicas como como el mapeo de las zonas de riesgo, la detección de alertas tempranas, el trabajo mancomunado de educadores, administradores educativos y padres, madres de familia y acudientes.

Se requiere de una intervención pertinente que comprenda los parámetros siguientes:

a) Intervención, orientada hacia la prevención de las conductas agresivas y disruptivas mediante el trabajo pedagógico y la lectura de alertas tempranas.

b) Canalizar los problemas conductuales en las instituciones educativas con toda la comunidad escolar (docentes, estudiantes, padres y madres de familia y acudientes) y buscar orientación de profesionales idóneos como psicólogos y trabajadores sociales, entre otros

c) Trabajar proyectos pedagógicos de aula como lo estipula la ley con base en la educación para la paz el clima escolar y la resiliencia educativa. Esto debe tener el ingrediente lúdico acorde con la didáctica para responder a los estadios cognitivos y psicológicos de los estudiantes.

d) Promover y fortalecer el ejercicio de lo prosocial como las redes sociales, soporte familiar y soporte social efectivo-afectivo.

e) Implementar nuevas y pertinentes estrategias en la comunidad educativa en las cuales se dé cumplimiento desde la internalización de norma y la práctica de todas las leyes y proyectos que desde el Ministerio de Educación Nacional se determinan para una mejor convivencia escolar: Ley de la Infancia y la Adolescencia 1098, la Ley 1620 sobre Convivencia Escolar, Ley de Inclusión, entre otras. Así se logrará prevenir el matoneo homofóbico, el acoso escolar, el *bullying*, el *cyberbullying*; para que los niños, niñas y adolescentes sean más felices y capaces, construyan y vivan su proyecto de vida acorde a su dignidad humana.

Referencias

- Albaladejo, M. (2011). *Evaluación de la violencia escolar en educación infantil y Escolar*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Alicante, Departamento de Psicología de la Salud., Alicante, España.
- Gómez, A. y Nashiki, R. (2013), 18, (58), 839-870.
- Gómez, A. y Nashiki, R. (2013). *Bullying: el poder de la violencia. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y víctimas en escuelas primarias de Colima*. Colima: México.
- Carrasco Tapias, N. y Martínez Chaparro, Á. M. (2011). *Formación en Psicología social comunitaria*. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia .
- Chaux, E., Molano, A. y Podlesky, P. (2007). *Intimidación escolar en Colombia: ¿Cuánto? ¿Dónde? ¿Por qué?* Foro Internacional sobre Intimidación Escolar. Universidad de Los Andes y Red paz. Bogotá: Colombia.
- Congreso de Colombia. (2012). Proyecto de Ley 201 de 2012 Cámara. *Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos y la Prevención y mitigación de la Violencia Escolar*. Bogotá: Colombia. Recuperado de: http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=201&p_consec=31961.

- Cuevas, M. C. (2006). *Exposición a violencia, conductas parentales y afrontamiento en Niños y adolescentes*. Tesis de Doctorado, U. de Granada, Granada: España.
- Cuevas, M. C. (2007). *Violencia Entre pares en instituciones de estrato alto y bajo*.
- Foro internacional sobre Intimidación Escolar. U. de los Andes, Bogotá: Colombia.
- Cuevas, M. C. (2003). *Violencia entre pares en instituciones educativas de estrato Socio-económico alto y bajo*. 29 Congreso Interamericano de Psicología. Lima: Perú.
- García Coto, M. Á. (2012). *Bullying o Sistema Bullying (SB): como emergente Del desajuste escolar. Los Factores de Riesgo, de Protección y la Resiliencia*. Grupo CIDEP. Buenos Aires: Argentina.
- Kinney, T. & Taylor, J. (1998). *Investigación de Mercados: Un enfoque aplicado (5a ed)*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Montero, M. (1994). *Psicología social comunitaria*. México: Universidad de Guadalajara.
- Moratto, N., Cárdenas, N. & Berbesí, D. (2012). *Validación de un cuestionario Breve para Detectar intimidación escolar*. *Revista CES Psicología*, 5(2), 70-78.
- Ovejero, A. (2013). *El acoso Escolar y su prevención. Perspectivas Internacionales*. Biblioteca Nueva. Siglo XXI. Barcelona: España

Investigar la salud mental y el neoliberalismo desde el psicoanálisis

Jairo Gallo Acosta, Anika Quiñones

Resumen

El presente documento se centra en describir los pormenores metodológicos¹ de la investigación *Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia*. Con el fin de contextualizar al lector, inicialmente se realiza una breve referencia los antecedentes de la pertinencia metodológica y temática de la investigación, para luego centrarse en enfatizar los aspectos metodológicos.

Palabras clave: salud mental, neoliberalismo, psicoanálisis.

Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá.
Jairo.gallo@campusucc.edu.co
anika.quiñones@campusucc.edu.co

1 Una versión preliminar se publicó como *Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia: una perspectiva psicoanalítica*. Athenea Digital. Recuperado de <http://atheneadigital.net/>



Introducción

El camino investigativo elegido puede no gustar para una psicología en Colombia de tradición angloamericana individualista, positivista, cognitiva, cuantitativa y experimental. En contraste está el psicoanálisis y la propuesta de análisis psicoanalítico de discurso, método que considera que la realidad se nos presenta como un texto. La metodología es un análisis en el discurso de la ideología, el poder, la relación con las instituciones, los factores históricos, que para el psicoanálisis son maneras como se presenta lo inconsciente.

En el análisis psicoanalítico de discurso, el texto es considerado un sujeto y se aborda como tal, así que en el análisis psicoanalítico del discurso es viable analizar el texto como un sujeto que se construye en ese discurso. El análisis psicoanalítico de discurso que se expone en este trabajo parte de los planteamientos realizados por el psicólogo inglés Ian Parker, quien propone que el discurso ha de analizarse no solo en la interacción verbal y en las formas habladas, sino en textos definidos como tejidos delimitados de significado reproducidos en cualquier forma. Parker (1992) concibe estos discursos como elementos que contienen sujetos que aparecen como elementos discursivos hablados y hablantes determinados por el contexto discursivo (pp. 9,10).

Ahora bien, el análisis psicoanalítico del discurso fue elegido para esta investigación como un primer intento de investigar desde los principios psicoanalíticos, sin tener que ajustarse a las normas de validez o científicidad que proponen otras lógicas investigativas. Esto se debe a que la investigación *Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia* es la cuarta que se realiza en la Línea de Investigación Psicoanálisis y Campo Social, del Grupo Boulomai del Programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá. Frecuentemente al final de las investigaciones de esta línea tocaba contextualizar a los evaluadores y a la audiencia en general respecto a las consideraciones del psicoanálisis sobre la investigación, y no en pocas ocasiones solicitaban cambiar procesos y procedimientos acordes con el psicoanálisis para darle paso a maneras de hacer, lineamientos y parámetros de verdad positivistas que responden a las necesidades de producción de conocimiento en una lógica angloamericana individualista, positivista, cognitiva, cuantitativa y experimental. Ante esto ha sido cada vez más necesario construir procesos y procedimientos

entendibles para los lectores, pero coherentes con las propuestas psicoanalíticas respecto al conocimiento, el saber, el poder y el ser.

Esta primera experiencia aplicando metodologías propias guarda aún procedimientos de organización de la información que pueden considerarse cercanos a perspectivas cualitativas; sin embargo recalamos que la investigación psicoanalítica no es nada más que eso, psicoanalítica, es decir no es cualitativa, ni cuantitativa, ni mixta, clasificaciones que aunque cada vez más están llamadas a resinificarse con tendencia a la eliminación, desafortunadamente todavía se mantienen en no pocos investigadores.

Respecto a la temática, la relación entre políticas de atención y prevención en salud, con neoliberalismo, se plantea debido a que el modelo político-económico de Colombia en la primera década del siglo XXI es neoliberal, y las consecuencias de estas políticas de los noventa, no son inmediatas, sino que empiezan a reflejarse en años posteriores, y una de esas manifestaciones es la salud mental. Se le ha restado importancia a las afectaciones que los procesos administrativos o de gestión en salud tienen directamente en los estados de salud de las personas, pero realmente son quienes se ha apropiado de validar el orden, producir reglas institucionales, tanto jurídicas como normativas que conduzcan los comportamientos saludables o no de los individuos.

Las políticas de atención en salud explican qué es salud, qué no lo es, y particularmente validan aquellos aceptados como generadores de bienestar o malestar en salud. Todos estos aspectos favorecen intereses administrativos, que en el caso del neoliberalismo, obedecen a estructurar el terreno para el mantenimiento de las lógicas del libre mercado. De esta manera, las lógicas neoliberales, inspiradoras de la gubernamentalidad, conducen los comportamientos de los individuos, lo que repercute en su subjetividad y su salud mental.

Para Foucault (2008), el liberalismo, que se deriva luego en neoliberalismo, no solo es una elección tanto política como económica formada y formulada por el gobierno, sino pasa a convertirse en una manera de ser así como de pensar. Lo más importante que plantea Foucault es que este liberalismo en esencia establece un tipo de relación entre gobernantes y gobernados; es un método de pensamiento, que mantiene dicha esencia y, al potenciar las dimensiones de libre mercado, es un retorno al *homo economicus*, considerado por el autor empresario de sí mismo:

[...] en la práctica, va a ser el objetivo de todos los análisis que hacen los neoliberales: sustituir en todo momento el homo economicus socio del intercambio por el homo economicus empresario de sí mismo, que es su propio capital, su propio productor, al fuente de sus ingresos (Foucault, 2008, p. 264).

Para la socióloga norteamericana Eva Illouz (2007) las relaciones entre neoliberalismo y prácticas psicológicas van más allá que una simple relación de análisis o conducir comportamientos, ya que intervienen sobre las emociones, es decir, en uno de los ejes de la subjetividad. Para Illouz esa construcción de la emoción actual va de la mano de la construcción del capitalismo, y, cuando se analizan estas emociones, también se analizaría la organización social del capitalismo.

La investigación buscó responder cuál es la relación entre las políticas económicas neoliberales y la prevalencia de ciertas problemáticas en salud mental en Colombia en la primera década del siglo XXI.

Metodología

La metodología que se propone en esta investigación se basa en los planteamientos realizados por el psicólogo inglés Ian Parker (1992), quien, desde el psicoanálisis, propone que el discurso se analice, no solo en la interacción verbal y en las formas habladas, sino especialmente en los textos definidos por este autor como tejidos delimitados de significado reproducidos en cualquier forma.

El análisis de discurso psicoanalítico intenta situar la comprensión del discurso en un contexto político-económico, es decir, que captura simultáneamente la organización del discurso y sus efectos en los sujetos. En palabras de Ian Parker (1996), estaríamos haciendo referencia a especificaciones concretas de la subjetividad, en las que el inconsciente se representa como el otro de la subjetividad y el yo no se considera como una estructura dentro de la cabeza del individuo. El yo se percibe como un tipo de habla, un estilo poderoso de expresión que para el sujeto hablante evoca un sentido de individualidad forjado por la terminología psicoanalítica.

La investigación se centra en una lectura del Decreto 3039 del 2007, por el cual se adopta el plan de salud pública 2007-2010 y el documento de los lineamientos de política pública en salud mental. A continuación, se explican algunas características de estos documentos analizados.

Documento 1. Lineamientos de política pública en salud mental:

Es un texto producto del trabajo en equipo del Ministerio de Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud entre 2003 y 2004. Gracias a convenios con la Organización Mundial de la Salud, fueron partícipes la Universidad de Harvard y la Fundación FES-Social, como producto del estudio en salud mental del 2003.

Documento 2. Decreto 3039 del 2007, por el cual se adopta el plan de salud pública 2007-2010:

Es un decreto expedido por la presidencia de la República de Colombia, que se realiza en virtud de la facultad de ejercer la potestad reglamentaria, mediante la expedición de decretos, resoluciones y órdenes necesarias para la cumplida ejecución de las leyes. Asimismo, este decreto es conferido por la capacidad del Estado para intervenir en el servicio público de seguridad social en salud y por la responsabilidad de la Nación respecto a la dirección del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud en el territorio nacional.

Cada uno de los documentos elegidos se analizó detenidamente, identificando los puntos de reflexión y análisis que fueran interesantes para teorizarlos desde los tres significantes centrales de la investigación, a saber, subjetividad, salud mental y neoliberalismo.

Posteriormente se realizó para el documento de lineamientos de política pública en salud mental una tabla de análisis de enunciaciones que generaran tensiones respecto a los principios neoliberales y fueran susceptibles de ser interpretados. Lo mismo se hizo para el decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el plan de salud pública 2007-2010.

Tabla 1. Tabla de enunciaciones Decreto 3039

ENUNCIACIÓN DE 3039	ANÁLISIS
<p>“Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud” (p. 12).</p>	<p>F43039. La política de salud se desarrolla los lineamientos para garantizar el derecho a la asistencia médica. Está regulada por la ley del sgsss, que es a su vez el que especifica la participación de los diversos sectores a nivel administrativo que con su gestión integral que permita la atención en salud mental, garantizan la salud mental. La prioridad se da la cobertura en salud según las demandas de la población de tal manera que se logre la eficiencia en la atención</p>
<p>“La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales” (pp. 8, 9).</p>	<p>F33039. Esta definición de calidad de vida es interesante, toda vez que los proyectos de vida se construyen en el horizonte de la igualdad, pero se desarrollan en la inequidad. Por lo tanto hay que optar por la resignación, y abrir de nuevo la brecha entre el Estado que provee a esa calidad de vida lo que se considera como derecho a la salud en sus procesos de atención integral, pero es la posibilidad de que el mercado con su oferta posibilite el desarrollo de los aspectos privados del proyecto vital. Lo que no cubre el Estado, lo hace el mercado.</p>
<p>“Desde esta perspectiva y de manera sintética se puede afirmar que la situación de salud de la población colombiana plantea grandes problemas característicamente asociados a la transición demográfica propia de una sociedad en proceso de modernización con tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento decrecientes; así como las características propias de la transición epidemiológica con una progresiva reducción de las enfermedades transmisibles, aunada a un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, así como las características socioeconómicas de países en desarrollo en donde confluyen condiciones de salud de extrema pobreza con riesgos asociados a la industrialización y globalización, a los procesos de urbanización y distribución espacial de la población; con impactos generados por los cambios en hábitos de consumo y comportamiento, los cambios en los sistemas de salud y educación, los cambios en la estructura social y económica, y la situación de conflicto armado registrados en las últimas décadas” (p. 18).</p>	<p>F53039. La naturalización de la enfermedad como un resultado del proceso de modernización, lo refleja casi que como un mal necesario. No solamente aleja la mirada microscópica de las particularidades en los procesos vitales de los ciudadanos, sino que además, delega en el ciudadano la incapacidad de adaptarse a dicho modelo, pues no se va a frenar ni la industrialización, ni la globalización, ni los procesos de urbanización y distribución de la genta, ni los hábitos de consumo, ni los cambios en el sistema de salud, ni en las estructuras sociales y económicas, aquel que no logra adaptarse es quien se enferma.</p>
<p>“Entre otras condiciones crónicas, cabe destacar la prevalencia de los trastornos de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, al menos un 40,1% de la población Colombiana ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y la prevalencia anual es del 16,0%, siendo los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo, los más frecuentes entre las mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas más prevalentes en los hombres” (p. 21).</p>	<p>F63039. Se identifica en el conteo de casos la incidencia y prevalencia del número de casos en enfermedad mental, incluso se enfatiza en la población llamada vulnerable, pero no se busca en los procesos vitales de las personas las condiciones asociadas a la deconstrucción de su proyecto de vida, la respuesta está en las dificultades biológicas aumentadas por las dificultades sociales. Cabría preguntarse y cuáles son las condiciones estructurales de la cotidianidad de la persona que aportaron a que se generara el inicio del cuadro depresivo.</p>
<p>“El suicidio es la principal manifestación de lesiones externas autoinfligidas que predomina en la población de adultos jóvenes, siendo las personas entre los 20 a 24 años las que mayores tasas reportan, seguido del grupo de 25 a 34 años, con predominio de personas solteras y residentes en áreas urbanas., Es relevante la emergencia de este fenómeno como un problema de salud pública en el último quinquenio, principalmente entre la población adolescente, toda vez que la prevalencia de vida para ideaciones suicidas es de 12,3% (INML)” (p. 22).</p>	<p>F73039. Se identifica en el conteo de casos la incidencia y prevalencia del número de casos de suicidio, incluso se enfatiza en la población llamada vulnerable, pero no se busca en los procesos vitales de las personas las condiciones asociadas a la deconstrucción de su proyecto de vida, cabría preguntarse cuáles son las condiciones estructurales de la cotidianidad de la persona que aportaron a que se generaran las autoagresiones.</p>

Nota. Elaboración propia.

