

Revista de Psicología

GEPU

Vol. 5 No. 2



Diciembre de 2014

www.revistadepsicologiagepu.es.tl



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 5 No. 2 – Diciembre de 2014
ISSN 2145-6569



Editores

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

COMITÉ EDITORIAL

Ruben Dario Yepes Universidad del Valle	Laura Daniela de los Rios Universidad Javeriana Cali	Fernando Palau Investigador Independiente	Nataly Chacon Morales GEPU	Angelica Arias Montoya Universidad del Valle
Juan Camilo Gomez Diaz Circulo Social del Self	Erika Yuliana Castro UCC Cali	Gillian Bradbury Jaramillo Universidad del Valle	Christian Mauricio Quintero Universidad del Valle	Jose Alejandro Niño ANEPSI

CONSULTORES NACIONALES

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

CONSULTORES INTERNACIONALES

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

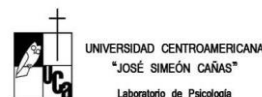
COORDINADORES DE DISTRIBUCION

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

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la Asistente Editorial Diana Cristina Mosquera. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle.

Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1507194665200

Revista de Psicología GEPU Vol. 5 No. 2 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.--5-No.--2.htm>



Editorial.....	4
Cartas al Editor.....	6
Artículos de Investigación Científica.....	14
La Comorbilidad de Síntomas Ansiosos y Depresivos en la Niñez. Nuevas Directrices de Investigación.....	15
<i>Kelly Romero Acosta / Corporación Universitaria del Caribe</i>	
Confiabilidade da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) no Contexto Brasileiro.....	32
<i>Nilton Formiga, Marseilly Rocha, Marcos Souza, Jonara Stevam & Luis Felipe Fleury / Centro Universitário do Cerrado, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro & Universidade Potiguar</i>	
Comparación en el Consumo de Alcohol y Daños Asociados en Hombres y Mujeres Adolescentes.....	44
<i>Rosa María Cortés Ramírez & Gabriela Eugenia López Tolsa Gómez / Universidad Internacional</i>	
Proceso Salud-Enfermedad: Paradigma Vigente en la Sociedad Actual.....	55
<i>Gilberto Betancourt Reyes Betancourt Enrica / Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay</i>	
Construcción y Validación de la Escala de Aceptación a la Violencia Escolar.....	61
<i>Jeyssa Sepúlveda González, Minerva Palacio Babilonia, Jesús Medina Martínez & David Fortich Pérez / Universidad Tecnológica de Bolívar</i>	
Artículos Teóricos.....	82
Acerca del Psicoanálisis, un Intento de Desmitificación. La Cultura, Lo Público y el Psicoanálisis.....	83
<i>Ivan Alcaide Troncoso / Universidad del Aconcagua</i>	
Análisis del Discurso y Memoria en la Afasia de Broca y la Afasia de Wernicke.....	92
<i>Henry Daniel Vera Ramírez / Corporación Universitaria Minuto de Dios</i>	
Sobre el Análisis de la Conducta Aplicada. Los Trastornos Generales del Desarrollo y su Comprensión Política.....	119
<i>Oscar Erazo Santander / Fundación Universitaria de Popayán</i>	
¿Cómo se Entrenan y se Modifican la Mente y el Cerebro Humano?.....	147
<i>Alexander Ortiz Ocaña / Universidad del Magdalena</i>	
Interacción Humano-Animal: ¿Por qué la Gente no Ama a sus Mascotas?.....	164
<i>Marcos Díaz Videla / Universidad de Flores</i>	
“La Crisis del Vacío Existencial” Desde la Depresión hacia una Liberación. Una Forma de Expresión de la Violencia Social Estructural, Destructiva y Aniquilante.....	180
<i>Leonardo Martín Dorony Saturno / Asociación de Suicidiología de Latinoamérica y el Caribe</i>	
Psicología y Desarrollo Humano: Razones para una Nueva Manera de Pensar.....	196
<i>Nicolasa María Durán Palacio / Fundación Universitaria Luis Amigó</i>	
Estudios o Reporte de Casos.....	205
Diagnóstico del Nivel de Desarrollo Psicológico en un Infante de Siete Años.....	206
<i>Ayme Báez Bofill / Universidad de la Habana</i>	



Editorial

Argeli Arango Vásquez & Andrey Velásquez Fernández - Editores
Universidad del Valle / Colombia

EDITORIAL VOL. 5 NO. 2



La Revista de Psicología GEPU les da la bienvenida a la lectura de este nuevo número, el Vol. 5 No. 2.

En esta ocasión les traemos cinco (5) artículos de investigación, siete (7) artículos teóricos y un (1) estudio de caso, de diferentes autores pertenecientes a organizaciones y universidades nacionales e internacionales, entre las que se encuentran: Corporación Universitaria del Caribe, Centro Universitário do Cerrado, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Universidade Potiguar, Universidad Internacional, Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay, Universidad del Aconcagua, Corporación Universitaria Minuto de Dios, Fundación Universitaria de Popayán, Universidad del Magdalena, Universidad de Flores, Asociación de

Suicidiología de Latinoamérica y el Caribe, Fundación Universitaria Luis Amigó, Universidad de la Habana y de la Universidad Tecnológica de Bolívar.

Es así como tenemos participación en total de seis (6) países: Colombia, Brasil, México, Cuba, Chile y Argentina.

Esperamos sea de su agrado los artículos seleccionados y nos den todo el apoyo a este nuevo equipo de editores que vuelve a retomar las riendas de una revista que ya se encuentra consolidada a nivel latinoamericano.

La invitación también es a que nos envíen sus trabajos, experiencias sociales e investigativas sistematizadas, para su publicación en los próximos números.



Cartas al Editor

Laura Daniela de los Ríos*
Universidad del Valle / Colombia

COMO SENTIR, LO QUE TAL VEZ NI EXISTE

7

Recibido: 12 de Noviembre de 2014

Aprobado: 17 de Diciembre de 2014

* Vice-Coordinadora del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle – GEPU –, Psicóloga de la Universidad del Valle y estudiante de la Maestría en Derechos Humanos y Cultura de Paz de la Universidad Javeriana Cali. Correo electrónico: lala.delosrios.lopez@gmail.com

"...y si me niego a sentir tus ojos por temor a ver el reflejo de esa mirada, esa mirada oculta de vergüenza, esa mirada que niega tu dolor aunque reconoce que existe, esa mirada que niega tu presencia aunque estés a su lado, esa mirada que solo quiere traspasarte porque no puede sostenerte, esa mirada que niega la tuya por temor a pensar que esa mirada es la que alguien algún día tal vez me podrá negar..."

Jamás aun teniéndolo cerca fui consciente del dolor que genera vivir con la locura y en medio de ella. Un chiste se vuelve pensar en lo que es un enfermo mental, "tú, él o ella o todos estamos locos" pienso tantas veces cuando veo a través de mi ventana y con mis sentidos cómo se relacionan los otros.

Pasa a mi lado un habitante de la calle, "indigente" solemos decir sin pensar, es una

persona, tiene familia, pero sobre todo tiene una enfermedad vive con ella, la combate día a día y notablemente no ha podido apoderarse de ella; logro notar como sus pasos se acercan sin controlarlos hacia donde yo voy, miro a los lados, miro al frente y pienso: cómo hago para evitarlo, cómo lo esquivo, cómo hago de cuenta que simplemente no existe.

Se acerca y parece hablar con alguien, pero no es conmigo "está loco" pienso, habla solo, ve cosas, es un vicioso, solo eso pienso, solo eso piensan tantos.

La realidad aunque tantos la nieguen o quieran hacer de cuenta que no existe, es que la enfermedad mental, como cualquier otra enfermedad física, es una situación que afecta a muchas de aquellas personas con las que convivimos a diario: un amigo, un vecino o aún más cercano un familiar.

"Mejor lo escondo, mejor lo niego" eso escucho decir a personas que en sus manos tiene a alguien que padece una enfermedad mental, digo padece porque en una sociedad donde el enfermo mental no ocupa un lugar, lo único que puede hacer es padecerla, podría vivir con una enfermedad, convivir con ella, pero no puede la sociedad lo impide solo le permite padecerla, negarla, avergonzarse de ella.

Pero nos olvidamos de que todos corremos el riesgo de tener una "locura" de que en un momento caótico un evento explote y genere nuevas reacciones en nuestro organismo y en nuestra mente empecemos a imaginar cosas, nos refugiemos en nosotros mismos para así olvidar lo sucedido para así escapar de una realidad que no nos gusta, que nos lástima que nos recuerda que estamos vivos en un espacio que nos desagrada, en situaciones que lamentamos con personas que nos lastiman.

Olvidamos que hay quienes nacen con estas enfermedades o escondites propios de sí mismos y de otros, pero que con un esfuerzo en común con una voluntad que pocos tienen y no porque les falte, sino porque las quitan, crecen en hogares y sociedades que los señalan, que los apuntan, que los estigmatizan o que estigmatizamos

Es poca la educación de aceptación y prevención que nuestra sociedad promueve en torno a situaciones que a pesar del

drama que significa para una persona, una familia, incluso una comunidad entera representa, en nuestros pequeños y grandes pueblos colombianos, latinoamericanos y muy seguramente del mundo, se tiene siempre el "el loco del pueblo" verdaderamente el enfermo del pueblo del que todos se ríen pero pocos protegen.

He visto como familias enteras se solidarizan con lo que algunos llamamos pacientes, como cambian su estilo de vida para demostrar que el ser un "enfermo mental" no incapacita a nadie para tener una vida que se dice sea "normal" como aprenden a vivir con su enfermedad a reconocerla y de esta manera vivir en una sociedad.

También he visto como otras familias se avergüenzan, los esconden o más lamentable "los botan" como si fueran nada, no producen, no aportan solo estorban, mejor los abandonamos y hacemos como si nunca hubieran estado. Llegamos a hospitales, lugares de paso, instituciones donde vemos personajes que se vuelven parte del paisaje del lugar, personajes abandonados por sus seres y adoptados por los lugares, que les dan comida, vivienda, un espacio al cual llegar, pero en un espacio que día a día les recuerda que no son "normales", no son queridos.

"...quisiera sentirme libre
Libre de sentirme, libre de vivirme
Sin control, sin límites de ser lo que soy
¿Estoy loca, estoy enferma?

¿Soy una enfermedad o vivo con ella?
Soy una persona, una estadística
Un rotulo que con pastas, se cura
Una situación que se niega aunque vivo
con ella..."

Veo como mecánicamente todos vivimos nuestro día e ignoramos tantas veces lo que por nuestra mente pasa, pero ellos, ellas esos otros que hablan solos, que ven cosas, sienten cosas, simplemente no pueden ignorar lo que por su mente pasa.

"...como hacerlo, como negar si lo estoy sintiendo si a mí oído hablan, en mi mente repiten lo que debo y no debo hacer, se ven tan reales como yo, seré yo una mentira, seré yo la visión, me hablan y es tan natural, como creer que son falsos, ilusiones que es mi mente jugando con mi realidad, intento tocarlos con miedo a que sean una mentira, pero se sienten tan reales, como el piso sobre el que me paro, escucho voces que hablan suave y seductoramente a mi oído, me dicen que no existen, que estoy loca, que ¿Qué me está pasando?, porque invento cosas, quiero llamar la atención..."

Qué puedo yo pensar, cuando me dicen esto, tan seguros, tan sinceros, tan reales que hasta yo lo creo, como decirle, no es verdad, no ves nada, no escuchas, nada, ¿estás loco? Eso debo decirle, debes poner los pies en la tierra, debes ser normal o por lo menos aparentarlo. Debes ser consciente de que nada de lo que ves y sientes existe. Debo rotularlo enmarcarlo en un concepto y olvidarme de que es un sujeto, claro por

supuesto eso debo hacer, eso es lo que la sociedad me ha enseñado olvidarme de la persona para convertirlos en simples estadísticas un número más, sin un sentimiento, sin un pensamiento.

Cuando entro al psiquiátrico y veo esos pasillos tan eternos a veces donde lado a lado encontramos esas puertas, que miramos tan intrigados, pensando ¿Qué hay atrás, quien está, cómo está, me pegarán, me gritarán, que harán? Veo que alguien se acerca y me alejo de pronto "es un loco que me quiere hablar" pienso. Veo los enfermeros como se ríen, como disfrutan de su "normalidad" mientras en una silla atado grita alguien, "déjeme salir, quiero irme, suéltame" cuando se cansan de escuchar, se acercan sacan una aguja los inyectan y ya, por fin se quedó dormido piensan tantos, quizás hasta lo pienso yo, ya no gritará ya podré concentrarme en hablar con alguien normal.

Nuevamente olvido como todos, que ese podría ser yo, queriendo liberarme de lo que me ata a la silla, de lo que me ata a ese centro médico, de lo que me ata a la enfermedad. Me medican una y otra y otra y otra vez, pero no siento, no veo mejoría, no entiendo por qué no me hablan, por qué me ignoran, quisiera que me escuchen, que sepan de verdad que pasa por mi mente, no lo que creen que pasa por ella. Ponen palabras en mí que no he dicho, sentimientos que no he tenido, pensamientos que por mi mente no pasan.

Solo alguien me escucha, quizás un buen doctor, un enfermero amable, el pariente de otro paciente, alguien que me observa con esos ojos que reflejan lástima y pesar, pero que está dispuesto a escucharme a darme tiempo, solo eso pido cuando me siento aquí, tiempo un poco, diez, quince, veinte minutos, nada más pido solo un momento para sentirme persona de nuevo. Se acercan y cuando intento hablar es tan difícil me pesa la lengua, me pesan las palabras cómo me pesan las palabras, eso no es posible, pero eso pasa, los ojos se duermen y quisiera poder abrirlos grandes para sostener la mirada de esa persona que me mira, pero no puedo, no soy capaz, y esa persona lo nota, así que decide después de su intento de humanidad simplemente irse, darme suerte e irse. Reacciono a la realidad, y la persona que inicialmente vi atada, ahora se desparrama en su silla, esta dopado, no puede controlar su cuerpo, menos su mente.

Qué pensarán, me pregunto yo, que sentirán de estar aquí todo un día, un semana, un mes, pastas y pastas, inyecciones, preguntas y preguntas, pero esas imágenes esas voces no se van, "no me dejan en paz, a veces aumentan" comenta un paciente, "quiero irme, quiero irme, no quiero estar más acá" grita otro, y dicen los psiquiatras "peligro de evasión, ténganlo observado, dopado para que no se vuele", cómo no querer irse, me digo a mí misma, están aquí sin nada que hacer, un espacio extraño, gente extraña, con mirada

desorbitada con frases que no tienen sentido, les cogen su ropa, no los visitan, no tienen nada que hacer, más que dar vueltas y vueltas, en el mismo punto, de un lado a otro de la sala, ir y venir, ir y venir, esperando una llamada, una visita, una frase que trae la completa felicidad "le dieron salida" o que alegría se debe de sentir cuando por fin escuchan eso, salida le dieron salida, por fin será libre, de un espacio, pero nunca de su mente. "le daremos salida, pero tal vez en una semana vuelva" piensan tantos en el psiquiátrico, tal vez se descompense, tal vez un detonante lo traiga de nuevo.

"...La enfermedad pone un velo sobre la cara del paciente que nos dificulta descifrarlo..."

Qué frase, la leo y me quedo pensando en tantos pacientes que veo a veces, en tanto "indigente" que veo pasar, en tantas personas que pasan a mi lado, con una sonrisa en sus labios, pero una profunda tristeza en sus ojos, tal vez mientras su mirada trata de concentrarse en la mía, a sus oídos habla un ser que no existe, su mano la toca "nadie" pero él o ella lo sienten tan real que se asustan, me miran con disimulo para que yo no note su miedo. Y solo puedo pensar, que loco que raro, lo rotulo como siempre, como hacemos siempre.

Y a los días, escucho "se fue, al otro lado." tal vez descansó tal vez descansan por fin quienes lo rodeaban. ¿Qué paso? Pregunto,

se veía tan bien, había mejorado, estaba más tranquilo, más calmado, ya no molestaba, no era demandante, se veía por fin tan “normal”.

*“...Una angustia, eso siento, Cuando pienso,
Debo ser normal
¿para qué? ¿Para quién? ¿Por mí o por ti?...”*

La normalidad un concepto tan abstracto tan imponente, del cual tantos se cansan, se aburren hasta el punto que un día sin pensarlo solo con sentirlo deciden no ser más normales, quitarse el rótulo, simplemente dejar de existir como un cuerpo.