Tabla 2. Lineamientos de política de salud mental para Colombia

ENUNCIACIÓN DE LOS LPSM	ANÁLISIS
<p>“La prevención primaria en salud mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales. Se enfatiza en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos” (p. 19)</p>	<p>FLSM4 La acción de protección se delega al sujeto, quién debe capacitarse para el automanejo.</p>
<p>“Realización de investigaciones y Encuestas periódicas sobre salud mental de acuerdo a la agenda nacional de investigación en salud mental” (p. 24).</p>	<p>FLSM6 Las investigaciones explican las situaciones que se reflejan en las encuestas o se reduce a la contabilización de estas, en esencia la política no es si un direccionamiento de las acciones, sino que se deduce de la planeación de recursos.</p>
<p>“Así, se realizaron consultas a expertos de distintas ciudades usando la técnica Delphi (Moreno-Casbas, 2001) y el consenso, consultas a funcionarios de diferentes áreas técnicas del Ministerio de la Protección Social; también, se llevó a cabo revisión de la literatura (especialmente la referida al diseño de políticas y sobre experiencias nacionales e internacionales de políticas y programas de salud mental); y, finalmente, se tuvieron en cuenta los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, 2003” (p. 16).</p>	<p>FLSM1 Se identifica en el conteo de casos la incidencia y prevalencia del número de casos en enfermedad mental, incluso se enfatiza en la población llamada vulnerable, pero no se busca en los procesos vitales de las personas.</p>
<p>“redefinir la forma cómo está concebida la salud mental y reconsiderar la estructura organizativa adecuada, para poder cumplir las funciones de coordinación, control y seguimiento a la política de salud mental en el Sistema de Protección Social. Además, es necesario especificar los mecanismos de acompañamiento y control a nivel territorial, municipal y departamental, para la puesta en marcha de la política” (p. 25).</p>	<p>FLSM7 El concepto de salud pública se estructura desde los ámbitos administrativos y de repuesta institucional descentralizada, pero con lineamientos centralizados. Es decir, que para que un tema de salud sea llevado a la instancia de la salud pública, debe ser significativo numéricamente en la incidencia y la prevalencia nivel nacional, lo cual conlleva a que se incluya en el presupuesto su cobertura, con acciones de prevención de lineamiento nacional que se amolden a lo local, es decir que aunque el servicio se descentralice, el proceso en sí mismo sigue atado a lineamientos universales</p>
<p>“La vigilancia en salud pública es el proceso sistemático y continuo de obtención, análisis, interpretación y divulgación de información sobre eventos de salud, realizado con el objetivo de orientar las acciones individuales, comunitarias e institucionales necesarias para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el control de los eventos bajo vigilancia (Teutsch, 2000). La implementación de un buen sistema de vigilancia permite conocer la magnitud y la tendencia de los eventos de salud, los factores de riesgo y la población afectada. Además, puede ser útil para evaluar las intervenciones en salud pública (Teutsch, 2000; WHO, 2001). Con excepción de la información provista por las encuestas periódicas, el país no dispone de información rutinaria que oriente la toma de decisiones en salud mental, pese a la existencia de fuentes primarias como los registros de atención médica. El desarrollo e implementación de modelos de vigilancia en salud mental incorporado al sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, está plenamente justificada por la magnitud del problema en Colombia y la urgente necesidad de disponer de sistemas de monitoreo permanente en la aplicación de una política nacional de salud mental” (p. 23)</p>	<p>FLSM5 El Estado se ubica como supervisor de la calidad en la prestación del servicio, como si se estuviera construyendo una constitución (que no reglamenta acciones, sino que orienta interpretaciones de los derechos) dispone un capítulo de principios orientadores, pero luego de sus principios, se concentra en reglamentar los procesos y procedimientos en los cuales el proceso de supervisión se generará, de ahí la necesidad de separar lo público de lo privado. Tiene la apertura a una responsabilidad compartida con las estancias privadas, lo cual justifica la figura de la privatización bajo el argumento de la necesidad de la descentralización en el origen de los recursos, y la necesidad de la descentralización en la atención, todo esto en aras de mejorar la salud mental de los colombianos, pero en realidad son acciones que están dirigidas a mejorar los procesos de atención en salud mental.</p>
<p>“En Colombia, se ha reconocido que la organización de los servicios de salud mental presenta deficiencias que afectan su efectividad y la posibilidad de cumplir con los principios del Sistema General de Seguridad Social. En el actual Sistema, las entidades aseguradoras son las responsables de garantizar la red de servicios para sus afiliados. Por lo tanto, más que una red de servicios, lo que existe son redes de distintas instituciones, con debilidades de articulación para responder mejor a sus afiliados. Lo anterior implica una redefinición de la prestación de servicios de salud mental y la estructura organizativa adecuada en el SGSSS para su promoción, prevención, vigilancia y atención integral; así como el análisis y redefinición del conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos relacionados con salud mental en los planes de beneficios del sistema, y la articulación de acciones y actores involucrados en la prestación de servicios de salud mental” (p. 18)</p>	<p>FLSM3 La política de salud mental desarrolla los lineamientos para garantizar el derecho a la asistencia médica. Está regulada por la ley del SGSSS, que es a su vez el que especifica la participación de los diversos sectores a nivel administrativo que con su gestión integral que permita la atención en salud mental, garantizan la salud mental. La prioridad se da la cobertura en salud según las demandas de la población de tal manera que se logre la eficiencia en la atención.</p>

Nota. Elaboración propia.

Posteriormente se unificaron las dos tablas en una sola, en la cual se mantuvieron solamente las interpretaciones de los enunciados, y se unificaron los que eran similares. De esta manera se identificaron 17 aspectos como producto del análisis de las políticas en salud y salud mental, los cuales se consideraron figuras que reflejaban la relación entre las políticas económicas neoliberales y la prevalencia de ciertas problemáticas en salud mental. A continuación se presenta la lista:

1. La política de salud desarrolla los lineamientos para garantizar el derecho a la asistencia médica (está regulada por la ley del sgsss, que es a su vez el que especifica la participación de los diversos sectores a nivel administrativo y con su gestión integral permita la atención en salud mental, además de garantizar la salud mental. La prioridad se da la cobertura en salud según las demandas de la población de tal manera que se logre la eficiencia en la atención).

2. Los principios se proyectan en un horizonte de igualdad, equidad y satisfacción, pero los proyectos vitales se desarrollan en la inequidad. Solo los casos que logren la resignación y la conformidad podrán encontrar proximidad entre lo soñado y lo logrado (esto desde la política pública coloca la discusión entre lo privado y lo público, y las fuentes de financiación que se vislumbran son dos: el Estado y el mercado, el Estado que provee lo que se considera como derecho a la salud en sus procesos de atención integral, y el mercado que oferta la posibilidad del desarrollo de los aspectos del proyecto vital).

3. Lo que no cubre el Estado, lo hace el mercado.

4. La naturalización de la enfermedad como resultado del proceso de modernización. Lo refleja casi como un mal necesario: aquel que no logra adaptarse es quien se enferma (esta definición de calidad de vida es interesante, además refuerza el punto 3, toda vez que los proyectos de vida se construyen en el horizonte de la igualdad, pero se desarrollan en la inequidad). Por lo tanto la única alternativa es optar por la resignación, abriendo de nuevo la brecha con el Estado, que provee a esa calidad de vida lo que se considera como derecho a la salud en sus procesos de atención integral, pero es la posibilidad de que el mercado con su oferta posibilite el desarrollo de los aspectos privados del proyecto vital.

5. Se identifica en el conteo de casos la incidencia y prevalencia del número de casos de enfermedad mental, incluso se enfatiza en la población llamada vulnerable (las investigaciones explican situaciones que reflejan en las encuestas o se reduce a la

contabilización de estas). En esencia, la política no es un direccionamiento de las acciones, sino que se deduce de la planeación de recursos (la naturalización de la enfermedad como un resultado del proceso de modernización, lo refleja casi que como un mal necesario. No solamente aleja la mirada microscópica de las particularidades en los procesos vitales de los ciudadanos, sino que además, delega en el ciudadano la incapacidad de adaptarse a dicho modelo, pues no se va a frenar ni la industrialización, ni la globalización, ni los procesos de urbanización y distribución de la renta, ni los hábitos de consumo, ni los cambios en el sistema de salud, ni en las estructuras sociales y económicas, aquel que no logra adaptarse es quien se enferma. Se identifica en el conteo de casos la incidencia y prevalencia del número de casos en enfermedad mental, incluso se enfatiza en la población llamada vulnerable, pero no se busca en los procesos vitales de las personas las condiciones asociadas a la deconstrucción de su proyecto de vida, la respuesta está en las dificultades biológicas aumentadas por las dificultades sociales. Cabría preguntarse y cuáles son las condiciones estructurales de la cotidianidad de la persona que aportaron a que se generara el inicio del cuadro depresivo).

6. El Estado se ubica como supervisor de la calidad en la prestación del servicio (el Estado se ubica como supervisor de la calidad en la prestación del servicio, como si se estuviera construyendo una constitución –que no reglamenta acciones, sino que orienta interpretaciones de los derechos– dispone un capítulo de principios orientadores, pero luego de sus principios, se concentra en reglamentar los procesos y procedimientos en los cuales el proceso de supervisión se generará, de ahí la necesidad de separar lo público de lo privado. Tiene la apertura a una responsabilidad compartida con las estancias privadas, lo cual justifica la figura de la privatización bajo el argumento de la necesidad de la descentralización en el origen de los recursos, y la necesidad de la descentralización en la atención, todo esto en aras de mejorar la salud de los colombianos, pero en realidad son acciones que están dirigidas a mejorar los procesos de atención en salud).

7. Si bien se considera que las necesidades poblacionales son la prioridad, los compromisos adquiridos en las iniciativas de salud en ámbitos internacionales marcan el final del camino al que se debe llegar con la política pública (en esencia la política no es en sí un direccionamiento de las acciones, sino que se deduce de la planeación de recursos. El componente principal son los resultados de las mediciones que en

este caso específico se reduce al cumplimiento de las acciones no pueden ser otras que tecnócratas, en las que se prioriza el cumplimiento de la meta que aporte al indicador).

8. La acción de protección se delega al sujeto, quien debe capacitarse para el auto manejo.

9. Las investigaciones explican las situaciones que se reflejan en las encuestas o se reduce a la contabilización de las mismas. En esencia, la política no es un direccionamiento de las acciones, sino que se deduce de la planeación de recursos.

10. El concepto de salud pública se estructura desde los ámbitos administrativos y de repuesta institucional descentralizada, pero con lineamientos centralizados (es decir, que para que un tema de salud sea llevado a la instancia de la salud pública, debe ser significativo numéricamente en la incidencia y la prevalencia nivel nacional, lo cual conlleva a que se incluya en el presupuesto su cobertura, con acciones de prevención de lineamiento nacional que se amolden a lo local, es decir que aunque el servicio se descentralice, el proceso en sí mismo sigue atado a lineamientos universales).

11. Se prioriza el costo del valor de la atención.

12. La fórmula de cálculo del gasto de la inversión: ¿da una opción diferente de atención según las necesidades de las personas?

13. Administración de recursos financieros para prestar adecuada atención.

14. Características del personal encargado de la atención, plan de costos.

15. Este es el punto central de la política de salud mental: el costo de la atención.

16. Es primordial el cumplimiento del protocolo en el proceso de atención.

17. El énfasis del direccionamiento se deduce de la planeación de recursos. El componente principal son los resultados de las mediciones de la fórmula entre el tiempo diario (en minutos) dedicado por cada tipo de persona dividido entre el número de semanas al mes, el número de horas por semanas y el número de minutos por hora.

Posteriormente se generó una tabla unificada de las interpretaciones de los dos documentos, asociando los que permitieran una articulación entre sí por similitud temática, de tal manera que se lograra hacer una aproximación teórica que lograra materializar las inconsistencias de los textos analizados, ya que de estas fisuras van a surgir las fuentes de análisis de la relación entre las políticas económicas neoliberales y la prevalencia de ciertas problemáticas en salud mental en Colombia en la primera década del siglo XXI.

Tabla 3.