*“...recuerdo el día, ese día, cuando con
dureza y frialdad un diagnóstico me
decía “eres bipolar” ¿soy qué? me preguntaba
con desasosiego y miedo ¿Qué tengo?
¿Qué hare? ¿Qué soy?...”*

Porque cuando tienes una enfermedad mental ya no eres una persona, eres una enfermedad. Tu vida se acaba, dicen muchos y realmente lo pienso, “estar encerrado dentro de tu propio cuerpo, no poder tal vez escapar de tu mente, de esos sueños que se sienten tan reales, que no se sabe si son una realidad o mi mente escapando de sí misma”

“...y hoy por fin podré escapar de mí mismo. Toda la vida me pregunté que se sentirá por fin ser libre. Pienso cómo hacerlo, llevo días despidiéndome de los

lugares. De los recuerdos, de las personas, de mi esencia, llevo días ahora minutos. Dejando mi pasado atrás, pensando ya, por fin seré libre de mí, ya por fin. Mi alma dejar mi cuerpo y esa enfermedad ya no estará. No estaré yo, no habrá nada solo el recuerdo de lo que fui, del humano no del enfermo. Por fin me despido de todos, por fin controlo algo. Mi muerte, mi adiós, mi cuerpo y su despedida....”

Y un montón de sentimientos pasan por mi mente cuando me digo a mi misma, eres psicóloga tu puedes, ¿tú puedes? Me pregunto, ¿puedes qué? Curarlos, sanarlos, realmente me doy cuenta al estar en un espacio tan “poco normal” como un psiquiátrico que no están simple ser lo que decidí estudiar, porque el tener una profesión no es solo un diploma es de una extraña manera empezar a serlo, no sé exactamente ser que, porque al sentarte hablar con pacientes que tantas veces sin pedirlo esperan tanto de ti, te encuentras con un sentimiento tan profundo de importancia que no sabes realmente ahora que eres. Sales te sientas con tus compañeros y te consuelas con el hecho de que realmente como todos eres solo un ser humano, claro tendrás habilidades que otros no, capacidades que ni sabías que tenías pero no eres el salvador de nadie, eso calma mi malestar pero no el del paciente y eso aunque no lo desee genera en mi interior y en mi aparente intelecto un choque tan fuerte que por momentos olvido realmente que hago en este espacio.

En mi recorrido como practicante me encontré con Lina Millán, una paciente que tan solo me lleva un año de diferencia en edad, pero ha vivido unas experiencias que cuando me las cuenta no alcanzo a imaginar el dolor, la extrañez, el sentimiento de duda que con la vida debe de vivir Lina cada día, me marco no lo niego, fue una paciente que me pareció siempre tan tierna, tan alegre a pesar de sus fuertes experiencias a tan corta edad, era increíble la emoción con la que recibía a la gente y en mi caso particular con la ternura y la alegría con la que me veía llegar, me quería abrazar, pero ese extraño "sentimiento de poder y distancia" que se maneja al interior del psiquiátrico no permitía que el hacer esto fuera normal, contaba sus historias con una emoción, un sentimiento que mientras ella hablaba yo las vislumbraba en mi mente sus experiencias y no entendía cómo podía con tanta tranquilidad contármelas, aunque a veces lloraba y sentía el dolor, siempre trataba de contar la parte bella y alegre de lo que le paso. "La doctora del pelo morado" me decía y extrañamente de sus labios salían "te quiero mucho, me gusta mucho hablar contigo, tú me entiendes" y yo pensaba lo único que por ti puedo hacer es escucharte, y la verdad es lo que por tantos de ellos podemos hacer "escucharlos" porque nadie más lo hace, nadie más va a ese lugar a hacer solo eso "escucharlos".

Lina tenía unos tics, que no olvido que poco a poco ella fue superando y después del último tratamiento que le hicieron "ya que

no hacia adherencia a nada" que fue el TEC, el que considero yo es no sé si decir el peor, porque a algunas personas les funciona, pero si considero el más fuerte, el menos humano, el que "considero elimina cierta esencia de la persona", el que borra recuerdos, pero no dolores; fue el último tratamiento de ella y el caso que más me impacto porque cuando la vi de nuevo después del TEC ya no era esa Lina que yo conocí, tal vez me dijo un practicante de medicina, quizás antes era así, no lo sé, puede que sí, pero realmente mi mente piensa que esa Lina emotiva, alegre que hablaba con fluidez, que siempre tenía algo que contar, que se emocionaba cuando pensaba en su mamá, en querer salir adelante, en estudiar, esa Lina Millán que conocí ya no estaba, ahora era extremadamente callada, complaciente, benevolente y con "afecto plano" como dicen en el hospital, le dieron salida y aparentemente ya estaba bien, salió más calmada sí, eso no podría negar, pero no sé si mejor, porque en mi concepto la "normalidad" que realmente no existe no puede limitarse al hecho de ser un total alienado de la sociedad que medicamente debe estar siempre dopado para poder ser "funcional" y productivo a la sociedad.

Fue una fuerte experiencia que de por vida me marcara porque me enfrente con mi ser, con mi sensibilidad que descubrí no es tan explosiva como creía o tan sensible a ciertos eventos, descubrí que aunque me marca, no

me dejo llevar por el sentimiento del momento.

Como profesional me conflictue con la idea de poder que manejan en este tipo de instituciones, puesto que realmente no considero que el tener cierto conocimiento me hace más que otros y me hace más que un paciente porque realmente son ellos los que más me enseñaron, no negare que de otros profesionales aprendí bastante en cuanto al trato y ciertos conceptos que no podía antes entender, pero son los pacientes personas que pienso yo tienen tanto por dentro y me parecen tan admirables porque a pesar de sus fuertes experiencias siguen, creen que por estar en ese lugar están limitados a “ser” a hacer, a sentir pero realmente son los que más sienten.

Me alegra haber escogido este lugar para hacer mi práctica profesional realmente no creí llegar a este espacio, porque aunque desde que entre a la carrera fue el lugar que me visualice para estar, no pensé que llegara a ese espacio. Fue bastante fuerte al principio, no olvido la pesadez que sentía las primeras semanas, por las fuertes historias por la energía que transmite el sitio, porque

es un lugar vivo lleno de recuerdos, de palabras, de historias que se escuchan y se creen irreal que se piensa a veces son solo “historias de libros” como decimos nosotros, pero realmente no es así, los libros son vida y sus historias son realidades y estas personas son “su locura vivida”.

¿Soy normal? es la pregunta con la que uno sale de esta institución porque realmente al escuchar las historias, los diagnósticos, podríamos decir que el mundo entero es un hospital psiquiátrico, colonialmente siempre digo “todos tenemos nuestro rayado” y ahora lo mantengo y lo sustento, porque aunque no crea en los diagnósticos psiquiátricos, al escucharlos te das cuenta que aplica a cualquiera. Y ahí surge nuevamente la pregunta ¿soy normal? Y deduzco, no lo creo, nadie lo es, ni se si realmente este concepto es un acierto. ¿Soy diferente? Es otra pregunta, y me respondo con un ¿a quién debería ser igual? Porque para ser diferente debe haber un criterio de “igualdad” a la hora de ser en tu personalidad, y para mi pensar el ser variados el ser lo que eres, por lo que vives, lo que convives, lo que sientes, es lo que te hace ser un ser vivo y real.



Artículos de Investigación Científica

Kelly Romero Acosta*

Corporación Universitaria del Caribe (CECAR) / Colombia

LA COMORBILIDAD DE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LA NIÑEZ. NUEVAS DIRECTRICES DE INVESTIGACIÓN

15

THE COMORBIDITY OF ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN CHILDREN: NEW RESEARCH GUIDELINES

Referencia Recomendada: Romero-Acosta, K. (2014). La Comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en la niñez. Nuevas directrices de investigación. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 15-31.

Resumen: *Objetivo:* Examinar el fenómeno de la comorbilidad de síntomas de ansiedad y de depresión en niños. *Metodología:* Revisión de los artículos disponibles en la base de datos PsycINFO y en la base de datos de la Universidad Autónoma de Barcelona utilizando como palabras clave: síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y comorbilidad. *Resultados:* Los síntomas de ansiedad y de depresión tienen una alta prevalencia en la infancia. Algunos niños y niñas, sin cumplir todos los criterios para diagnosticar un trastorno, presentan síntomas que alteran el funcionamiento escolar, social y/o familiar. Frecuentemente estos dos grupos de síntomas se encuentran comórbidos en un mismo individuo, produciendo dificultades en el proceso del tratamiento. Aproximadamente, desde hace veinte años, se han realizado estudios sobre el fenómeno de la comorbilidad entre trastornos psicológicos, tales como ansiedad y depresión. Los resultados de esos trabajos abrían la posibilidad de que existiera un nuevo trastorno mixto ansiedad/depresión con peores consecuencias para la salud. El DSM-5 tenía entre sus posibles nuevos trastornos el trastorno mixto de ansiedad-depresión, sin embargo lo ha rechazado a finales de 2012 puesto que consideró que había muy poca investigación que confirme la existencia de este nuevo trastorno. A lo largo de este trabajo profundizaremos más al respecto. **Palabras**

Clave: Síntomas de ansiedad, Síntomas de depresión, Comorbilidad.

Abstract: *Objective:* To examine the comorbidity phenomenon of anxiety and depressive symptoms in children. *Methodology:* Review of available articles in the PsycINFO data basis and in the data basis of the University Autonomous of Barcelona using as key words: anxiety symptoms, depressive symptoms and comorbidity. *Results:* Anxiety and depressive symptoms have a high prevalence in childhood. Some children, without fulfilling all criteria for diagnosing psychological disorders, report symptoms that cause impairment at school, at home or with friends. Frequently, both groups of symptoms are in the same individual leading to difficulties in the treatment process. Approximately, for twenty years it has been studied about the comorbidity phenomenon between psychological disorders, such as, anxiety and depression. The results of these research works opened the possibility of a new mixed anxiety/depression disorder with worse health outcomes. The DSM-5 considered among its possible new disorders the mixed anxiety-depression disorder, but rejected it in late 2012 because it was deliberated that there was not enough research to confirm the existence of this new disorder. Throughout this work we will discuss the matter further. **Key Words:** Anxiety symptoms, Depression symptoms, Comorbidity.

Recibido: 29 de Julio de 2014

Aprobado: 13 de Diciembre de 2014

* Licenciada en Psicología. Magíster en psicología clínica infanto-juvenil por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). PhD. de psicopatología de niños, adolescentes y adultos por UAB. Actualmente trabaja como Docente Investigador en la Corporación Universitaria del Caribe. Correo electrónico: k.kellyromeroacosta@gmail.com - Autor de correspondencia. Dirección: Departamento de psicología de la Corporación Universitaria del Caribe (CECAR), Sincelejo (Sucre).

INTRODUCCIÓN

Los trastornos ansiosos y depresivos tienen una alta prevalencia en la población infantil. Infortunadamente, son poco tratados en atención primaria, y esto hace que reciban menos tratamiento en comparación con los niños que padecen trastornos externalizantes, tales como trastorno por déficit de atención con hiperactividad o trastorno de conducta (Diler, Birmaher, Brent, Axelson, Firinciogullari, et al., 2004). Además, según Angold, Costello y Erkanli (1999) los trastornos de ansiedad han recibido menos atención y han sido menos investigados que los trastornos de conducta y del humor.

Algunos pequeños sin cumplir todos los criterios diagnósticos presentan síntomas que impiden un adecuado funcionamiento escolar, social y/o familiar. Bernstein, Brochardt y Perwien (1996) señalan que los niños con alta sintomatología ansiosa que no cumplen los criterios para ser diagnosticados con trastorno de ansiedad, experimentan dificultades en la escuela, la familia y con los amigos. De ahí que el estudio de los síntomas internalizantes en la infancia sea de vital importancia para procurar tratamientos adecuados a niños que, si bien no cumplen los requisitos diagnósticos, presentan problemas en diferentes dimensiones de la vida cotidiana.

Por otra parte, las fluctuaciones sintomáticas en la infancia son mayores que en el adulto. Los síntomas aparecen, desaparecen o pueden ser incluso expresiones normativas de la edad (Cabasés, 2006). Ruiz y Gómez-Ferrer (2006), señalan que los cuadros graves y bien establecidos no son de difícil diagnóstico, sin embargo lo son, por el contrario, los casos leves (síntomas) de instauración lenta y que presentan comorbilidad.

La comorbilidad es la co-existencia de dos, o más, trastornos psicológicos en un mismo individuo que en la mayoría de los casos implica un incremento del nivel de gravedad de los síntomas, un peor pronóstico y una peor respuesta al tratamiento (Angold, et al., 1999; Axelson & Birmaher, 2001; Silverman & Ollendick, 2005). El estudio de la comorbilidad se ha venido realizando con entrevistas clínicas que nos dan un claro diagnóstico de los trastornos. No obstante, hasta hace poco se ha investigado la comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en niños de 8 a 12 años (Romero, Canals, Hernández-Martínez, Jané, Viñas, et al., 2010). En estos estudios se ha encontrado un alto porcentaje de comorbilidad entre síntomas depresivos y ansiosos y entre grupos de síntomas ansiosos. El DSM-5 tenía en consideración este nuevo trastorno hasta finales de 2012, no obstante, finalmente decidió quitarlo del manual debido a que el consejo de administración estimó que no había

suficiente investigación como para colocarlo en la nueva versión del manual. No obstante, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión (CIE-10) contempla en el apartado de los trastornos de ansiedad la existencia del trastorno mixto de ansiedad y de depresión. En el siguiente trabajo se abordará el tema de la comorbilidad entre síntomas ansiosos y depresivos y su valoración como trastorno. También, se intentará discernir nuevas líneas de investigación en el estudio de la ansiedad y de la depresión en la infancia.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos en la base de datos PsycINFO y en la base de datos de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona, teniendo en cuenta como palabras clave: síntomas ansiosos, síntomas depresivos y comorbilidad. En total se encontraron 130 artículos publicados desde 2005 hasta 2010. Para la revisión bibliográfica se siguió el siguiente proceso de exclusión: que el rango de edad de los trabajos comprendiera el período de la niñez (20 artículos); que los artículos fueran escritos en idioma inglés o español (19 artículos). Posteriormente se revisó la bibliografía de cada artículo estudiado y se enriqueció nuestro trabajo con textos de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona.

RESULTADOS

1. *La Sintomatología Ansiosa en la Niñez*

La ansiedad es una característica innata en el ser humano cuya finalidad es preparar al individuo para reaccionar ante situaciones de peligro. Cabasés (2006), señala que la ansiedad frente a extraños y la ansiedad por separación son dos reacciones ansiosas normales antes de los seis años de edad. En los primeros años de vida, la ansiedad de separación constituye una protección para los pequeños puesto que evita que se alejen de la madre o se marchen con extraños. Es en estas circunstancias donde la ansiedad sirve para alertar de situaciones potencialmente peligrosas.

No obstante, cuando la ansiedad se desarrolla de manera inapropiada, no es específica de una edad determinada, tiene una duración prolongada y afecta tanto la esfera social, familiar y/o escolar, se habla de trastorno de ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad adquiere un carácter patológico cuando se siente miedo desproporcionado por alejarse de los padres a la edad de once años (no es característica en estas edades) e impide al chico o chica salir con sus amigos o asistir a la escuela de forma regular (afecta la esfera social y escolar del chico o chica).

Al hablar de los trastornos de ansiedad encontramos que en el conjunto sintomático de cada uno de ellos aparecen síntomas comunes. Todos los trastornos de ansiedad tienen como característica común el proceso

de evitación y activación fisiológica por medio del cual se desarrolla el trastorno, sin embargo, difieren en el contenido o foco de la aprehensión (Silverman & Ollendick, 2005). De modo concreto, el contenido de la fobia específica consiste en la preocupación excesiva frente a un objeto o evento determinado mientras que el de la fobia social se centra en las situaciones en las cuales se hace muy probable la evaluación social. Los síntomas fisiológicos en la presentación de ambas situaciones pueden ser los mismos, esto es, sudoración, palpitaciones, temblores, mareos, entre otros, pero el motivo o la causa son diferentes.