ELEMENTO DE ANÁLISIS	ANÁLISIS ARGUMENTATIVO	ELEMENTO SIGNIFICANTE PARA PROFUNDIZAR
<p>La naturalización de la enfermedad como un resultado del proceso de modernización la refleja casi que como un mal necesario. No solamente aleja la mirada microscópica de las particularidades en los procesos vitales de los ciudadanos, sino que, además, delega en el ciudadano la incapacidad de adaptarse a dicho modelo, pues no se va a frenar ni la industrialización, ni la globalización, ni los procesos de urbanización y distribución de la gente, ni los hábitos de consumo, ni los cambios en el sistema de salud, ni en las estructuras sociales y económicas, aquel que no logra adaptarse es quien se enferma.</p> <p>Se identifica en el conteo de casos la incidencia y prevalencia del número de casos en enfermedad mental, incluso se enfatiza en la población llamada vulnerable, pero no se busca en los procesos vitales de las personas las condiciones asociadas a la deconstrucción de su proyecto de vida, la respuesta está en las dificultades bilógicas aumentadas por las dificultades sociales. Cabría preguntarse sobre cuáles son las condiciones estructurales de la cotidianidad de la persona que aportaron a que se generara el inicio del cuadro depresivo.</p> <p>Si bien se considera que las necesidades poblacionales son la prioridad, los compromisos adquiridos en las iniciativas de salud en ámbitos internacionales marcan el final del camino al que se debe llegar con la política pública. En esencia la política no es en sí un direccionamiento de las acciones, sino que se deduce de la planeación de recursos. El componente principal son los resultados de las mediciones que en este caso específico se reduce al cumplimiento de las acciones no pueden ser otras que tecnócratas, en las que se prioriza el cumplimiento de la meta que aporte al indicador.</p> <p>Las investigaciones son explicativas de las situaciones que se reflejan en las encuestas o se reduce a la contabilización de estas, en esencia la política no es en sí un direccionamiento de las acciones, sino que se deduce de la planeación de recursos.</p>	<p>La naturalización de la enfermedad, como un resultado del proceso de modernización, la refleja casi que como un mal necesario; es así, como no solamente elimina la existencia de sujetos y sus procesos vitales, sino que además, ubica a la persona con la obligación de internalizar el modelo de sociedad, toda vez que no se va a frenar ni la industrialización, ni la globalización, ni los procesos de urbanización y distribución de la gente, ni los hábitos de consumo, ni los cambios en el sistema de salud, ni en las estructuras sociales y económicas. El individuo entonces deberá aceptar y sobre todo adaptarse y, de no ser así, el resultado es enfermarse; de esta forma, la condición de la adaptación a los cambios de la modernidad, responde a la inclusión de un discurso hegemónico que propende por la universalidad.</p> <p>La universalidad para Laclau (2003)¹ es la traducción cultural. Es de resaltar que para este autor propone que el Yo es la universalidad, en la medida en que lo que es universal es lo que pertenece a todas las personas, sin embargo, la omnipotencia de la universalidad es producto de la desaparición de las particularidades de los sujetos; de alguna manera, al homogenizar las necesidades se homogeniza también el deseo y, es por eso que así se pretenda enfatizar en las necesidades particulares de la población llamada vulnerable, realmente se generaliza e incluye a todas las necesidades de la población en el rango de vulnerable, de esta manera no se busca en los procesos vitales de las personas las condiciones asociadas a la deconstrucción de su proyecto de vida.</p> <p>Cabría preguntarse entonces: ¿cuáles son las condiciones estructurales de la cotidianidad de la persona que aportaron a que se generaran las auto agresiones? Al respecto, debe señalarse que el sujeto desaparece con su particularidad, y entra a ser parte de un grupo significativo estadísticamente, solo así existe su problemática, sin embargo, como lo plantea Žižek (2003),² la estrategia de eliminar la particularidad consiste en conseguir ubicarse en la falta de todo sujeto. De esta manera, el autor sostiene que se logra generar una necesidad retroactiva del objeto <i>a</i> que la llene y logre el proceso de identificación; por lo tanto, no es importante reconocer el deseo individual, sino propender por uno general, de tal manera que se pueda contar con objeto <i>a</i> que los colme a todos, de tal manera que si todos tienen la misma necesidad, y se les colma con lo mismo a todos se logrará la hegemonía triunfará, y las individualidades desaparecerán.</p> <p>El componente principal que guía las decisiones en salud surge gracias a los resultados de las mediciones que logran ser representativas numéricamente, y al hablar de que desaparecen las necesidades individuales y se vinculan a unas generales del grupo significativo de la medición, se podría asumir que todas se colmarán con lo mismo, por lo tanto bastaría con contar con un objeto <i>a</i> que colme las subjetividades, de esta manera se permitirá que el yo se identifique y emerja –toda vez que el objeto <i>a</i> interpela al yo–. Esto facilita que el sujeto experimenta como identificación y se siente reconocido. Por lo tanto el objeto <i>a</i> puede terminar siendo utilizado como catalizador de los discursos hegemónicos, y si logra llenar la falta del sujeto alienado, de adaptará, de lo contrario se enfermará.</p> <p>Al respecto, es importante resaltar que las reflexiones sobre ser incluido en las estadísticas, o mejor que sus problemáticas de salud logren el nivel de ser significativos numéricamente para que se priorice, nos lleva pensar en el poder del datoísmo³ que generar una mirada atomizada y descontextualizada, en donde se considera que existe una relación bidireccional entre el dato y lo que éste denota, si no lo refleja el dato, no será tomado en cuenta, pues se prioriza el cumplimiento de la meta que aporte al indicador, así las cosas, el dato no solo es el dato, el dato es el que direcciona las acciones tecnócratas, al respecto coincidimos con Byung-Chul Han cuando dice:</p> <p>[...] el datoísmo que pretende superar toda ideología, es en sí mismo una ideología. Conduce al totalitarismo digital. Por eso es necesaria una tercera ilustración que revele que la ilustración digital se convierte en esclavitud [...] el Big Data debe liberar el conocimiento del arbitrio subjetivo. Así pues, la intuición no representa una forma superior del conocimiento. Se trata de algo meramente subjetivo, de un auxilio necesario que suple la falta de datos objetivos en una situación compleja, siguiendo esta argumentación, la intuición es ciega. Incluso la teoría cae bajo la sospecha de ser una ideología. Cuando hay suficientes datos, la teoría sobra (Byung-Chul Han, 2014, p. 89).</p> <p>Se le otorga entonces al dato no solo un significado, sino además, un estatus de dinamizar las relaciones y las decisiones sobre lo que el dato denota. Este puede ser una técnica ideológica al servicio de la relación, pero también un producto de un método técnico al servicio de la manipulación de la información; en cualquiera de los dos casos, el dato logra integrarse en la sociedad y media la interacción social, el ritualismo, los juegos simbólico, las identidades, etc., todos estos comprenden códigos racionales que son formas de hacer, esto sumado a que en ocasiones la referencia no son solamente los datos locales, sino también los datos de la comunidad internacional.</p> <p>En este sentido, la salud y las respuestas a sus necesidades, no es un escenario autónomo, por el contrario, está regido por fuentes organizativas en las cuales la reglamentación en salud, asegura la legalidad, legitimada por estudios que son llamados investigaciones, que son explicativas de las situaciones que se reflejan en las encuestas; o en ocasiones, las investigaciones son en sí mismas un ejercicio de contabilización que terminan arrojando más datos que robustecen las estadísticas y refuerzan el discurso ya construido, validando los temas específicos tratados por los especialistas en salud.</p>	<p>Salud mental Depresión Ansiedad El objeto de consumo</p>

La tabla 3 equivale a la teorización de los aspectos relevantes en los documentos de salud mental. Estos 17 aspectos se argumentaron y emergieron tres líneas de argumentación:

1. Sobre las maneras de administrar la salud.
2. Sobre el objeto *a*.
3. Sobre el sujeto como responsable de sí mismo.

La tabla 3, de la cual surgieron las cuatro líneas de análisis, permitió el surgimiento de aspectos centrales de análisis teórico, que permite evidenciar la relación entre las políticas económicas neoliberales y la prevalencia de ciertas problemáticas en salud mental, partiendo de la teoría psicoanalítica, los conceptos pertinentes para la teorización son:

1. Salud mental, economía política: entrecruces en Colombia.
2. Sobre la subjetividad.
3. Sobre el neoliberalismo.
4. Sobre la salud mental.
5. La depresión: La denuncia al capitalismo neoliberal.
6. La ansiedad: lo que sí engaña.
7. El objeto perfecto de consumo.
8. Asegurarse y bancarizarse para ser feliz.

Estos ocho elementos se desarrollan en una teorización psicoanalítica en la discusión de resultados. En este punto se puede dar respuesta a la pregunta de investigación, es decir identificar la relación entre las políticas económicas neoliberales y la prevalencia de ciertas problemáticas en salud mental en Colombia en la primera década del siglo XXI.

Conclusiones

Debido a que el presente escrito presenta la metodología, las conclusiones no son las de la investigación, sino reflexiones respecto a lo que implica acudir a elegir como metodología el análisis psicoanalítico del discurso.

Parker introduce el término de *análisis lacaniano del discurso*, pero nosotros preferimos seguir llamándolo *análisis psicoanalítico de discurso*. Esto porque lo que define al sujeto humano para el psicoanálisis lacaniano es el acto de hablar, y el psicoanálisis trabaja con los efectos de ese acto de hablar. Es el habla la que posiciona al sujeto con relación al otro en el discurso, todo acto del habla está anudado a un discurso, de no ser así no sería psicoanalítico. Por lo tanto no es necesario casarse con una escuela o perspectiva exclusivamente lacaniano.

El analista de discurso interpreta lo que está pasando, pero el proceso interpretativo no tiene como objetivo la obtención de frases o palabras que se pueden convertir en categorías que engloban todo un tema, pues

no es una hermenéutica que busca tras los significantes los significados ocultos, es una deliberada desconstrucción de las antiguas dicotomías del externo-interno, es un punto de conexión entre lo individual y social.

La estrategia de construir tablas para organizar la información bien permitió la presentación secuencial de obtención de hallazgos y su relación los resultados y el análisis de los mismos especialmente para audiencias, jurados o lectores que no tienen entrenamiento psicoanalítico. Ya con esta experiencia metodológica, para próximas investigaciones, hay que apostarle a mostrar cómo los significantes marcan el camino metodológico donde menos los esperamos: en las fisuras, las emergencias, allí donde un significante puede ser un acontecimiento, y lo importante en la minucia, en el detalle, desde una atención flotante como Freud denominaba el fundamento del método psicoanalítico. La atención flotante muestra el acto analítico de la escucha, sin privilegiar de entrada ningún elemento en detrimento de otro, acogiéndolo todo con igual atención equilibrada, sin valorar a priori lo importante.

Referencias

- Chul Han, B. (2014). *La psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- Decreto 3039 del 2007. Diario Oficial 46716 de agosto 10 del 2007. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26259>
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Illouz, E. (2007). *Intimididades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Buenos Aires, Katz Editores
- Laclau, E. (2003). Identidad y hegemonía: el rol de la universidad en la constitución de lógicas políticas. En J. Butler, E. Laclau y S. Zizek (eds.), *Contingencia, hegemonía, universalidad*. (pp. 49-93). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ley 50 de 1990. (28 de diciembre de 1990). *Diario Oficial* N.º 39 618, del 1.º de enero de 1991. Recuperado de http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0050_1990.htm
- Parker, I. (1992). *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology*. Londres: Routledge.
- Parker, I. (1996). El Regreso de lo reprimido: Complejos discursivos y el complejo-psi. En A. Gordo-López y J. Linaza (eds.), *Psicología, discurso y poder: Metodologías cualitativas, perspectivas críticas* (pp. 253-268). Madrid: Visor.
- Zizek, S. (2003). *Las metástasis del goce: Seis ensayos sobre la mujer y la causalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Modelo integrador vulnerabilidad temprana e incidencia en el acoso escolar

*Jasmín Bonilla Santos, **Alfredis González Hernández, ***Gisella Bonilla

Resumen

El objetivo del presente artículo es revisar los mecanismos neurobiológicos que se desarrollan con el trauma temprano, los cuales son generadores de vulnerabilidad cognitiva y emocional en los sujetos expuestos a ambientes con características del maltrato infantil. Se pretende identificar la relación existente entre la vulnerabilidad temprana expresada cognitivamente y afectivamente con las relaciones concernientes a perfiles de niños víctimas de acoso escolar en la primera infancia.

Palabras clave: acoso escolar, vulnerabilidad temprana, primera infancia.

*Universidad Cooperativa de Colombia, sede Neiva. Jasmin.bonillas@campusucc.edu.co

**Universidad Surcolombiana.

***Universidad Surcolombiana.



Introducción

El estudio sobre acoso escolar en los países latinoamericanos, realizado por la Unesco (2012) entre 2009 y 2011, resaltó que la violencia entre estudiantes constituye un problema grave en toda América Latina. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe reportó que el 51,1% de los estudiantes de sexto grado de educación de 16 países latinoamericanos examinados expresaron haber sido víctimas de insultos, amenazas, golpes o robos (*bullying*) por parte de sus compañeros de escuela; de acuerdo con lo reportado, la agresión más frecuente fue el robo (39,4%), seguida de la violencia verbal (26,6%) y la violencia física (16,5%) (Román y Murillo, 2011).

En la encuesta realizada a cerca de un millón de estudiantes de los grados quinto y noveno de colegios públicos y privados, en las pruebas Saber del ICFES en el 2005, el 42% de los alumnos expresó haber sido víctima de matoneo en los meses anteriores, el 40% confesó haberlo ejercido y el 75% haber sido testigo de este.

Pretendiendo profundizar desde un modelo integrador del conocimiento de los diferentes factores que intervienen en la problemática de acoso en las aulas de clase, la presente revisión profundiza en las bases biológicas del comportamiento: la neurobiología, basada en los estudios que han investigado los mecanismos de las respuestas neurofisiológicas y la relación con la presencia de algunos trastornos psicopatológicos de inicio infantil (Pacák y Palkovits, 2001).

Por otra parte se revisan los factores sociales, como el contexto educativo, que determinan la presencia de factores protectores o reforzadores para que se exprese los genes correspondientes al trauma infantil o, por el contrario, los mecanismos compensatorios con figuras de afecto que permiten el desarrollo de características resilientes en el sujeto.

Sistemas de regulación eje hipotálamo-pituitario-adrenal en las respuestas conductuales del estrés

Desde el punto de vista de la biología y de la neurociencia cognitiva, el cerebro es el órgano central ejecutor del sistema biológico; es responsable de la regulación de los mecanismos neurobiológicos, cognitivos y psicológicos del individuo vinculados con la respuesta al estrés o a la resiliencia.

La respuesta de activación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) de los organismos ante estímulos estresantes se manifiesta en los ámbitos conductual,

endocrino y del sistema nervioso autónomo (SNA); una de las más comunes respuestas endocrinas al estrés es la elevación en la producción de glucocorticoides, especialmente de la hormona cortisol (Gómez y Escobar, 2002; Mucio-Ramírez 2007; Kremen *et al.*, 2010; Xie *et al.*, 2010; Moscoso 2010). La secreción de estos compuestos genera la comunicación bioquímica mediante sustancias como hormonas, neurotransmisores y citoquinas producidas por los propios sistemas. La finalidad de esta comunicación es preparar al organismo para la acción de defensa y respuesta a las demandas ambientales con la activación del SNA. Al mismo tiempo busca que sea un mecanismo compensatorio de la regulación homeostática se ejerce influencia en las respuestas neuroinmunológicas (Gómez y Escobar, 2002).

La respuesta al estrés es adaptativa; sin embargo, es la activación prolongada del eje HPA el que puede afectar negativamente a importantes mecanismos neurobiológicos de los sistemas y estructuras cerebrales responsables de la adquisición de los procesos básicos del aprendizaje, además de actuar como factor de riesgo en el desarrollo y curso de trastorno psicopatológicos de inicio infantil (Lazarus y Folkman, 1984; Tafet, 2008; Ortega y Rueda, 2011 y Joseph-Bravo y Gortari, 2011) y producir variaciones en las respuestas inmunes, lo que genera patologías clínicas en los diferentes sistemas orgánicos (Gómez y Escobar, 2002).

La presencia de estrés crónico en la infancia temprana con el aumento en la reactividad del eje HPA conlleva a un pobre desarrollo en las neuronas y conexiones de algunas estructuras cerebrales. Las investigaciones reportan áreas hipocampales generadas por apoptosis neuronal producto de la toxicidad ejercida por el exceso de cortisol; las implicaciones que se presentan a nivel de los procesos de aprendizaje con disminución en la capacidad de la memoria de trabajo (**Visu-Petra, Ciairano, Miclea, 2006**), memoria declarativa (Bremner *et al.*, 2004).