Según Cabasés (2006), la ansiedad en la infancia puede desencadenarse por factores de riesgo de tipo personal (constitución biológica, temperamento); familiar (psicopatología de padres, mal ambiente familiar, ansiedad materna); social y escolar. En cuanto a los factores de riesgo de tipo familiar, Taboada, Ezpeleta y de la Osa (1998) encontraron que los síntomas depresivos en la madre y la ansiedad fóbica en el padre son también factores de riesgo para la presentación de ansiedad en la infancia y la adolescencia.

2. Prevalencia y Evaluación de los Síntomas Ansiosos en la Infancia

Según la bibliografía consultada, el primer estudio epidemiológico sobre síntomas de ansiedad en niños (6 a 12 años) fue

realizado por Lapouse y Monk en 1958 (1958). Desde entonces se han venido realizando estudios epidemiológicos en la infancia que estiman que, hoy por hoy, los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más diagnosticados en este grupo de edad (Echeburúa & Corral, 2003).

La prevalencia de los síntomas ansiosos en la niñez puede encontrarse entre 2,6% y 47% (Romero, et al., 2010; Cartwright-Hatton, McNicol, Doubleday, 2006; Boyd, Kostanski, Gullone, Ollendick, Shek, 2000). Sin embargo, no todos los grupos sintomáticos tienen la misma tasa de presentación en población general. Los dos grupos de síntomas ansiosos más prevalentes en los niños son la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada (Romero, 2010; Cartwright-Hatton, et al., 2006). Son las niñas las que suelen informar de más síntomas de ansiedad, especialmente de ansiedad por separación (Angold, et al., 1999).

Tanto en el área de investigación como en la práctica clínica, se usan mucho los auto-informes por su fácil administración y porque tienen en cuenta el punto de vista de los niños. Entre los auto-informes más utilizados en el ámbito de la investigación y la clínica se encuentran los siguientes: el State-Trait Anxiety for Children (S-TAIC) (Spielberger, 1973) y la Revised Children's Manifest Anxiety Related Emotional Disorders (RCMAS) (Reynolds & Richmond, 1985). Estos auto-informes se crearon entre

las décadas del setenta y del ochenta. Sin embargo, a finales de los años 90 se construyeron tres nuevos instrumentos que miden sintomatología ansiosa:

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) (March, Parker, Sullivan, Stalling & Conners, 1997). Contiene 39 ítems que evalúan cuatro dimensiones en niños de 8 a 17 años: síntomas físicos, ansiedad social, ansiedad por separación y evasión al peligro. Estos ítems se puntúan teniendo en cuenta cuatro opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = casi siempre, 2 = a veces y 3 = frecuentemente. Tiene buenas propiedades psicométricas tanto en población normal como en clínica (Silverman & Ollendick, 2005), además, el MASC correlaciona significativamente con el RCMAS (March, 1997).

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (Spence, 1998). El SCAS consta de 38 ítems que evalúan síntomas de ansiedad generalizada; ansiedad por separación; fobia social; trastorno de pánico y agorafobia; trastorno obsesivo compulsivo y fobia específica. Este instrumento puede ser aplicado a niños de 8 a 12 años de edad. Los ítems del SCAS pueden ser respondidos a partir de cuatro opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = a veces, 3 = frecuentemente y 4 = siempre. Asimismo, el SCAS posee buenas propiedades psicométricas (Spence, 1998).

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher, Brent, Chiapetta, Bridge, Monga, et al., 1999, Birmaher, Khetarpal, Cully, 1997). Se diseñó teniendo en cuenta la experiencia clínica con niños, esto aumenta su valor puesto que no es una réplica o adaptación de un instrumento utilizado para adultos. Tiene tres opciones de respuesta: 0 = nunca o casi nunca, 1 = algunas veces y 3 = casi siempre o siempre. Posee cinco factores: pánico/somático, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar. Ha mostrado buena consistencia interna (.93) y buena fiabilidad test-retest (.90).

3. Síntomas Depresivos en la Infancia

La depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo, esta psicopatología tiene como signo patognomónico una alteración del humor. Al igual que la ansiedad, sentir tristeza es un sentimiento normal en el ser humano, sin embargo, se considera patológico cuando durante al menos dos semanas el individuo cae en un estado de ánimo deprimido que conlleva a una pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades de su vida.

Durante muchos años se consideró que el trastorno depresivo era exclusivo de los adultos. No obstante, los síntomas depresivos en la infancia ya fueron señalados en el siglo XIX por Descuret (1857) y más entrado el siglo XX por Spitz (1946).

En las últimas versiones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2002), los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor no están descritos concretamente para niños. Por lo tanto, para diagnosticar trastornos depresivos a niños y adolescentes se utilizan los criterios diagnósticos para adultos del DSM-IV (1994) o del DSM-IV-TR (2002).

La sintomatología depresiva infantil, en comparación con la del adulto, puede variar en intensidad, duración o expresión. Los síntomas más comunes de depresión en los niños pueden ser: culpabilidad, tristeza, irritabilidad, sentimiento de vacío y síntomas somáticos (Toros, Bilgin, Bugdayci, Sasmaz & Kurt, 2004). Domènech y Polaino-Lorente (1990), indican que detrás de la inhibición, de la profunda desmotivación o del aburrimiento, puede hallarse un cuadro depresivo infantil y, añaden, que estos síntomas pueden pasar inadvertidos para los adultos (padres, maestros y/o cuidadores) e incluso para el clínico.

Ruiz y Gómez-Ferrer (2006), señalan que al realizar la exploración psicopatológica en niños con sospecha de depresión, se debe tener en cuenta la siguiente sintomatología: disminución en la concentración y en la memoria; humor triste o irritable; pensamiento con contenido predominantemente de dolor, culpa o inutilidad; aumento o disminución en la psicomotricidad; alteración de sueño y

apetito; baja autoestima. También, añaden que entre los predictores de recurrencia de la depresión infantil se encuentran: el inicio del cuadro a una edad precoz y la comorbilidad con otros trastornos.

Entre los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la depresión infantil se encuentran la edad, la clase social, la historia psiquiátrica, el funcionamiento familiar y la raza (Angold, 1998; Canals, Domènech, Pagés, Ballart & Henneberg, 1991). Silverman y Ollendick (2005) indican que el temperamento, la psicopatología de los padres y los errores cognitivos son también factores de riesgo para desarrollar depresión en la infancia.

4. Prevalencia y Evaluación de Síntomas Depresivos en la Infancia

Una de las primeras investigaciones longitudinales sobre epidemiología de síntomas depresivos en España, se realizó en la ciudad de Reus (provincia de Tarragona, España), con niños de 11 a 13 años de edad (Canals, et al., 1991). Se halló una prevalencia de 9,8% el primer año y de 9,7% el segundo. También, Romero et al. (2010), en la ciudad de Reus, pero en niños de 8 a 12 años, hallaron 11,5% de prevalencia de síntomas depresivos. Estos porcentajes son similares a los encontrados por Ollendick y Yule (28) quienes compararon la sintomatología depresiva en niños británicos (9,5%) y estadounidenses (10%). De igual modo, en Italia se encontró

un 10,6% de niños (8-12 años) con síntomas depresivos (Frigerio, Pesenti, Molteni, 2001); y en Finlandia, por el contrario, una prevalencia de 6,2% (Almqvist, Kumpulainen, Ikkäheimo, Linna, Henttonen, et al., 1999).

Con respecto a la prevalencia de síntomas depresivos en niños y niñas, Sorensen y sus colegas (Sorensen, Nissan, Mors, Thomsen, 2005), no encontraron ninguna diferencia significativa de género en individuos de 8 a 13 años de edad. No obstante, encontraron diferencias entre los síntomas de los niños dependiendo de la edad. Esto es, anhedonia, hipersomnia, pérdida de apetito y decremento de la capacidad de concentración fueron los síntomas más frecuentes en niños mayores. La irritabilidad, retardo psicomotor, pérdida de control y quejas somáticas fueron más frecuentes en niños de 8 a 11 años.

Tampoco Bennett y sus colegas (2005) encontraron grandes diferencias en la prevalencia y en la severidad de los síntomas depresivos en niñas y niños. Aunque, las niñas deprimidas presentaron un porcentaje mayor de síntomas tales como: culpa, problemas con la imagen corporal, decepción para consigo mismas, y sentimientos de fracaso; mientras que los niños presentaron más anhedonia, humor depresivo en la mañana y fatiga.

Algunas investigaciones muestran diferencias considerables de género en la manifestación de síntomas depresivos

(Toros, Bilgin, Bugdayci, Sasmaz, Kurt, 2004, Angol, 1998). Los índices se incrementan en niñas adolescentes en comparación con niñas más jóvenes (Canals et al., 1995). Estas diferencias de género en la adolescencia quizá puedan deberse a factores endocrinos y/o neurobiológicos que ocurren en la adolescencia temprana (Axelson & Birmaher, 2001).

El estudio de los síntomas depresivos en niñas y niños se realiza, así como en la ansiedad, utilizando auto-informes. Dos de las escalas más usadas para medir sintomatología depresiva según un análisis realizado por Klein, Doughert y Olino (2005) son las siguientes:

Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) (Angold, Costello, Messer, Pickles, 1995): Fue desarrollada para evaluar depresión en niños de 8 a 18 años en base a las 2 semanas anteriores a la administración del instrumento. Consiste en 32 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (1987) y en algunos síntomas adicionales tales como soledad y sentimiento de no ser atractivo. El tiempo aproximado de aplicación puede ser de 10 minutos. La MFQ tiene buena consistencia interna y buena fiabilidad test-retest (Angold, et al., 1995).

Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1983). Es utilizado en diferentes culturas debido a su fácil corrección, aplicación y buenas propiedades psicométricas (Canals & Doménech, 1990).

Está especialmente diseñado para individuos que tengan entre 7 y 17 años de edad y su tiempo de aplicación consta de 10 a 20 minutos. El niño o adolescente elige la opción de respuesta que más describa sus sentimientos basándose en lo acontecido durante las últimas dos semanas. Si al sumar el puntaje total de los 27 ítems, el niño obtiene una puntuación de 17, o más, estaría en el grupo de niños que posiblemente tiene depresión (Canals & Doménech, 1990).

5. La Comorbilidad

Es frecuente que la depresión curse con la ansiedad en niños y adolescentes (Cabasés, 2006); a este fenómeno se le llama comorbilidad. La comorbilidad puede ser entendida como la co-ocurrencia de dos o más trastornos en un mismo sujeto, y, como la manifestación de múltiples trastornos durante el tiempo de vida del individuo (Seligman & Ollendick, 1998).

Seligman y Ollendick (1998) señalan que dos trastornos pueden ser comórbidos cuando presentan un alto índice de síntomas co-ocurriendo al mismo tiempo; cuando un constructo subyace en la división de dos o más trastornos (por ejemplo, comorbilidad entre los trastornos de ansiedad); cuando un trastorno causa o incrementa el riesgo de desarrollar un segundo trastorno; o cuando los trastornos comparten factores de riesgo o etiología. Sobre esto último, Rutter (1990), refiriéndose a su primer estudio en la Isla de Wight, señala que la comorbilidad de

síntomas puede ser causada por compartir factores de riesgo tales como temperamento adverso o discordia familiar. Todavía no se tiene claro si algunos trastornos tienen una base etiológica similar o si solo la comorbilidad se debe a una definición inadecuada de las psicopatologías (Romero, 2010). Trastornos como la depresión y la ansiedad, con síntomas parecidos, que suelen co-ocurrir frecuentemente sin importar edad ni género, son trastornos que pueden tener una misma génesis en tanto son internalizantes. No obstante, también resultan ser comórbidos cuadros psicopatológicos que no tienen mucho en común, como por ejemplo, los trastornos de conducta y los depresivos (externalizantes los primeros e internalizantes los últimos). Estas son cuestiones que poco a poco se están estudiando y se espera que con más trabajos longitudinales se puedan llegar a comprender (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003).

Costello y sus colegas (2003) realizaron un estudio longitudinal en niños (de 9 a 16 años) y encontraron una fuerte continuidad heterotípica desde depresión a ansiedad, aunque también se presentó la relación contraria, pero no tan significativa. Del mismo modo, Romero et al. (2010) hallaron alta comorbilidad ansiedad/depresión en niños de 8 a 12 años. Un 82% de niños con síntomas depresivos presentó al mismo tiempo algún grupo de síntomas ansiosos, mientras que un 20% de niños con alta

sintomatología ansiosa presentó al mismo tiempo síntomas depresivos.

6. La Comorbilidad entre la Ansiedad y la Depresión

Axelson y Birmaher (2001) realizaron un análisis sobre la relación de ansiedad y depresión en la infancia y en la adolescencia. Argumentan que síntomas como fatiga, dificultad de concentración, insomnio, preocupación y quejas somáticas pueden encontrarse presentes tanto en cuadros de ansiedad como de depresión. Sin embargo, preocupaciones sobre eventos futuros, cuestiones académicas, relaciones entre compañeros o problemas en el hogar, son síntomas que se manifiestan más a menudo en trastornos de ansiedad que de depresión. El sentimiento de no ser querido, la anhedonia, el humor deprimido y la culpa excesiva son síntomas más específicos de niños deprimidos.

De igual modo, Cabasés (2006) señala que la preocupación por el futuro, propia de la ansiedad, se traduce en la depresión como pesimismo y preocupación centrada en el pasado y en el presente. Además, añade que los niños deprimidos suelen tener problemas de despertar precoz, mientras que, los ansiosos, problemas de conciliación del sueño. Esto nos indica que la ansiedad y la depresión son entes nosológicos distintos pero que muchas veces cursan en el mismo individuo en el transcurso del tiempo o de manera simultánea.

La comorbilidad depresión-trastornos de ansiedad varía de 30% a 75%, en población general y de 8% a 86% en población clínica (Angold & Costello, 1993, Moreno, 2000).

Por otra parte, en un estudio realizado en una institución psiquiátrica con 95 niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad se encontró comorbilidad del trastorno depresivo mayor con ansiedad de separación (58%), y fobias (45%) (Ryan, Puig-antich, Ambrosini, Rabinovich, Robinson, 1987). En este trabajo también se halló que la ansiedad de separación y el trastorno depresivo mayor se encuentran asociados a deterioro funcional, y que la comorbilidad ansiedad/depresión es más frecuente en niños que en adolescentes.

Lo anterior indica que la comorbilidad ansiedad/depresión, varía según los trastornos de ansiedad (Last, Perrins, Hersen & Kazdin, 1992; Romero, 2008, Polaino, Canals & Domènech-Llaberia, 2002). Romero et al. (2010) encontraron que los niños con alta sintomatología depresiva presentaron al mismo tiempo síntomas del trastorno de ansiedad de separación y del trastorno de ansiedad generalizada.

También, Sorensen et al. (2005) hallaron en una muestra clínica infantil (de 8 a 13 años de edad) que la depresión mayor co-ocurrió con ansiedad generalizada (24 casos), ansiedad por separación (11 casos) y anorexia nerviosa (8 casos). Al menos un trastorno comórbido estuvo presente en el

90% de los casos de depresión mayor. Igualmente, Polaino, Canals y Domènech-Llaberia (2002) señalan que el trastorno de pánico en los niños suele ir acompañado principalmente de depresión.

Todavía no se tiene claro si la comorbilidad ansiedad/depresión se deba a una relación en el tiempo o a una relación causal (Romero, 2010). Sin embargo, existe evidencia de que los síntomas ansiosos aumentan el riesgo de desarrollar depresión (Axelson & Birmaher, 2001; Sanford, Szatmari, Spinner, Munroe-Blum, Jamieson, Walsh, et al., 1995). Ruiz y Gómez-Ferrer (2006), señalan que la depresión se manifiesta tras el inicio de otro trastorno psiquiátrico, siendo en los niños más frecuente la ansiedad por separación y otros trastornos de ansiedad.

7. El Trastorno Mixto Ansiedad/Depresión

Algunas clasificaciones diagnósticas consideran como válido un nuevo trastorno que tenga en cuenta tanto síntomas depresivos como ansiosos, le llaman trastorno mixto de ansiedad y depresión (Echeburúa & Corral, 2003). La CIE-10, establece como categoría diagnóstica el trastorno mixto ansioso depresivo (F41.2) y estima que esta categoría debe emplearse tan solo si están presentes síntomas de ansiedad y de depresión pero ninguno de ellos predomina sobre el otro ni tienen la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Esta categoría no

debe usarse cuando ambas series de síntomas son lo suficientemente graves como para establecer un diagnóstico individual. En este caso deben establecerse ambos trastornos y no se hará uso de la categoría de trastorno mixto ansiedad/depresión. Asimismo, le da prioridad a la depresión mayor si por razones prácticas de codificación solo se puede colocar un diagnóstico. La CIE-10 señala que este tipo de enfermos visitan frecuentemente la consulta de atención primaria pero la mayor parte de los afectados raramente demanda cuidados médicos o psiquiátricos.