Los correlatos neuroanatómicos, reportados en los estudios de Kellner, Rubinow y Gold (1983), y Rothschild, Benes, y Hebben (1989), muestran una asociación de la activación excesiva del eje HPA con un compromiso relevante en el volumen del hipocampo (Vythilingam *et al.*, 2004; Colla *et al.*, 2007). Por su parte, los estudios de Krishnan *et al.* (1991); Sheline, Wang, Gado, Csernansky, Vannier (1996); Shah, Ebmeier, Glabus, Goodwin (1998); Sheline, Sanghavi, Mintun, Gado (1999); Sheline (2000); Steffens y Krishnan (1998); Bremner, Vermetten, Mazure

(2000); Mervaala *et al* (2000); Steffens *et al.* (2000); Vakili *et al.* (2000), y Bremner (2002) demostraron la presencia de altos niveles de cortisol en los episodios depresivos de los pacientes, los cuales se correlacionaban con un déficit en la memoria y la cognición.

Otras áreas cerebrales en las cuales ejerce efecto la hormona cortisol son en la corteza prefrontal (Kremen *et al.*, 2010), especialmente las áreas paralímbicas, y la corteza cingulada; también lo hace sobre el hipotálamo, el núcleo de la estria terminal, la sustancia gris periacueductal y el núcleo del raquí con sus respectivos desajustes en los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos.

El grado de afectación de las zonas cerebrales debido al estrés y la ansiedad en las edades tempranas es un tema de interés para las neurociencias. Los estudios experimentales que demuestran esta hipótesis se han desarrollado hasta el momento en animales, especialmente en ratas, y se ha demostrado la existencia de cambios sustanciales en las estructuras cerebrales. Respecto al proceso de desarrollo en los seres humanos es adecuado que se establezcan indicadores preclínicos con los cuales se puedan establecer las posibles afectaciones de tipo cognitivo y psicopatológicas con el desarrollo de vulnerabilidades tempranas, por lo cual es pertinente proponer investigaciones multidisciplinarias que tengan como objetivo estudiar especialmente el primer contexto social al que son expuestos los niños, es decir el contexto escolar, el cual debe ser considerado como un factor protector para resarcir los posibles marcadores biológicos y el factor transcripcional genético de la vulnerabilidad cognitiva y emocional.

En el contexto escolar se presentan variables relacionales generadoras de estrés, las cuales pueden ser de carácter adaptativo y esencialmente psicológico. Esto es en razón a que el estudiante debe responder a una serie de demandas sociales que bajo su propia valoración pueden ser consideradas con diferentes niveles de estrés; estas ejercen una presión significativa en la competencia individual para afrontar el contexto escolar, lo anterior se genera dentro del proceso normal de adaptabilidad (Bakker, Rubiales y López, 2012). Sin embargo, en las relaciones interpersonales generadas en el contexto escolar no siempre se desarrollan estos procesos de adaptabilidad; un ejemplo de ello es el fenómeno del acoso escolar, enmarcado por una dinámica de desigualdad, en la cual una de las personas ejerce el poder sobre la otra, negándole un trato digno y respetuoso, mediante actos agresivos físicos y psicológicos, por lo que podría decirse que abusa, humilla o acosa a la otra persona, ocasionándole efectos adversos (Calderero, Salazar, Caballo, 2007).

El estrés que presentan las víctimas de acoso escolar es generado por fenómenos presentados en el ambiente externo y acompañado de estimulación dolorosa: ruido, discusiones, entre otros; desde esta perspectiva el estrés es considerado como una variable independiente que puede ser controlada. La actuación o la respuesta que el individuo elabora con la mediación de la activación simpática, liberación de catecolaminas y cortisol establecerán la variable dependiente: la interacción (transacción) entre los factores genéticos personales y el ambiente (Leal, 2009) determinará el desarrollo de respuestas de ansiedad: ataques de pánico, fobias y depresión: pensamientos de minusvalía, indefensión entre otros en las víctimas de acoso.

Características neuropsicopatológicas en los actores del acoso escolar

La primera conceptualización de acoso escolar fue descrita por el holandés Dan Olweus en 1991. Se refirió a las problemáticas de violencia en la escuela, como la conducta de persecución física o psicológica que realiza un alumno a otro reiterativamente al que considera como su víctima. Olweus (2004) describió el perfil y las características de cada uno de los actores de este fenómeno: dentro de características del agresor determinó que el sexo masculino tiene mayores implicaciones en acciones de violencia física y de forma grupal, mientras que las niñas ejercen intimidaciones y presiones de tipo psicológico, emocional y afectivo de forma individual.

Del mismo modo, Olweus (2002) clasificó a los actores del matoneo en niños agresores que presentan un alto grado de impulsividad y, por ende, una incapacidad de autocontrol y de acatamiento a las normas y reglas; son extrovertidos, en la mayoría de los casos hiperactivos, con baja resistencia a la frustración y con sentimientos de autosuficiencia entre otros rasgos psicosociales.

A las víctimas las clasificó en dos grupos: las víctimas pasivas, que no responden a los ataques presentándose como sujetos inseguros, y las víctimas provocativas como individuos violentos y desafiantes que cuando la ocasión lo permite adoptan el papel de agresor compartiendo todas sus características. Las víctimas pasivas, por constituir el grupo más numeroso, suelen parecer como personas inseguras, ansiosas y dependientes; su autoestima es menor que la de sus compañeros y su actitud hacia la violencia es negativa. Son también individuos sensibles, retraídos, miedosos

y propensos a problemas emocionales; cuando son atacados, suelen reaccionar con pánico y en edades tempranas a menudo con llantos.

Para las víctimas de matoneo la problemática no solo está dada por la violencia y el acoso a los que están expuestas, sino que afrontan una situación paralela como consecuencia de este y es la aversión a la institución educativa. Para la víctima la escuela se presenta como una imposición, una cuestión involuntaria sin posibilidad de deshacerse de ella fácilmente. El menor debe asistir diariamente a la escuela sin poder evitarla. Esta situación puede ser explicada desde la teoría de la desesperanza aprendida, en la cual el estudiante se percibe sin recursos para evitar la situación.

En este sentido la víctima debe enfrentarse a sus victimarios y al desacuerdo de los padres sobre dejar la escuela. La escuela de esta forma entra en un proceso de transformación para la víctima, ya no en el sentido del disfrute cotidiano de espacios de encuentro para el crecimiento académico y psicosocial ni como un lugar de intercambio de experiencias enriquecedoras, sino por el contrario se configura como un lugar de riesgo que lo deja a merced del victimario; esto le genera a la víctima temor e inseguridad, por lo que la escuela se convierte en un ambiente psicosocial de riesgo para el desarrollo de psicopatología de inicio temprano.

Desde el conocimiento de la neurobioquímica del desarrollo cerebral se ha corroborado cómo estos sucesos influyen de manera dominante en el proceso del neurodesarrollo. Se ve que hay un desajuste neuroquímico especialmente en el factor neurotrófico derivado del cerebro en áreas importantes como el giro dentado (Díaz y González 2012), para los procesos de consolidación del aprendizaje; de esta manera se generan características en la percepción del individuo y su cognición social enmarcada en una vulnerabilidad cognitiva y emocional propensa a generar estrés crónico.

Los estudios que se han realizado desde la neuropsicología de análisis inter y multidisciplinarios muestran los efectos devastadores como lo son la depresión y la ansiedad; el aumento en los sentimientos de tristeza y soledad; cambios en los patrones de sueño y alimentación, y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban los niños víctimas del acoso escolar. Hay que resaltar que el ambiente escolar impacta de forma determinante en la vida de ellos, como lo es en la pérdida de interés en los estudios. Esto provoca situaciones de fracaso escolar, así como la aparición de trastornos fóbicos de difícil resolución, a causa de la cantidad de tiempo y el tipo de interacciones sociales que se establecen en la escuela.

Conclusión

Las características neuropsicopatológicas que presentan los niños y niñas en la dinámica del acoso escolar son factores desencadenantes en las diversas patologías de la edad adulta; esto demanda valoraciones, diagnósticos e intervenciones adecuadas frente al fenómeno de acoso escolar en las instituciones educativas, siendo fundamental el entrenamiento de los profesionales en detección inicial de psicopatología, para identificar niños con factores de riesgo y poder hacer una remisión temprana.

Los modelos integradores biopsicosociales permitirán comprender los factores que están asociados con el desarrollo de perfiles psicopatológicos de los diferentes actores de la violencia escolar, con el objetivo de plantearse el proceso de intervención escolar con el manejo respectivo de variables intervinientes desde una mirada integral.

Por último es importante comprender que los escenarios educativos constituyen un espacio clave para el desarrollo psicosocial de los estudiantes y para su proyección de vida como adultos.

Referencias

- Bakker, L., Rubiales, J., y López, M. (2012). Percepción de estrés escolar y ritmo circadiano de cortisol en niños con TDAH. *Archivos Neurociencias (Mex)*, 17(1), 8-13.
- Bremner, J.D. (2002). *Does Stress Damage the Brain? Understanding Trauma-related Disorders from a Neurological Perspective*. New York: W.W. Norton.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., y Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the early trauma inventory. *Depression and anxiety*, 12, 1-12.
- Calderero, M., Salazar, I., y Caballo, V. (2011). Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2): 393-419
- Colla, M., Kronenberg, G., Deuschle, M., ..., Heuser, I. (2007). Hippocampal volume reduction and HPA-system activity in major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 553-560
- Díaz-Villa, B. A., y González-González C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatría*, 11(3), 106-115.
- Gómez, B. y Escobar, A. (2002). La psiconeuroinmunología: Bases de la relación entre los sistemas nervioso, endo-

- crino e inmune. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 45 (1) 22-26.
- Kellner, CH., Rubinow, DR., Gold, PW. Post RM (1983): Relationship of cortisol hypersecretion to brain CT scan alterations in depressed patients. *Psychiatry Res* 8: 191-197.
- Kremen, W., O'Brien, R., Panizzon, M., Prom-Wormley, E., Eaves, L., Eisen, S.... Franza, C. (2010). Salivary cortisol and prefrontal cortical thickness in middle-aged men: A twin study. *NeuroImage*, 53, 1093- 1102
- Krishnam, K., Doraiswamy, P., Lurie, S., Figiel, G., Husain, M., Ellinwood, E. Nemeroff, C. (1991). Pituitary size in depression. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* jcem, 72(2), 256-9.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Leal, R. A. (2009). Tendencia suicida en una muestra de médicos varones de Lima Metropolitana y su relación con factores sociodemográficos, laborales y psicológicos (tesis de maestría). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Mervaala, E., Föhr, J., Könönen, M., Valkonen-Korhonen, M., Vainio, P., Partanen, K., y otros. (2000). Quantitative MRI of the hippocampus and amygdala in severe depression. *Psychological Medicine*, 30, 117-125.
- Moscoso, M. (2010). El estrés crónico y la terapia cognitiva centrada en mindfulness: una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. Universidad de Florida del Sur, 11-29
- Mucio-Ramírez (2007). La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. *REB* 26(4): 121-128. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/ampb/numeros/2007/04/f_1erArticulo.pdf
- Olweus, D. (2002). Mobbing I skolen: Nye data om omfang og forandring over tid. Manuscript. Research Centre for Health Promotion (HEMIL Center). Bergen, Norway. Retrieved from www.el-refugioesjo.net/bullying
- Olweus, D. (2004). The Olweus Bullying Prevention Program: Design and implementation issues and a new national initiative in Norway. In P.K. Smith, D. Pepler, and K. Rigby (eds.), *Bullying in schools: How successful can interventions be?* (pp. 13-36). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ortega, L. y Rueda, C. (2011). *Mecanismos psicobiológicos y del desarrollo de la reactividad al estrés en roedores y humanos*. Ciudad: Editorial.
- Pacák y Palkovits (2001) . Stressor Specificity of Central Neuroendocrine Responses: Implications for Stress-Related Disorders. *Endocrine Reviews*, 22, 502-48.
- Román, M. y Murillo, J. (2011) América Latina: violencia entre estudiantes y desempeño escolar. *Revista Cepal*, 10 (4), 37-54
- Rothschild, A. J., Benes, F. y Hebben N. (1989). Relationships between brain CT scan findings and cortisol in psychotic and nonpsychotic depressed patients. *Biological Psychiatry* 26:565-575.
- Shah, P.J, Ebmeier, K.P, Glabus, M.F, Goodwin, G.M (1998): Cortical grey matter reductions associated with treatment resistant chronic unipolar depression. Controlled magnetic resonance imaging study. *Br J Psychiatry* 172:527-532.
- Sheline, Y.I., Wang, P.W., Gado, M.H, Csernansky, J.G., Van-nier, M.W. (1996) Hippocampal atrophy in recurrent major depression. *Proc Natl Acad Sci USA* 93:3908-3913.
- Sheline Y, Sanghavi M, Mintun M, Gado M (1999): Depression duration but not age predicts hippocampal volume loss in women with recurrent major depression. *J Neurosci* 19: 5034-5043
- Sheline, Y.I. (2000) 3D MRI Studies of Neuroanatomic Changes in Unipolar Major Depression: The Role of Stress and Medical Comorbidity. *Biol Psychiatry* 48:791-800.
- Steffens, D. and Krishnan, R. (1998). Structural Neuroimaging and Mood Disorders: Recent Findings, Implications for Classification, and Future Directions. *Biological Psychiatry*, 43,705-712.
- Steffens, D. C., Byrum, C. E., McQuoid, D. R., ..., Krishnan K.R. (2000). Hippocampal volume in geriatric depression. *Biological Psychiatry*, 48, 301-309
- Tafet, F. (2008). Psiconeurobiología de la resiliencia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 54(2),
- UNESCO (2012). Acoso escolar dispara las alarmas en Colombia. Recuperado de <http://profainteractiva.blogspot.com.co/2011/09/el-acoso-escolar-dispara-las-alarmas-en.html>
- Visu-Petra, L., Ciarirano, S., y Miclea, M. (2006). Neurocognitive Correlates of Child Anxiety: A Review of Working Memory Research. *Cogntie, Creier, Comportament*, 10 (4), 517-541.
- Vakili K., Pillay, S. S., Lafer, B., Fava, M., Renshaw, P. F., Bonello-Cintron, C. M., Yurgelun-Todd, D. A. (2000). Hippocampal volume in primary unipolar major depression: a magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 47, 1087-1090
- Vythilingam, M., Vermetten, E., Anderson, G. M., ... Bremner, J. D. (2004) Hippocampal Volume, Memory, and Cortisol Status in Major Depressive Disorder: Effects of Treatment. *Biol Psychiatry*, 56, 101-112.
- Xie, P, Kranzler, H., Poling, H., ..., Gelernter, J. (2010). Interaction of FKBP5 with Childhood Adversity on Risk for Post-Traumatic Stress Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 35, 1684-1692.

Respuesta de autocontrol en niños ligada a la presentación de la demora antes o después de la tarea

Lina V. Borda Camargo

Resumen

En la presente investigación se quiere medir la respuesta de autocontrol en niños con desarrollo normal entre 4 y 8 años tras la presentación de la demora al iniciar o finalizar una tarea (solución de un laberinto, lectura de párrafo y sopa de letras), para tener acceso al reforzador. El procedimiento se llevó a cabo en cinco etapas con reforzadores seleccionados para cada participante mediante una evaluación de preferencia. Se vio un nivel inferior de autocontrol cuando la situación demanda una demora inicial mayor para tener acceso a la tarea y posteriormente al reforzador de alta preferencia. Se presenta una respuesta más impulsiva cuando la demora es mayor, con lo que se confirmó la hipótesis de trabajo de la investigación.