La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, siglas en inglés, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) será publicada en mayo del 2013. En un principio, se estimó conveniente establecer grupos de trabajo para revisar los trastornos existentes y plantear nuevos trastornos que poseyeran el suficiente bagaje investigativo como para su inclusión en esta última versión del DSM (APA, DSM-5). A lo largo del 2012 se pudo ver su proceso de adaptación e incluso se podía aportar información y pruebas científicas si se tenían; para ello, podíamos visitar la página web: www.dsm5.org.

Entre los nuevos trastornos planteados por los grupos de trabajo del DSM-5 se encontraba el trastorno mixto de ansiedad y depresión independiente de los trastornos de ansiedad y del trastorno de depresión

mayor. El grupo de estudio de este nuevo trastorno determinaba que los pacientes con trastorno mixto ansiedad/depresión tenían que presentar tres de los cuatro principales síntomas del trastorno de depresión mayor (incluidos anhedonia y humor deprimido) y dos o más de los siguientes síntomas de ansiedad: preocupación irracional, problemas para relajarse, tensión motora, miedo de que algo terrible pasará y preocupación por pensamientos desagradables. Igualmente, se especificaba que para diagnosticarse este trastorno ningún otro cuadro psicopatológico podía estar presente y ambos, ansiedad y depresión, debían cursar simultáneamente.

El pasado 01 de diciembre de 2012 se hicieron públicos los cambios definitivos de la nueva versión del DSM con su respectiva fecha de publicación en formato papel (mayo de 2013). El nuevo DSM-5 contará con tres secciones. En la primera sección se hará una introducción del nuevo manual con instrucciones de cómo usarlo correctamente. En la sección dos se encontrarán las categorías diagnósticas finalmente establecidas y la sección tres incluirá una serie de trastornos que requieren investigación adicional para ser considerados como trastornos formales. La comisión de estudio determinó excluir el trastorno mixto de ansiedad/depresión debido a la falta de pruebas científicas existentes. Ni siquiera dejó el trastorno mixto de ansiedad/depresión en el apartado tres,

en el que se encuentran los trastornos que requieren más investigación.

A pesar del rechazo de un nuevo cuadro psicopatológico en el DSM-5 que, por ahora continúa estando la CIE-10, consideramos que la comorbilidad ansiedad/depresión es un constructo que aún necesita ser estudiado. Su importancia radica en que se asocia a un peor curso del cuadro y a una peor respuesta al tratamiento. Es necesario aunar esfuerzos para descubrir cuál es la etiología de la comorbilidad y cuáles pueden ser sus ventajas y sus desventajas en los trastornos psicopatológicos.

FUTURAS DIRECTRICES DE INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES

Los síntomas de ansiedad y de depresión son altamente prevalentes en la infancia. Si bien pueden no cumplir los criterios diagnósticos para considerarse trastornos, su presencia puede afectar la vida cotidiana de los niños (escuela, familia, amigos). Frecuentemente tanto la sintomatología ansiosa como la depresiva cursan en un mismo individuo, provocando mayor severidad de síntomas y peor respuesta al tratamiento. La investigación clínica y epidemiológica de los síntomas ansiosos y depresivos va poco a poco en aumento, en la medida en que clínicos e investigadores se hacen conscientes del deterioro funcional que puede producir la presentación simultánea de síntomas en los niños.

Todavía no están claras las causas de esta tendencia a co-ocurrir síntomas ansiosos y depresivos, sin embargo, algunos clínicos consideran que esta comorbilidad debe tratarse como un trastorno diferente de los trastornos de ansiedad y de depresión (Echeburúa & Corral, 2003; Domènech-Llaberia, Jané, Canals, Ballespí, Esparó, 2004). Teniendo en cuenta que el fenómeno de la comorbilidad de los trastornos internalizantes necesita ser más investigado, las posibles directrices de investigación tanto en epidemiología como en clínica infantil son las siguientes:

1) Realización de estudios epidemiológicos amplios que permitan dar información sobre la prevalencia de la comorbilidad de estos trastornos en población general. Los estudios epidemiológicos pueden dar luz sobre los factores de riesgo y la etiología de las enfermedades o trastornos psicológicos, de allí radica su importancia (Domènech & Polaino-Lorente, 1990).

2) Desarrollo de nuevos auto-informes o mejora de los ya existentes. El desarrollo de auto-informes que puedan ser utilizados en el ámbito pediátrico es otro tema de estudio a tener en cuenta. En la práctica clínica y de atención primaria es más fácil utilizar auto-informes que entrevistas diagnósticas. Los auto-informes suelen ser de fácil administración y de corta duración. Por lo tanto, se requiere desarrollar auto-informes con muy buenas propiedades psicométricas, que midan lo que pretenden medir y,

sobretudo, que estén adaptados a la población en la que se utilizan.

No obstante, el uso de auto-informes tanto en investigación como en clínica, debe realizarse con mucho cuidado. Es poco recomendable estimar los resultados de un auto-informe tan válidos como los obtenidos de una entrevista diagnóstica (Comer & Kendall, 2005). Fristad, Emery y Beck (1997) indican que cuando se utilicen auto-informes en investigación, es recomendable evitar términos como "trastorno", puesto que el diagnóstico de los trastornos psicológicos solo se debe realizar con entrevistas diagnósticas. También, es aconsejable aclarar como limitación la falta de entrevista diagnóstica para considerar los resultados como válidos.

3) Desarrollo de nuevas entrevistas clínicas o mejora de las ya existentes. La escasez de instrumentos adaptados y validados en una comunidad o país incrementa el grado de dificultad para llevar a cabo estudios epidemiológicos fiables (Domènech & Polaino-Lorente, 1990). Teniendo en cuenta esto, el desarrollo de entrevistas clínicas diseñadas para niños y adolescentes es muy útil no solo para la investigación sino, también, para la práctica clínica.

4) Realización de más investigaciones en el ámbito clínico. Las investigaciones en la clínica son escasas y más aún si se trata de probar la eficacia de nuevos tratamientos. Con frecuencia, investigadores y clínicos se

centran en el desarrollo de instrumentos y en la realización de estudios poblacionales, dejando a un lado el estudio de técnicas que nos ayuden a disminuir síntomas que causan deterioro funcional en los niños. Esta línea de investigación es ardua pero deja la satisfacción de proporcionar soluciones a los problemas en gran medida descritos y cuantificados.

5) Por último, una nueva e interesante línea de exploración psicopatológica se abre en relación a los niños y niñas más pequeños, los pre-escolares. La identificación temprana de niños con síntomas internalizantes puede ayudar a los pediatras, psiquiatras y psicólogos, a prevenir el ulterior desarrollo de estas psicopatologías en la infancia y en la adolescencia (Domènech-Llaberia, et al., 2004; Domènech-Llaberia, Viñas, Pla, Jane, Mitjavila, 2009). También se requieren instrumentos de medición adaptados a estas edades, y sería en gran medida útil la realización de estudios epidemiológicos multi-informantes, especialmente en ansiedad y depresión.

Hoy en día, la psicopatología infantil cuenta con grandes avances pero, también, con muchos vacíos. El estudio de los síntomas ansiosos y depresivos en niños y su tendencia a co-ocurrir juntos, debe seguir llevándose a cabo. Posiblemente, con los resultados de más estudios podamos contribuir al planteamiento de una nueva entidad nosológica en el próximo DSM: el trastorno mixto de ansiedad/depresión que

no se encuentra en el DSM-5 pero sí en la CIE-10.

REFERENCIAS

Almqvist, F., Kumpulainen, K., Ikäheimo, K., Linna, S., Henttonen, I., Huikko, E., et. al. (1999). Behavioural and emotional symptoms in 8-9-yr-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8(4), 7 – 16.

American Psychiatric Association [APA]. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., revised ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA] (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association [APA]. DSM-5 development. [internet]. 2011 Nov 3. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=407>

Angold. A. (1988). Childhood and adolescent depression. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601 – 617.