Palabras clave: autocontrol, demora, reforzador, sensibilidad.

Introducción

El autocontrol, de acuerdo con Martin y Pearl (Luna, Gómez y Lasso, 2012), se define como la recurrencia de una serie de comportamientos que se han formado por la historia de interacción del sujeto y que tienen la función de responder a contingencias no inmediatas, que se establecen con consecuencias demoradas. Un individuo que posee autocontrol es más hábil para regular su comportamiento, sus emociones y sus impulsos atencionales para lograr objetivos mayores a largo plazo (Duckworth, 2011).

Desde la perspectiva del análisis del comportamiento y de acuerdo con una revisión teórica que realiza Yara (2001) sobre los trabajos de B. F. Skinner, el autocontrol, o, como lo refiere en sus textos, autogrenciamiento, se define, no como una autodeterminación interna, sino como el comportamiento del individuo para alterar la probabilidad de otro actuar en función de una interacción particular con el mundo.

Yara (2001) afirma, en su análisis sobre textos de B.F Skinner, que existen dos tipos de respuestas que se involucran en una situación de autocontrol: la controladora, por la cual se da la manipulación de las variables ambientales, y la respuesta controlada, que está en función de las variables manipuladas del ambiente. En esta conducta, como en cualquier otra operante, se pueden identificar entonces condiciones ambientales por las que se adquiere y mantiene la respuesta. En este caso una de las condiciones identificadas por Skinner es el conflicto que genera la presentación de dos consecuencias diferentes ante una respuesta.

El desarrollo de estas respuestas de autocontrol en los seres humanos es progresivo. Esto se muestra en los niños entre los 3 y 4 años de edad, que aún no tienen la capacidad para enfocarse en más de una cosa al mismo tiempo (toma de perspectiva), por lo que les resulta difícil evitar responder al estímulo al que tienen acceso en el momento, aunque esto implique una recompensa menor (Diamond, Kirkham y Amso, 2002).

Existen distintas variables que interactúan con el desenvolvimiento del autocontrol en los niños. Siguiendo a Tarullo, Obradovic y Gunnar (2009), se encuentran tres variables principales que marcan las diferencias individuales en autocontrol: la familia y la cultura, el temperamento y la genética. En cuanto a la cultura, un ambiente estructurado y las cualidades de la educación son determinantes; con respecto a la familia, un estilo de crianza que incentive la autonomía, una alta calidad en las relaciones que mantiene

el niño, la exposición durante la infancia a situaciones de frustración, ligadas a los recursos disponibles para la familia, son definitivos en la formación de un niño con alto autocontrol.

Por otra parte, el temperamento del niño puede resultar definitivo; en el estudio de Rothbart, Derryberry, y Hershey de 2000 (Tarullo, Obradovic, Gunnar, 2009), se llegó a la conclusión de que los infantes más cautelosos y temerosos al acercarse a un objeto nuevo y desconocido tienen una mejor predicción de conductas de autocontrol en el futuro. Por último, la influencia genética se ha encontrado relacionada con los niveles de dopamina en el organismo; sin embargo, en la relación entre genética y autocontrol aún hay muchos estudios por adelantar para llegar a resultados más específicos (Tarullo, Obradovic, Gunnar, 2009).

Con una buena interacción de las variables antes mencionadas en el ambiente del niño, además de un óptimo desarrollo del autocontrol, se puede predecir una buena disposición escolar, un buen rendimiento académico, una conducta y una competencia social apropiada con pares y adultos (Tarullo, Obradovic, Gunnar, 2009).

Teniendo en cuenta las implicaciones en la vida infantil, se han realizado distintos estudios para medir el nivel de autocontrol que presenta un niño al enfrentarse a una situación en la que se le expone a una tarea de autocontrol y debe escoger entre una recompensa pequeña pero inmediata y una recompensa mayor pero demorada (Mazur, 2012). Dentro de los estudios recientes sobre autocontrol se encuentra uno realizado por la Universidad de Rochester (2012). En este se midió la capacidad de autocontrol en 28 niños divididos en dos grupos: en el primero, se les expuso a una situación confiable, en la que el experimentador cumplía la entrega del reforzador, en este caso un montón más grande de crayones, luego de que el niño completara el tiempo de espera estipulado; en el segundo grupo, por el contrario, se expuso a los niños a una situación poco confiable en la que no hay entrega del reforzador tras el cumplimiento de la espera. Se encontró que dadas las situaciones anteriores, al proponerle al niño una nueva tarea de autocontrol, los niños expuestos a la situación poco confiable tardaron cuatro veces menos tiempo (3 minutos) en acceder al reforzador más pequeño, mientras que los niños expuestos a la situación confiable, esperaron el tiempo estipulado (12 minutos) para recibir un reforzador mayor. En conclusión, las expectativas de los niños frente a la nueva tarea y una situación ambiental

previa influyeron en el nivel de autocontrol demostrado en la actividad.

Por otro lado, Gadaire, Fisher y Steege (2014) tuvieron cuenta para su estudio variables como la presentación de la demora, la calidad del reforzador, la sensibilidad a la demora y la presentación simultánea de las dos recompensas, demorada e inmediata. Encontraron que, al presentar la demora después de la tarea, la mayoría de sujetos tomó la opción de esperar para obtener el reforzador de mayor preferencia. Mientras que al presentar la demora antes de tener acceso a la tarea, la mayoría de sujetos optó por obtener un reforzador de menor preferencia y no esperar hasta tener acceso a este. En otro estudio, Peters, Hunt y Harper (2004), en concordancia con el estudio presentado anteriormente, sostienen que es más probable que se presente una respuesta impulsiva entre mayor sea el tiempo de demora para la entrega del reforzador, debido principalmente a que el aumento en el tiempo de demora genera un decremento del valor del reforzador.

Con base en las conclusiones de estudios anteriores, en este artículo se quiere medir la respuesta de autocontrol en niños de entre 4 y 8 años de edad tras la presentación de una situación de demora al iniciar o al finalizar una tarea para obtener el reforzador, teniendo en cuenta las variables que, según estudios presentados, tienen implicación en el desarrollo de una tarea de autocontrol, como la calidad del reforzador y el tiempo de demora.

Método

Participantes

Zara, de 6 años de edad, cursa primer grado de primaria. La madre reporta que la niña no ha presentado enfermedades significativas y ha tenido un desarrollo normal a lo largo de su vida; su rendimiento académico además es excelente. Actualmente vive con sus abuelos, sus padres y su hermana, con quienes tiene una buena relación.

Diseño

Se utilizará un diseño de reversión AB de una sola sesión. En la fase de línea de base se realizará una evaluación de preferencia de estímulos, definida como la elección de una sola opción sobre otras que se le presentan al participante en más de un ensayo

(Carr, Nicolson, Higbee, 2000). Adicionalmente en la fase inicial de línea de base se medirá la sensibilidad al reforzador, entendida como la capacidad de un sujeto para responder ante la variación de la cantidad de reforzador (Ito y Nakamura 1998). La calidad del reforzador también será medida en esta fase inicial, y se define como la preferencia relativa por el estímulo reforzante tras la presentación de una tarea, medida en la cantidad de veces que se elige la entrega de este sobre otros estímulos. Por último durante la línea de base se medirá la sensibilidad a la demora, definida como la receptividad ante la cantidad de tiempo que transcurre entre la respuesta y el momento en el que es entregado el estímulo reforzante (Frieder, 2009). Una vez se obtengan esos datos se procede a la sesión de medición principal, en la que se alternan las dos condiciones: presentación de la demora antes de la tarea o después de la tarea.

Estímulos

La aplicación de la evaluación de preferencia se realizó con los siguientes cinco estímulos: una bolsa de 25 gr de dulces Sparkies, la presentación de tres minutos de un video de su cantante favorita (Martina Stoessel), una Bolsa de 49,3 gr de chocolates M&M, 30 calcomanías de una serie de Disney Channel, llamada Violetta y 30 gomas Trululú de aros.

Evaluación de preferencia

Para este estudio se va a realizar una evaluación de preferencia de estímulos pareados (Fisher, Piazza, Bowman, Hagopian, Owens y Slevin 1992). A continuación se describe brevemente cómo se realiza

a. Se ponen dos estímulos en frente del niño (a 0,7 metros uno del otro y a 0,7 metros del niño); se esperan 5 segundos.

b. Si el niño toca el estímulo, se remueve el estímulo no escogido de inmediato.

c. Se deja que el niño interactúe con el estímulo escogido por 5 segundos. Si el niño muestra el estímulo en la primera oportunidad, se continúa con el paso i.

d. Si el niño se acerca a ambos estímulos, se le interrumpe colocando los dos estímulos debajo de la mesa y fuera de su vista.

e. Si el niño no se acerca a ningún estímulo luego de 5 segundos, para un estímulo comestible se acerca el estímulo a la boca del niño; si es un juguete, se deja que el niño lo sostenga en sus manos por 5 segundos.

f. Después de que el niño escoja entre los dos estímulos, se le presentan de nuevo (esto sigue constituyendo el mismo ensayo).

g. Se repiten los pasos de b hasta d.

h. Si el niño no se acerca a los dos estímulos, de nuevo se retira el estímulo.

i. Se registran los datos de cada uno de los ensayos, escribiendo los resultados en una hoja de registro. En cada sesión de medida de preferencia de estímulos, cada estímulo será emparejado una vez con cada uno de los otros estímulos.

Variables dependientes

Preferencia: esta es entendida como una elección de una opción sobre las otras que se le presentan al participante en más de un ensayo (Carr, Nicolson y Higbee, 2000). Se medirá durante la línea de base en la etapa 1 con ayuda de una hoja de registro de preferencias. Al sujeto se le presentan cinco diferentes estímulos apareados aleatoriamente. Serán 20 ensayos, en los cuales tendrá que escoger uno de los dos objetos presentados en cada uno. Al final se establece la preferencia alta por el ítem que tuvo mayor porcentaje de elección, y la baja preferencia por el ítem que tuvo menor porcentaje de elección.

Sensibilidad al reforzador: esta es entendida como la capacidad de un sujeto para responder ante la variación de la cantidad de reforzador (Ito y Nakamura, 1998). Se medirá en la etapa 2, en la cual se le presentan al participante dos opciones para escoger, la primera es la presentación de una tarea seguida por la entrega de un reforzador y la segunda es la presentación de la misma tarea sin entrega de algún estímulo. Esta medición se llevará a cabo en cinco ensayos al final de los cuales, para establecer la sensibilidad al reforzador, el participante tendrá que haber escogido el 80% de las veces la primera opción.

Calidad del reforzador: se define como la preferencia por el estímulo reforzante tras la presentación de una tarea, medida en la cantidad de veces que se elige la entrega de este sobre otros estímulos (Frieder, 2009). Se mide en la etapa 3 del procedimiento, con la presentación de dos opciones en cinco ensayos: la primera opción es la presentación de una tarea seguida por el estímulo de alta preferencia, y la segunda, la presentación de la misma tarea seguida por el estímulo de baja preferencia. Se establece calidad de reforzador en el participante tras la elección de la primera opción en un 80% de los ensayos.

Sensibilidad a la demora: definida como la receptividad ante la cantidad de tiempo que transcurre, entre la respuesta y el momento en el que es entregado el estímulo reforzante (Frieder, 2009). Será medida en la etapa 4 bajo la presentación de dos condiciones: la primera, la presentación de una tarea seguida de un tiempo de espera de 20 segundos para la entrega del reforzador de alta preferencia, y la segunda, la presentación de la misma tarea seguida por un tiempo de espera de 1 minuto para la entrega del reforzador de alta preferencia. Si el participante escoge la primera condición un 80% de los cinco ensayos que se presentan en esta etapa, entonces se establece la sensibilidad a la demora del participante.

Procedimiento

En esta investigación se llevarán a cabo cinco etapas. El propósito de las primeras cuatro es medir la influencia sobre el individuo de las variables preferencia, sensibilidad al reforzador, calidad del reforzador y sensibilidad a la demora; en la quinta etapa se realizará la aplicación de la tarea de autocontrol alternando las dos condiciones, demora al inicio y al final de la tarea.

Línea de base

Esta fase del procedimiento está conformada por las primeras cuatro etapas enunciadas a continuación, en las que se pretende establecer la disposición del sujeto ante las condiciones que se medirán en la quinta etapa.

Etapa 1. Evaluación de preferencia: se realiza una medida de preferencias en la que se le presentan cinco diferentes opciones (alimentos, actividades, juguetes) al niño, escogidas previamente con ayuda de sus padres, entre las cuales se determinará la opción que haya sido seleccionada más veces (con un criterio del 80%) como el estímulo de alta preferencia, y la que haya sido escogida menos veces como el estímulo de baja preferencia. Esta etapa consta de 20 ensayos en los que los estímulos son presentados en pares simultáneamente, con un orden aleatorio.

Etapa 2. Evaluación de sensibilidad al reforzador: en esta etapa se busca establecer la sensibilidad al reforzador que tiene el niño, para lo cual se le presentan dos opciones: puede escoger entre realizar una tarea y esperar 20 segundos para obtener el reforzador escogido como de alta preferencia o puede elegir realizar la tarea sin obtener ningún tipo de estímulo al

terminar. En esta sesión el criterio para establecer una sensibilidad al reforzador es la elección de la primera opción en el 80% de los cinco ensayos: si el sujeto no cumple con el criterio establecido, no es posible continuar con la siguiente etapa, pues no presenta sensibilidad ante el refuerzo.

Etapa 3. Evaluación de calidad del reforzador: a continuación, se establece la calidad del reforzador, mediante la elección de una de dos opciones que se indican al individuo: la presentación de una tarea y la entrega del estímulo de alta preferencia, o la presentación de una tarea y la entrega del estímulo de baja preferencia a terminarla. El criterio para establecer la calidad del reforzador es la elección por parte del niño de la opción de la tarea seguida por el reforzador de alta preferencia un 80% de las veces dentro de los cinco ensayos.

Etapa 4. Evaluación de la sensibilidad a la demora: en esta etapa se establece la sensibilidad a la demora que tiene el participante. Se le presentan al niño las siguientes dos opciones: puede elegir presentar una tarea y luego de 20 segundos recibir un reforzador de alta preferencia, o puede escoger presentar la tarea y esperar 1 minuto antes de recibir el estímulo de alta preferencia. En este caso el criterio para determinar una sensibilidad a la demora es haber alcanzado el 80% de selección para la primera opción en los 5 ensayos.

Etapa 5. Presentación de demora antes y después de completar la tarea: Esta etapa se divide en dos sesiones de seis ensayos. En cada ensayo se presentará una demora seguida de una tarea y la entrega de un reforzador, o una tarea seguida de una demora y la entrega del reforzador, según sea la sesión que se presente. En ambos casos los dos estímulos (de alta y baja preferencia) estarán libres para que el participante elija cualquiera de las dos opciones durante la ejecución de la tarea.

Primera sesión. Demora luego de completar la tarea.

En esta sesión, se le presenta al individuo la tarea asociada al estímulo de alta preferencia y al mismo tiempo la tarea asociada con el estímulo de baja preferencia. En este caso el tiempo de espera para obtener el reforzador se presenta luego de la finalización de la tarea, y los tiempos de demora variarán aleatoriamente entre los seis ensayos de 60 segundos y 120 segundos. Esta condición de demora se cumple para la entrega del estímulo de alta preferencia, pues el de baja preferencia estará disponible tan solo 20 segundos después de que se termine la tarea. En esta sesión

el individuo debe escoger una de las dos opciones, la relacionada con la demora corta (20 seg) o la relacionada con la demora larga (60 seg y 120 seg). En esta sesión no se establece un criterio a cumplir.

Segunda Sesión. Demora antes de tener acceso a la tarea

En esta sesión, se invierte la condición de la primera sesión. El tiempo de espera se presenta antes de tener acceso a la realización de la tarea. En caso de estar asociada al estímulo de baja preferencia, la demora inicial será de 20 segundos, mientras que al estar asociada con el estímulo de alta preferencia, el tiempo de demora inicial variará aleatoriamente entre los seis ensayos de 60 segundos a 120 segundos. En ambos casos la opción será esperar el tiempo de demora delimitado, para obtenerla disponibilidad de la tarea y la entrega inmediata del estímulo (al terminar la tarea) con el que esté asociada. El participante debe escoger una de las dos opciones y en esta opción no se establece un criterio a cumplir.

Resultados

Estos son los resultados obtenidos para la primera participante, el objetivo es completar el estudio con la aplicación de la tarea de autocontrol en tres participantes más.

Línea de base

Etapa 1. Evaluación de preferencia: en esta etapa, al realizar la evaluación de preferencias, se encontró una variedad de porcentajes de elección entre los estímulos presentados a la primera participante. El estímulo 1 (bolsa de 25 gr de dulces Sparkies) obtuvo un 25% de elección. El estímulo 2 (presentación de 3 minutos de un video de su cantante favorita) obtuvo un 25% de elección. El estímulo 3 (bolsa de 49,3 gr de chocolates M&M) obtuvo un 10% de preferencia. El estímulo 4 (30 calcomanías de una serie de Disney Channel) obtuvo un 40% de elección. Por último el estímulo 5 (30 gomas Trululú aros) no fue seleccionado por la participante en ninguno de los ensayos de la evaluación de preferencia. Dado los datos anteriores, se establece para la investigación que el estímulo 4 es de alta preferencia y el estímulo 5 es de baja preferencia para la participante.

Etapa 2. Evaluación de la sensibilidad al reforzador: en esta etapa la participante escogió en cuatro de los cinco ensayos, la opción de la realización de la

tarea seguida del estímulo reforzante. De acuerdo con esto, cumple con el criterio para establecer la sensibilidad al reforzador. Únicamente en el ensayo en el que se le presentó la tarea seguida del estímulo de baja preferencia, la participante escogió presentar la tarea sin recibir un refuerzo al terminarla.

Etapas 3. Evaluación de calidad del reforzador: para esta etapa, la participante escogió la presentación de la tarea, seguida del estímulo de alta preferencia el 100% de las veces, es decir en los cinco ensayos presentados. Dado el resultado obtenido, se cumple el criterio para establecer calidad del reforzador en la participante. En ninguno de los ensayos escogió la opción relacionada con el estímulo de baja preferencia.

Etapas 4. Evaluación sensibilidad a la demora: en esta etapa la participante escogió la tarea de la seguida del reforzador de alta preferencia, tras la espera del menor tiempo (20 segundos) el 100% de las veces, es decir las cinco veces presentadas. Dado lo anterior, se cumple el criterio para establecer la sensibilidad a la demora en la participante.

Etapas 5. Primera sesión, demora luego de completar la tarea: en esta sesión la participante tomó la elección de la demora más larga (60 segundos y 120 segundos) para obtener el reforzador de alta preferencia.

Segunda sesión. Demora antes de tener acceso a la tarea: en la segunda sesión la participante hizo la elección de la demora más larga, para recibir el estímulo de alta preferencia solo en cuatro de los seis ensayos. En dos de los ensayos en los que la demora inicial para tener acceso a la tarea era de 120 segundos, la participante optó por la opción con menos tiempo de demora (20 segundos) para recibir el estímulo de baja preferencia.

Discusión

En la presente investigación, se confirma la hipótesis planteada inicialmente, según la cual se encuentra un nivel inferior de la respuesta de autocontrol cuando la situación demanda una demora inicial mayor para tener acceso a la tarea y posteriormente al reforzador de alta preferencia. La participante en la etapa 5, que cumple con esta condición de demora uncial, escogió la respuesta de autocontrol con mayor demora solo en cuatro de los seis ensayos. Esto en comparación a los resultados obtenidos en la etapa 4 cuando la presentación de la demora se da al finalizar la tarea. En esta etapa la participante escogió la demora mayor

para acceder al estímulo de alta preferencia en los seis ensayos. Estos resultados coinciden con los encontrados en el estudio realizado por Gadaire, Fisher y Steege (2014).

Además se encontró una relación con lo afirmado por Peters, Hunt y Harper (2004) en la última etapa cuando en dos de los seis ensayos la participante opta por la opción relacionada con el estímulo de baja preferencia; pues se ve una respuesta más impulsiva de la participante cuando el tiempo de espera que se presenta es mayor en este caso para tener acceso a la tarea y al reforzador de alta preferencia. Se encontró también una correspondencia con el estudio realizado por la Universidad de Rochester (2012), debido a la confianza que se presentó la participante al elegir esperar un mayor tiempo por el estímulo de alta preferencia en la siguiente tarea que se le planteaba. una vez que en la anterior se había cumplido con la entrega del reforzador relacionado con la opción que seleccionó.

Se reconocen algunas limitaciones para la presente investigación, como el reducido número de participantes y la dificultad para la selección y generalización de los estímulos con los que se realizó la evaluación de preferencia inicial entre los participantes. Se propone, para futuros estudios, que se tenga en cuenta un mayor número de participantes, de manera que se obtengan datos más consistentes aún sobre el efecto de la presentación de la demora antes o después de la tarea en una prueba de autocontrol en niños. Además se propone una mayor variedad en la edad de estos niños, puesto que sería interesante observar y comparar los cambios longitudinales que se presentan en la respuesta de autocontrol, bajo estas condiciones. Por último se considera favorable una mayor consistencia entre las medidas, mediante la generalización de las categorías de los estímulos presentados a los diferentes participantes, para la evaluación de preferencias; por supuesto se tiene en cuenta que la elección de lo que resulta reforzante es diferente para cada individuo.

Referencias

- Carr, J., Nicolson, A., y Higbee, T. (2000). Evaluation of a Brief Multiple-Stimulus Preference Assessment in a Naturalistic Context. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(3), 353-357.
- Diamond, A., Kirkham, N. y Amso, D. (2002). Conditions Under Which Young Children Can Hold Two Rules in

Mind and Inhibit a Prepotent Response. *Developmental Psychology*, 38(3), 352-362

Duckworth, A. (Febrero 15 de 2011). The significance of Self-Control. *PNAS*, 108(7), 2639- 2640.

Frieder, J. (2009). The effects of Quality and Magnitude of Reinforcement on Choice Responding. Utha State University. Recuperado de

<http://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1422&context=etd>

Gadaire, D., Fisher, W. y Steege, M. (2014). The Effects of Presenting Delays Before and After Task Completion on Self-Control Responding in Children With Behavior Disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 47, 192-197. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jaba.104/abstract>

Ito, M, y Nakamura, K (1998) Humans Choice in a Self-Control Choice Situation: Sensitivity to Reinforcer Amount, Reinforcer Delay and Overall Reinforcement Density. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1(69), 87-102.

Luna, E, Gómez, J yLasso, T. (2012). Relación entre desempeño académico y autocontrol. Universidad de Manizales. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4549492.pdf>

Mazur, J. (Marzo 2012). Effects of Pre-Trial Response Requirements on Self-Control Choices by Rats and Pigeons. *Journal of the Experimental Analysis Behavior*, 97(2), 215-230.

Peters, H, Hunt, M. y Harper, D. (2004) Choice with Initial and Terminal Link Reinforcement: An Alternative Self-Control Paradigm. *Journal of Experimental Psychology*. 30,1, 74-77.

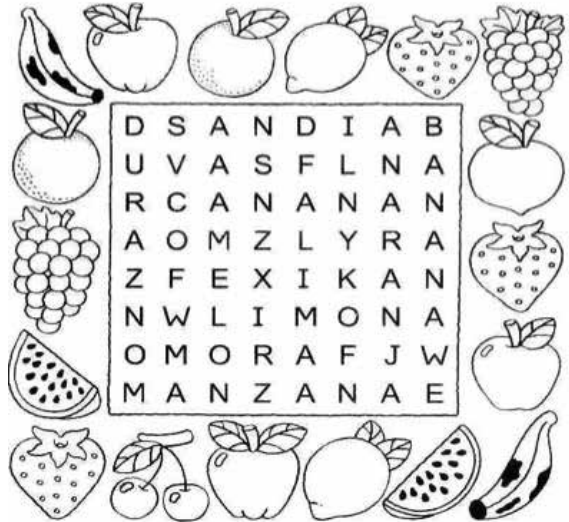
Tarullo, A., Obradovic J. Gunnar, M. (Enero, 2009). Self-Control and the Developing Brain. *Zero to Three*, 31-37.

University of Rochester. (Octubre, 2012). The Marshmallow Study Revisited. Recuperado de <http://rochester.edu/news/show.php?id=4622>

Yara, N. (2001) El concepto skinneriano de autocontrol: Un análisis teórico. Sao Paulo: Uninove.

Anexo 1. Tareas etapa 4

ANANÁ - MANZANA - NARANJA - LIMÓN - UVAS -
LIMA - DURAZNO - BANANA - SANDÍA - MELÓN - MORA

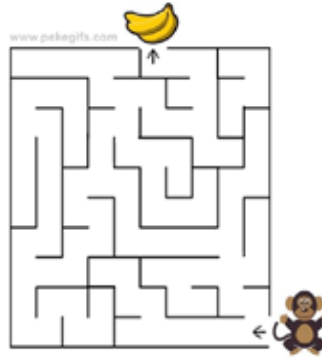


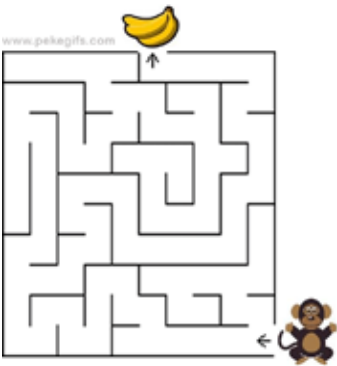
ENCUENTRA LOS ANIMALES DE LOS ANIMALES EN EL CUADRO
• TUCÁN - SÁPIDO - OSO - LORO - JIRAFÁ - HIENA
• CAMELLO - JAGUAR - ELEFANTE - LEÓN - TIGRE - MONO
• GUELFO - COYOTE - ANIMALITO

TUCÁN - SÁPIDO - OSO - LORO - JIRAFÁ - HIENA
CAMELLO - JAGUAR - ELEFANTE - LEÓN - TIGRE - MONO



Anexo 2. Tarea etapa 5





_____ participe en la investigación, entiendo que nuestra colaboración es completamente voluntaria y que puedo decidir interrumpir la participación en cualquier momento sin consecuencias. Confirmando además que se me han solucionado todas las inquietudes al respecto y me ha quedado claro cada punto mencionado en este documento luego de recibir la información de parte de la encargada de la investigación.

Firma padre

Firma encargado de investigación

Anexo 4. Asentimiento informado.

¿Cuál es tu nombre? _____

¿Eres niño o niña?

Anexo 3. Consentimiento informado

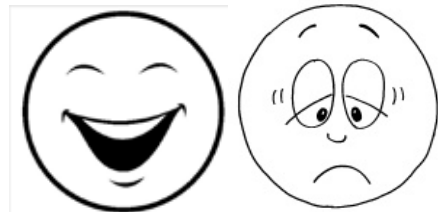
Ciudad Bogotá.

Día _____ Mes _____ Año _____

La presente investigación está a cargo de Lina Victoria Borda Camargo estudiante de séptimo semestre de psicología. El objetivo de este estudio es medir el autocontrol que presentan los niños bajo determinadas condiciones de una tarea. Para su realización se llevará a cabo una serie de ejercicios en los que su hijo deberá escoger entre dos opciones para ejecutar una tarea escrita o de lectura. La investigación se llevará a cabo en cinco etapas, que se completan en tres horas aproximadamente. Es importante mencionar que el presente estudio no representa ningún riesgo para su hijo, la información será utilizada únicamente con fines académicos, y si usted desea podrá pedir los resultados o escribir cualquier inquietud, en cualquier momento al correo electrónico liniz_1312@hotmail.com.

Yo _____

acepto que mi hijo _____



¿Quieres jugar conmigo en esta tarde?

Representaciones sociales de la evaluación en educación superior

Nelly Patricia Bautista Cárdenas

Resumen

La sobrevaloración de la calificación por parte de los estudiantes conlleva en ocasiones a crear un vacío en el campo ético y cívico, además de anular la función formativa de la evaluación en el curso del desarrollo de una carrera universitaria. Por eso, el objetivo de este artículo es mostrar la representación social de la evaluación en el contexto universitario como fin y no como medio; también lo es exhortar a la universidad para que promueva acciones que neutralicen las conductas violentas o delictivas de quienes pretenden obtener calificaciones aprobatorias por encima de la lógica educativa y de los derechos humanos. La metodología utilizada es cualitativa en el marco de las representaciones sociales, lo cual permite relacionar los discursos constitucionales y las normas institucionales con el sentido común que construyen docentes y estudiantes ante el proceso evaluativo.

Palabras clave: ética, evaluación, construcción de ciudadanía, dignidad, derechos.



Introducción

La presente ponencia aborda el tema de la evaluación desde los imaginarios culturales que tienen los actores de la educación, en forma paralela con las teorías y normas que la sustentan, a partir del reconocimiento de las representaciones sociales de un mundo de la vida, complejo, paradójico y subjetivo que moldea el universo normativo de la sociedad.

Desde una perspectiva ética y teniendo la contradicción humana como principio, la presente reflexión se ha enfocado en identificar el manejo dado a los ejercicios evaluativos en el contexto universitario por parte de docentes y estudiantes. Se encontró que para algunos alumnos la mayor importancia del trabajo en el aula radica en la calificación y en el diploma que lo certificará como profesional. De esta manera, pasa a un segundo lugar de importancia el interés por el aprendizaje y el desarrollo de las competencias profesionales, por lo que se observa con frecuencia la transgresión de las normas institucionales, éticas y sociales, cuando se llega a la valoración de un proceso. En este sentido, en el ámbito universitario se observa con frecuencia, la transgresión de los derechos humanos y el atropello de la dignidad como medio para alcanzar una buena evaluación. Es así como desde la evaluación, se perturba la autonomía, los derechos y libertades que se predicen como fundamentales en la constitución política del país, cuyo goce implica asumir la responsabilidad sobre las consecuencias de las acciones individuales y colectivas.

Los académicos entienden que la evaluación educativa sustenta un carácter diagnóstico y formativo que permite reconocer si lo que se enseña está llegando a los estudiantes de la forma adecuada. Según A. de la Orden, “[...] la evaluación, al prescribir realmente los objetivos de la educación, determina, en gran medida lo que los alumnos aprenden y cómo lo aprenden, lo que los profesores enseñan y cómo lo enseñan, los contenidos y los métodos” (citado por Ruiz, 2009). Es decir la actividad educativa está en alto grado canalizada por la evaluación, lo cual exige de forma prioritaria una actitud ética que fortalezca la formación integral del futuro profesional.

El asunto de la evaluación educativa se regula mediante teorías académicas, leyes nacionales y normas institucionales, cuyo objeto es delimitar los alcances y las necesidades de orientación clara a los sujetos en formación. Así mismo se convierte en una guía para los docentes y para las instituciones en su actividad pedagógica, con el fin de ordenar las derivaciones

del ejercicio evaluativo para todos los actores de la educación tanto en el aspecto académico, como en la postura ética y consecuente de la actividad.

Luego de la reflexión anterior, hay que reconocer la complejidad y ambivalencia que impera en la subjetividad humana, la cual hace que las personas no se ciñan completamente a los parámetros exigidos por la sociedad. Esto hace que su comportamiento se torne complejo mediante la creación de significaciones, símbolos y discursos que se entremezclan con las disposiciones sociales, lo cual no exime a la actividad evaluativa en una institución de educación superior. En las universidades se congregan individuos que representan la cultura y, en el tema que nos ocupa, genera costumbres y actuaciones opuestas a lo convencional, lo que hace de la evaluación educativa un asunto con aspectos oficiales y aspectos subjetivos. Esto hace que se confunda la labor pedagógica del ejercicio con prácticas culturales que no son delineadas con precisión.

Metodología

La investigación se realizó con una orientación etnográfica desde un ángulo descriptivo e interpretativo. Se tomó como fundamento los significados construidos por profesores y alumnos, para acceder a las representaciones sociales sobre evaluación educativa en el programa de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá.

La etnografía es un procedimiento de investigación basado en la observación de las prácticas culturales de colectivos sociales, en las cuales el investigador puede participar para comprobar el verdadero significado de dichas acciones con base en las explicaciones que dan los mismos actores sociales. Con este método se busca comprender el estilo de vida de un grupo a partir de la explicación y reconstrucción analítica e interpretativa de las prácticas culturales, de los modos de vida y de la organización social del grupo objeto de la investigación, que en el caso presente correspondió al programa de psicología en su quehacer y espacio cotidiano (Bautista, 2011).

El proceso analítico se encaminó a reconocer las representaciones sociales que subyacen al ejercicio evaluativo en educación superior, mediante las técnicas de la asociación libre, que permiten desentrañar los significados naturales que expresan los alumnos ante la noción de *evaluación educativa*. También se utilizó la observación participante y no

participante con el objeto de aprehender las actitudes, las explicaciones y las conductas al enfrentar los diferentes ejercicios evaluativos desarrollados en el aula. Finalmente, la técnica que procuró más datos fue la entrevista abierta respondida por estudiantes y docentes. La muestra investigada la conformaron tres estudiantes de cada semestre de las jornadas diurna y nocturna, para un total de 60 sujetos; la muestra de docentes estuvo compuesta por cuatro profesores del programa de Psicología.

Referentes teóricos

Convertir el *ethos* en un asunto de análisis de la actividad evaluativa de la universidad es observar lo que hemos hecho a partir de la moral que sustenta la sociedad y ubicar a la cultura como un motor de las acciones humanas que logra sobreponerse a lo instituido en la normatividad del campus universitario. La actividad evaluativa se convierte en un motivo de discriminación entre lo que es bueno y lo que es malo en el aula; lo íntegro y lo inmoral, y lo legal y lo ilegal, por lo que se equilibra a los principios institucionales y jurídicos, ya que ambos persiguen la regulación de los actos humanos y las interacciones sociales, que en este caso señalan a quienes conforman la comunidad universitaria.

La ética es un asunto de difícil abordaje ya que implica tomar distancia para luego devolvernos sobre nosotros mismos, puesto que en el razonamiento ético, objeto y sujeto se combinan. No obstante, es recurrente en los académicos la preocupación sobre las acciones pedagógicas, como se observa en el código deontológico, las políticas de evaluación, las reflexiones permanentes en el área de la formación pedagógica, todo lo cual se convierte en un cúmulo de motivos para colocar el aspecto ético como un elemento transversal de la institución educativa (Ormart, 2004).

La ética es un elemento fundamental en la evaluación; esta se puede definir como el proceso que da como resultado un juicio de valor acerca de la condición de un estudiante en un saber determinado, por lo que se convierte en la actividad que conlleva a la toma de decisiones: “[e]valuar el proceso de enseñanza-aprendizaje significa valorar los resultados obtenidos de la actividad que conjunta a profesores y alumnos en cuanto al logro de objetivos de la educación” (Carreño, 2001). De estas deficiones se deduce que la evaluación educativa busca, entre otras cosas, valorar el aprendizaje, las habilidades y destrezas conseguidas

y desarrolladas por los alumnos en el programa académico en el que están formándose. Por eso, se debe ver la evaluación desde una postura integral del proceso enseñanza-aprendizaje-formación, ya que sus resultados no solo serán observables en el desarrollo de competencias profesionales, sino también en la honestidad del futuro profesional.

La evaluación y la ética son factores presentes en la conformación de reglamentos y procedimientos de las universidades así como de la legislación nacional. Sin embargo, como lo demuestra la teoría y el método de investigación de las representaciones sociales (Jodelet, 1986), los seres humanos no actúan siempre conforme con las disposiciones legales ni a la lógica, sino a una confusa relación de subjetividades a las que comúnmente llamamos el mundo de la vida.

La evaluación forma parte de la experiencia del ser humano desde el inicio del ciclo vital, por lo que al llegar al ámbito universitario se exhibe como un proceso impregnado de significaciones subjetivas; esto supera las actividades específicas de revisión, clasificación y orientación hacia los estudiantes, convirtiéndose en un ejercicio impregnado de acciones que muchas veces la alejan del objetivo de formación, ya que se convierte en una fusión entre la razón y la sin razón que alberga actitudes y emociones desviadas del ideal.

Resultados

El mundo de la vida cotidiana es complejo y contradictorio, lo que conlleva a que cuando se asuma una reflexión ética de la evaluación se reconozca que los parámetros institucionales no logran contener la verdadera actitud que asumen los actores sociales en el contexto universitario en el cual converge tanto lo normativo como lo cultural. Según los resultados de esta investigación, son muchos los elementos subjetivos que atraviesan la actividad evaluativa, entre los que se encuentra el manejo del poder por parte del profesor, quien al ostentar el dominio sobre la calificación en su actividad tiene comportamientos axiológicos y culturales; maneja autoridad, la jerarquía, y además la interpretación personal de la normatividad educativa.

La acomodación de la teoría y la norma al sentido común de los docentes transforma la evaluación en un asunto personal que puede llegar a desfigurar la función didáctica y moderadora de la enseñanza-aprendizaje. Esto hace que se llene de significaciones,

sentimientos y subjetividades que afectan la red de relaciones entre los estudiantes, los docentes, la universidad y la sociedad; esto excede el objetivo primordial de mejorar los procesos de enseñanza y de aprendizaje, para transmitir ideologías, incentivar proyectos de vida y fomentar sociabilidad y sensibilidad social.

Cuando los académicos se preguntan por la razón de que se evalúen los aprendizajes en el ámbito universitario, se encuentran con dos justificaciones diferentes pero complementarias: la primera es sobre la urgencia de fortalecer la reflexión crítica de los docentes y estudiantes respecto al sentido, significado y función de la evaluación educativa. La segunda es la necesidad urgente de crear planes y métodos que faciliten al docente el entendimiento de su papel en el proceso de enseñanza y de aprendizaje de sus alumnos; esto le permitirá, a su vez, implementar mejoras en todos los componentes que contribuyan en el proceso (Salinas, 2001). Esto reclama la inclusión del componente ético en el ejercicio evaluativo con el fin de evitar un manejo inapropiado del poder, a la vez que se reconoce y asume la repercusión de la función docente en la construcción del tejido social.

Reflexionar sobre la relación entre evaluación educativa y manejo del poder nos remite al aspecto punitivo y sancionatorio que integra en sí misma la calificación, lo que puede colocar a la evaluación al margen del proceso de aprendizaje y transformación. Esto resalta la responsabilidad que tiene el profesor de manejar asertivamente sus impulsos egoístas para no afectar la transparencia y legitimidad de la evaluación con las contingencias de su subjetividad, teniendo en cuenta su condición de ser representante de la comunidad académica, disciplinar e institucional. Esto confirma lo que afirma Salinas (2001) cuando dice que “[...] para la universidad la evaluación es la herramienta para hacerse ella misma transparente” (p.11).

Los docentes universitarios no siempre tienen formación específica en pedagogía o didáctica, y se enfrentan a la actividad formativa del aula debiendo hacer evaluaciones de los aprendizajes las cuales son tenor de los diferentes reglamentos de la universidad. Las evaluaciones son elementos fundamentales para la emisión de calificaciones y certificaciones, pero muchas veces este ejercicio se ve atravesado por sentimientos y emociones que surgen como resultado de la interacción entre profesores y estudiantes, mezclándose además con los discursos y prácticas instalados en la cultura. Es así que muchas veces escuchamos afirmaciones como “lo peor de ser profesor es

tener que evaluar”, “hay que hacer examen, porque, si no, ellos no estudian”, “el que saca cinco es el profesor” (Salinas, 2001), supuestos que muestran el mal uso del poder que se confunde con la intimidación e incluso con la negociación de calificaciones que son acciones ajenas al proceso formativo.

La evaluación deja de ser un hecho natural de la actividad educativa cuando se realiza con intereses personales y egoístas que se sustentan en el convencimiento de que el poder otorga autoridad al que ostenta un saber específico superior al de las demás personas del entorno. En el ámbito universitario, dicho saber se combina con la acción de evaluar y calificar desde una postura de poder, lo que abre la posibilidad de transformar la evaluación en un mecanismo que instala la injusticia en el aula, y esto origina situaciones de desmotivación, resentimiento y conflicto.

La ansiedad y la percepción de amenaza que engendran las evaluaciones en algunos estudiantes se provocan especialmente cuando la noción de calificación se circunscribe a una significación de castigo que recrimina la distracción, la falta de estudio, la poca responsabilidad y la indisciplina, entre otras actitudes, hecho que debilita la función formativa y de regulación (Salinas, 2001).

Las evaluaciones siempre contienen un juicio de valor que versa sobre lo correcto y lo errado respecto a lo aprendido por el alumno. Su análisis contempla diferentes razonamientos concernientes a la educación de los estudiantes, quienes se basan en los resultados para reconocer el desarrollo de sus competencias en el ser, en el saber, en el hacer y en el convivir; de ahí que reclame no solo una correcta planeación sino también una retroalimentación que posibilite la corrección de los conceptos y la posibilidad de ahondar en sus conocimientos.

En la formación profesional se utilizan distintas maneras de valorar el proceso de aprendizaje; entre ellas está la heteroevaluación, que es la que procede del criterio de un docente en representación de la autoridad moral, disciplinar y empírica sobre una temática específica; la valoración ética contempla de manera objetiva, integral, cualitativa y cuantitativa el desarrollo de los sujetos sometidos a la medición. Sin embargo, cuando se asume la evaluación educativa desde una perspectiva ética, nos vemos impelidos a confrontar la labor del profesor, observándose que es quien generalmente guarda una actitud transparente y responsable dentro del quehacer educativo. En el claustro universitario descubrimos que la actitud de los estudiantes o personas en formación profesional

denotan una notable incidencia en los problemas y distorsiones de la actividad evaluativa, cuando sobreestiman las calificaciones sobre el conocimiento y el diploma sobre las competencias profesionales.

El análisis de la información que se recogió en la investigación “Representaciones sociales, discursos y prácticas sobre los procesos de evaluación” permitió detectar, entre otros aspectos, la transgresión sistemática de las normas institucionales por parte de algunos alumnos que incumplen con sus tareas y obligaciones de las asignaturas, no se desempeñan responsablemente en sus prácticas profesionales, allegan incapacidades médicas falsas, copian tareas de otros compañeros y hacen una oposición permanente a cualquier modalidad de evaluación que pueda poner en evidencia su escaso o nulo compromiso. De esta manera, se ven unos imaginarios sociales que cada vez toman más fuerza entre la comunidad estudiantil y que se sintetiza en las frases “todo vale” y “la ley está hecha para violarla”.

El problema de estos estudiantes reside en no alcanzar una postura autoevaluativa que conlleve a reconocer la necesidad de confortar su estructura profesional, moral y humanitaria; por el contrario, se respaldan en actitudes amenazantes ante compañeros, profesores y personal administrativo para conseguir notas de aprobación de las asignaturas, proceder que no se modifica cuando se decide presentar el trabajo de grado, lo cual es motivo de plagiar otras obras o apelar a los “carteles de tesis” en los cuales se comercializan toda clase de informes de investigación que requieran los clientes (Benavides, 2012).

El trabajo de grado es la tarea más importante que llega a realizar un alumno en su proceso de formación profesional, por lo que se somete a una rigurosa evaluación que tiene como objetivo la validación de las competencias profesionales que debe poseer el individuo para recibir el diploma que lo acredita como competente en un área específica de la ciencia. No obstante, en el comercio ilegal todo puede ser objeto de negociación, y en el tema del aprendizaje, ha ocasionado la configuración de una zona negra en el área educativa que despliega una brecha entre la evaluación formativa, la formación ciudadana y la aptitud profesional frente al comercio inmoral de los certificados académicos.

Los ejercicios evaluativos permanentes deben ser tomados como parte sustancial del proceso de instrucción que permiten el monitoreo y el *feedback* con fines formativos. No obstante, cuando se instalan las

acciones inmorales en la presentación de los productos, se invalida el monitoreo en el desarrollo académico del estudiante, quien simultáneamente pierde la posibilidad de retroalimentarse con las observaciones que debería recibir respecto al ejercicio. Igualmente, la autoevaluación como producto del monitoreo no tiene cabida como información oportuna sobre el desempeño del alumno, lo que hace que se pierda la oportunidad de mejorar el proceso de aprendizaje.

Como se ha venido diciendo a lo largo del texto, la evaluación es una labor permanente del profesor universitario y debe estar incluida en la planeación de las tareas diarias, desde la aprobación de una asignatura hasta la sustentación del trabajo de grado. El objetivo del ejercicio es certificar que los estudiantes han alcanzado los logros esperados en una determinada etapa de su formación, pudiendo pasar a la siguiente con un nivel óptimo de conocimientos. Sin embargo, cuando se corrompe el proceso, desaparecen los elementos básicos de acompañamiento en el proceso formativo del futuro profesional. Cuando la educación está arbitrada por los ejercicios evaluativos se le facilita a los estudiantes un aprendizaje que supera el cuerpo teórico y los procedimientos metodológicos, lo que desarrolla la competencia final que es la que concierne a la resolución de problemas, la toma de decisiones viables y apropiadas, y el fortalecimiento de las actitudes y comportamientos sociales humanitarios.

Cuando la magnitud valorativa de la evaluación no se entendiende por algunos estudiantes, se trasgreden los parámetros mínimos del respeto, de la dignidad humana, de los preceptos normativos de las instituciones y el orden jurídico superior que predica principios y derechos de orden constitucional que competen a todos los ciudadanos, entre quienes se incluyen los estudiantes universitarios.

En la recolección de datos se encontró a dos alumnas, a quienes nos referiremos como HO, las cuales se destacaron negativamente durante todos los años de estudio de la carrera, ya que mostraron siempre una conducta violenta y antiética cometiendo múltiples infracciones al reglamento estudiantil y abordando irrespetuosamente a profesores, estudiantes, directivos y personal administrativo cuando requerían la aprobación de sus asignaturas. Esta situación evidenció que la Universidad no cuenta con una estructura normativa ni de personal preparado que permita atender y controlar situaciones en las cuales se exhiben casos extremos de anomia y anarquía, que alcanzan los límites de la delincuencia; esto lleva a que

las personas que conforman la comunidad educativa, se encuentren en situación de peligro.

Las alumnas HO se hicieron populares desde la primera clase a la que asistieron al iniciar un liderazgo negativo por las condiciones de esa sesión que no consideraron adecuadas, y desde entonces persistieron en su actitud de reprobación por todo lo que se desarrollaba en el ejercicio académico. Los profesores y demás personal procuraban responder en forma diligente a sus solicitudes para evitar contratiempos; sin embargo, esa actitud de oposición inicial se fue transformando en arrogancia y temeridad para conseguir que los docentes y los administrativos no osaran reprobado sus solicitudes y cursos inscritos aunque. De manera general, no mostraron compromiso ni cumplimiento de tareas, además de las reiteradas inasistencias.

Debido al comportamiento protagónico desplegado por HO, un nutrido grupo de estudiantes asumieron que el poder que tiene la agresividad es más efectivo que el cumplimiento juicioso de los deberes y así se fueron generalizando procederes irrespetuosos como manera de solucionar los asuntos que se iban presentando en el quehacer académico. De esta manera, se fortalecía la representación social de la violencia como un modo eficaz para solucionar los problemas.

El comportamiento agresivo persistente anula el objetivo formativo de la evaluación, y pone como fin último un título profesional que no se fundamenta en las competencias de quien lo recibe. Pero más allá de la debilidad profesional, cuando la evaluación no se desarrolla con transparencia y honestidad, lo que trasciende con mayor fuerza es la escasa formación de los individuos dentro de los principios básicos de humanidad, de moralidad y convivencia pacífica. Igualmente el buen nombre de la institución universitaria se ve debilitada por la mala actuación de sus egresados.

Las alumnas HO durante su periodo de estudio de la profesión, atemorizaron en diversas ocasiones a algunos profesores, incurrieron en inasistencias que excedían el porcentaje admitido en el reglamento estudiantil, presentaron incapacidades médicas falsas como excusa de sus repetidas fallas y fueron objeto de múltiples quejas por parte de las agencias de práctica. Para consumir su historial de comportamiento abusivo, se agregaron a un trabajo de grado que desarrollaba otra estudiante, pero al no tener la capacidad de establecer relaciones pacíficas, terminaron en disputa con la estudiante, con el director del trabajo de grado

y con todas las personas que reclamaron la aplicación de las normas contenidas en el reglamento estudiantil y de investigaciones. Cerrando este ambiente escandaloso que las alumnas desplegaron en la universidad, consiguieron graduarse con el trabajo de la compañera quien dejó de asistir al claustro por temor a ser atacada ya que tenía en ese momento ocho meses de embarazo. Así fue que esta graduación se logró sobre una multiplicidad de choques y agresiones tanto de HO como de un grupo de familiares y amigos que llegaban a la universidad con amenazas y escándalos para que se les suspendieran los procesos disciplinarios que tenían en curso las estudiantes y se les otorgara su título profesional.

Como el interés de la investigación era conocer representaciones sociales construidas en torno a la evaluación educativa, el caso mencionado develó la prevalencia en algunos sectores sociales sobre el uso de la violencia y la ilegalidad como herramientas que permiten alcanzar objetivos de manera rápida y segura. Dichas creencias y prácticas que llegan hasta el contexto universitario, afectan de manera decisiva la identidad social de los sujetos al enraizar una disposición belicosa a sus proyectos y forma de vida. Es importante reconocer que el asunto analizado no se debe ver como un caso aislado, pues al auscultarlo desde el enfoque de las representaciones sociales se encuentra que la situación ha mostrado actuaciones propias del sentido común de un país que ha incluido en sus prácticas culturales la fuerza y la intimidación como mecanismos que permiten acceder a los derechos, ignorando los límites que perjudican en un mayor nivel a los derechos humanos de toda la sociedad.

Cabe reconocer que los actos ilícitos y las conductas violentas no fueron aceptados por una gran mayoría de estudiantes que expresaron su disgusto ante los docentes, afirmando que a las personas irrespetuosas se les respondía a todas sus exigencias, pero a las que seguían el conducto regular, se les colocaban mayores impedimentos a sus peticiones. Esta reclamación ayuda a afianzar la representación social de la violencia como una herramienta, ya que la institución responde más solícitamente a los “estudiantes problemáticos” que a quienes respetan la normatividad. Por otro lado, las argumentaciones expuestas por la comunidad estudiantil muestra nuevamente su adhesión a la representación social respecto a la superioridad de la fuerza ya que no se pronuncian en favor de las personas agredidas, ni de los derechos humanos,

ni de la participación comunitaria como medio para recuperar la estabilidad institucional.

Como efecto de esta problemática, se observó la conformación de algunas agrupaciones estudiantiles irreverentes que predicaban el uso de la fuerza como la única forma efectiva de ser atendidos por los diferentes funcionarios, ya que, según ellos, los estudiantes no tienen espacios de expresión, por lo que las medidas que se implementan en el programa nunca tiene en cuenta su opinión, incluso en asuntos que los afecta decididamente. Estos grupos realizaban acciones protagónicas basadas en el irrespeto, y en repetidas ocasiones se hacían más rebeldes para tratar de obtener calificaciones sobresalientes a pesar de demostrar incumplimiento o escaso compromiso, lo cual demuestra la mayor importancia de la nota sobre el aprendizaje.

Los agresores saltan para sí mismos el derecho fundamental del “debido proceso”, puesto que buscan obtener la calificación aprobatoria de forma inmediata y con argumentos no válidos, que solo fortalecen la temeridad y la osadía. El marco legal coloca el tema de la evaluación del aprendizaje y el desempeño humano en un lugar determinado por el contexto de la ética de mínimos, cuyo principal referente es la Declaración Universal de los Derechos Humanos divulgados por la ONU en 1948. Desde el mismo principio filosófico, ético y axiológico, la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 67 define la concepción del Estado sobre la educación así: “La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social [...] La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia [...]”.

Otros resultados que se desprendieron de la investigación fueron:

- La victimización es un recurso del estudiante para que se le otorguen plazos extras o se mejore la calificación de sus trabajos.
- El plagio recuerda conductas endémicas en la institución escolar desde tiempos pasados. La novedad radica en la modalidad de plagio actual, ya que se recurre con facilidad y frecuencia a los medios digitales, en los cuales se consiguen todo tipo de información y ejercicios académicos ya resueltos.
- El oportunismo se observa en la autoevaluación, ya que tanto docentes como estudiantes, en su mayoría, no asumen este ejercicio con la suficiente responsabilidad, sino que, para cumplir con un requisito, el profesor pide al alumno que se otorgue

una nota por su desempeño, y este coloca la máxima calificación para incidir favorablemente en el promedio.

- Algunas personas piensan que la evaluación es un requisito contenido en el reglamento, y, por lo tanto, hay que cumplirla. Desde esta perspectiva, no se entiende el valor formativo de la evaluación educativa, y la consecuencia más notoria es la ausencia de retroalimentación del ejercicio por parte del docente o que el estudiante no revise los comentarios expuestos porque su atención la fija en la calificación
- Muchos estudiantes sostienen que las evaluaciones son realizadas para medir la capacidad de memoria, por lo que es una ocasión para el abuso de poder del docente.
- También se reconoce el alcance de la evaluación en el proceso de aprendizaje de los estudiantes y en la planeación de mejora del docente.

Conclusiones

En la evaluación educativa convergen pensamientos, emociones, pulsiones, creencias y significados que transforman el claustro, ordenado mediante normas y teorías, en una zona inextricable y atravesada por prácticas cotidianas que se apartan del discurso institucional. En este sentido encontramos, en primer lugar, que prevalece el papel formativo de la evaluación. No obstante, surgen otros elementos como el manejo del poder por parte del docente y del estudiante; el predominio de la calificación y el título profesional sobre el aprendizaje y la competencia; el fraude en todas sus manifestaciones, y la intimidación y la violencia.

Cuando una persona decide hacerse profesional asume un compromiso con la sociedad por respetar y promover los derechos, la paz y la democracia, así mismo de colocar su disciplina en función del bienestar social. No hacerlo lo coloca en una posición de trasgresor de las normas constitucionales. El estudiante adquiere el compromiso de ser responsable de su propio aprendizaje, de autorregularse, de buscar la solución pacífica del conflicto, procurando la deconstrucción y nueva construcción de saberes, en un flujo reflexivo permanente que convierte la evaluación en un hecho connatural a la práctica pedagógica.

Reflexionar sobre las prácticas de los actores sociales más representativos del proceso evaluativo nos remite a una instancia más grande, que es

la universidad, a la que le compete convertir el contenido de la norma en un mecanismo de formación y guía de actuación para profesores y alumnos, además de crear los mecanismos que permitan controlar las acciones tendientes a crear desorden y vulnerabilidad. La institución universitaria tiene una responsabilidad frente al país de preparar profesionales competentes que puedan integrarse a las dinámicas del mundo actual, no solo participando en la construcción y transmisión del conocimiento y apoyando el desarrollo sostenible del país, sino también buscando el ascenso en la calidad de vida de las comunidades (Universidad Cooperativa de Colombia).

Al hablar de evaluación en el contexto universitario, esta debe verse como una construcción social que está muy lejos de limitarse a la norma y al discurso. La evaluación es un tema complejo en el que se urden múltiples elementos teóricos, políticos, normativos y del mundo de la vida. Entenderla únicamente desde el discurso técnico, las formas, procedimientos y herramientas, sería eliminarla del laberinto humano que traspasa toda acción al mundo de lo simbólico y cultural. La evaluación es una cuestión ideológica y de poder en la que se enfrentan principios éticos y prácticos que no siempre van en la misma dirección.

Es prioritario que la Universidad se plantee la transformación de representaciones sociales desfavorables sobre el tema de la evaluación educativa, para que no se reduzca a entenderla como un requisito o como dispositivo de poder. Se debe procurar que este ejercicio se entienda de manera amplia, como autoevaluación tanto para el docente como para el alumno, reconociendo que la noción del sí mismo se cimienta en los mensajes recibidos del otro, según lo explica George Mead (1972), cuando afirma que la sociedad es interacción y se mueve como un equipo y no es la acción personal aislada la que se impone, sino el intercambio comunicativo permanente que se da entre los seres humanos retroalimentando al individuo para que construya y fortalezca su autoconcepto.

Otro objetivo que debe proponerse la institución de educación superior es propiciar la generación de espacios que permitan la formación y el diálogo académico sobre el tema de la evaluación. Así se fortalece la conciencia del alcance de esta acción, no solo en la tarea diaria de la educación, sino en la conformación del tejido social. Los planes de mejoramiento deben encaminarse a la transformación de estudiantes, docentes, estrategias y propuestas que conlleven a que la evaluación sea formativa y no punitiva.

El fin último de la evaluación por parte de la universidad es otorgar el diploma por medio del cual se compromete con la sociedad a entregar un ciudadano competente profesionalmente y con la capacidad de prestar un servicio ético, además de poder proponer alternativas de desarrollo, y solución pacífica y creativa de conflictos.

De esta manera se entiende el valor de la evaluación durante todo el desarrollo de la carrera universitaria que se convierte en un dispositivo de regulación de los aprendizajes y la formación, ya que se fundamenta en estrategias de regulación, autorregulación e interacción social (Salinas, 2001).

La formación de un profesional no se centra únicamente en el desarrollo de facultades, aptitudes y despliegue de potencialidades técnicas y científicas, sino que incluye el fortalecimiento de una clara conciencia ética que traspase la valoración de los derechos humanos y la construcción de ciudadanía. Evaluar involucra crecimiento, libertad, estimación y respeto por las personas; esto se convierte en el pretexto para reflexionar sobre los principios de dignidad humana, al igual que los fundamentos éticos universales y los postulados éticos que sustentan la cotidianidad y la existencia social e individual, tal como está consagrado en la Constitución Política de Colombia de 1991 como principio democrático por excelencia, en un país donde se proclama la libertad como Estado Social de Derecho.

La misión y visión de una universidad se fundamentan en educar y evaluar mediante procesos de formación integral como una forma de adaptación permanente a un mundo que se modifica en cada momento histórico y que exige de cada ciudadano una actitud abierta, honesta, comprometida y capaz de transformar la incertidumbre en coyuntura que promueva la superación de la dificultad y fomente una vida cotidiana amable y satisfactoria para los individuos. Por lo tanto, todo proceso evaluativo y autoevaluativo debe encaminarse a promover una mejor comunicación y entendimiento para hacer más amigables las relaciones con los demás.

En la evaluación como acción ética, se involucra la conciencia, la voluntad y la libertad que conllevan a reconocer un sistema de valores y principios que permiten orientar las acciones humanas en forma consciente y comprometida. Así el respeto al otro, a su libertad y autonomía, serán la base en la que se edifique un sistema de evaluación en el contexto universitario que integre la justicia, la equidad, la igualdad, el respeto, la bondad, la solidaridad, valores capaces de

crear una conciencia crítica que aporte al crecimiento y al desarrollo humano.

Referencias

- Asamblea Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: República de Colombia.
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa*. Bogotá: Manual Moderno.
- Benavides, J. (2 de noviembre del 2012). ¿Cuánto cuesta una tesis? *Cartel Urbano*. Recuperado de http://www.cartelurbano.com/content/precio-de-una-tesis#.U_9B5_15Mn4
- Carreño, H. (2001). *Enfoques y principios teóricos de la evaluación*. México: Trillas.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovice, *Psicología Social II: Pensamiento y Vida social* (pp. 470-494). México: UNAM.
- Mead, G. (1972). *Espíritu, persona y sociedad* (3.ª edición). Buenos Aires: Paidós.
- Ormart, E. (2004). La ética en la evaluación educativa, *Etica net*. Granada. 103-112. Recuperado de <http://www.ugr.es/~sevimeco/revistaeticanet/numero6/Articulos/Formateados/7La.pdf>.
- ONU. (1 de diciembre de 1948). *Declaración universal de derechos humanos*. La Haya: Autor.
- Salinas, M. (2001). *La Evaluación de los aprendizajes en la Universidad*. Medellín: Universidad de Antioquia.



Universidad Cooperativa
de Colombia

ediciones.ucc.edu.co
Colección Actas