- Angold, A. & Costello, J. (1993). Depressive Comorbidity in Children and Adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1779 – 1791.
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237 –249.
- Angold, A. Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40(1), 57 – 87.
- Axelson, D., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67 – 78.
- Bennett, D., Ambrosini, P., Kudes, D., Metz, C. & Ravinovich, H. (2005). Gender difference in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls?. *Journal of Affective Disorders*, 89, 35 – 44.
- Bernstein, G., Brochardt, C., & Perwien, A. (1996). Anxiety disorders in Children and Adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of American academy of child and adolescent Psychiatry*, 35(9), 1110 – 1119. [Artículo especial].
- Birmaher, B., Brent, D., Chiapetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replicaton study. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 38, 1230–1236.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., & Cully, M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 36, 545–553.
- Boyd, C., Gullone, E., Kostanski, M., Ollendick, T., y Shek, D. (2000). Prevalence of Anxiety and Depression in Australian Adolescents: Comparisons with Worldwide Data. *The Journal of Genetic Psychology*, 161(4), 479-492.
- Cabasés, S. S. (2006). *Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia*. En Ballesteros, M. C. (Coord.). *Práctica clínica paidopsiquiátrica: historia clínica, guías clínicas*. (pp. 150 - 163) Madrid: Adalia.
- Canals, J., & Domènech, E. (1990). Síntomas de ansiedad en las depresiones puberales: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Revista de la Facultad de Psiquiatría de Barna*. 173 – 181.
- Canals, J., Doménech, E., Pagés, R., Ballart, J., & Henneberg, M. (1991). Síntomas de depresión en la etapa puberal: primeros resultados de un estudio epidemiológico

longitudinal. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 19(3), 155 – 161.

Canals, J., Marti-Henneberg, C., & Fernandez-Ballart, J., & Domènech, E. (1995). A longitudinal Study of Depression in an Urban Spanish Pubertal Population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(2), 102 – 111.

Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7). Special issue: Anxiety of Childhood and adolescent: Challenges and opportunities, 817 – 833.

Comer, J.S. & Kendall, P.C. (2005). High-End specificity of the Children's Depression Inventory in a sample of Anxiety-Disordered youth. *Depression and Anxiety*, 22: 11 – 19.

Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorder in Childhood and Adolescence. *Archive General of Psychiatry*, 60, 837 – 844.

Descuret, F. (1852). *La médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*. 2ª Edición española, Barcelona, 1857, pp. 382-387.

Diler R., Birmaher, B., Brent, D., Axelson, D., Firinciogullari, S., Chiapetta, L., & Bridge, J. (2004). Phenomenology of Panic Disorder in Youth. *Depression and Anxiety*, 20, 39 – 43.

Domènech, E., & Polaino-Lorente, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Publicaciones médicas Espaxs. Barcelona, 1990.

Domènech-Llaberia, E., Jané, M.C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G., Garralda E. (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5): 598 – 604.

Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jane, M., Mitjavila, M., Corbella, T. et al. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18: 597 – 604.

Echeburúa, E., & Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: edición Pirámide

Frigerio, A., Pesenti, S., & Molteni, M. (2001). Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *European Psychiatry* 16(1), 33 – 37.

Fristad, M. A., Emery, B. L., & Beck, S. J. (1997). Use and abuse of the Children's Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 699 – 702.

Klein, D. N., Doughert, L. R., & Olino, T. (2005). Toward Guidelines for Evidence-Based Assessment of Depression in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 412 – 432.

Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Manuscrito no publicado. University of Pittsburgh.

Last, C.G., Perrins, S., Hersen, M., Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 1070 – 1076.

Lapouse, R & Monk, M. A. (1958). An epidemiological study of behaviour characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48, 1134 – 1144.

March, J., Parker, J., Sullivan, K., Stalling, P., & Conners, C. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children: Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 554 – 565.

Moreno, M.A. (2000). *Comorbilidad de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes*. Tesis dirigida por: Lourdes Ezpeleta. Universidad Autónoma de Barcelona; 2000. Biblioteca de Comunicació i Hemeroteca General. TUAB/5325.

Ollendick, T., & Yule, W. (1990). Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 126 – 129.

O.M.S.: CIE-10. *Trastornos Mentales y del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Polaino, A., Canals, J., Domènech-Llaberia, E. (2002). Comorbilidad ansiedad-depresión en la infancia y en la adolescencia. *Psicopatología*, 22(4): 235 – 255.

Reynolds, C., & Richmond, B. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale: Manual*. Los Angeles. Western psychological services.

Romero, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané M.C., Viñas, F., & Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22, 613–618.

Romero K. *Sintomatología ansiosa y depresiva en niños de 4to de primaria*. [tesina de máster dirigida por Edelmira Domènech-Llaberia y Fina Canals]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2008. Biblioteca de Humanitats-Dipòsit. TES/5100.

- Ruiz, M. J. & Gómez-Ferrer, C. (2006). *Trastornos depresivos en el niño y adolescente*. En Ballesteros, M. C. (Coord.). *Práctica clínica paidopsiquiátrica: historia clínica, guías clínicas*. (pp. 203 - 209) Madrid: Adalia.
- Rutter, M. (1990). Isle of Wight Revisited: Twenty-Five Years of Child Psychiatric Epidemiology. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*, 131 – 179.
- Ryan, N. D., Puig-antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, H., Robinson, D., Nelson, B., Iyengar, S., & Twomey, J. (1987). The clinical picture of Major Depression in children and adolescents. *Archive General of Psychiatry*, 44, 854 – 861.
- Sanford, M., Szatmati, P., Spinner, M., Munroe-Blum, H., Jamieson, E., Walsh, C., & Jones, D. (1995). Predicting the one year course of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1618 – 1628.
- Seligman, L., & Ollendick, T. (1998). Comorbidity of Anxiety and depression in Children and Adolescents: An integrative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(2), 125 – 144.
- Silverman, W. & Ollendick, T. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 380 – 411.
- Sorensen, J., Nissan J., Mors, O., & Thomsen, P. (2005). Age and gender difference in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of affective disorders*, 84, 85 – 91.
- Spence, S. (1998). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology*, 106, 280 - 297.
- Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the state-trait inventory for children*. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic Depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313 - 242.
- Taboada J., Ezpeleta A., de la Osa C. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: Factores de Riesgo. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 1-16.
- Toros, F., Bilgin, G., Bugdayci, R., Sasmaz, T., Kurt, O., & Camdeviren, H. (2004). Prevalence of Depression as Measured by the CBDI in a Predominantly Adolescent School Population in Turkey. *European Psychiatry*, 19, 264 – 271.

Nilton S. Formiga* / Faculdade Mauricio de Nassau - Brasil

Marseilly C. O. Rocha** / Centro Universitário do Cerrado – UNJCERP - Brasil

Marcos A. Souza*** / Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - Brasil

Jonara D. Stevam**** / Universidade Potiguar - Brasil

Luis Felipe De O. Fleury***** / Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - Brasil

CONFIABILIDADE DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE REATIVIDADE INTERPESSOAL (EMRI) NO CONTEXTO BRASILEIRO

RELIABILITY OF THE MULTIDIMENSIONAL INTERPERSONAL REACTIVITY SCALE IN THE BRAZILIAN CONTEXT

Referencia Recomendada: Formiga, N., Rocha, M., Souza, M., Stevam, I., & Flourey, L. (2014). Confiabilidade da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) no contexto brasileiro. *Revista de Psicologia GEPU*, 5 (2), 32-43.

Resumo: A empatia é definida como uma resposta afetiva de origem evolutiva, a qual é apropriada mais à situação do outro do que da própria pessoa; uma pessoa empática é capaz de experimentar as emoções e adotar o ponto de vista do outro para prover ajuda, agregação, cuidado, etc. Dos muitos instrumentos no Brasil que mensuram a empatia, a escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI) é uma das mais utilizadas em pesquisas na ciência psicológica, revelando resultados significativos quanto ao modelo tetrafatorial. Neste estudo pretende avaliar a fidedignidade da EMRI em distintas amostras de estados brasileiros. Participaram do estudo 899 sujeitos, do sexo masculino e do sexo feminino, de 14 a 61 anos, distribuídos no nível fundamental, médio e universitário de instituições privadas e públicas, em distintas cidades no Brasil. Os sujeitos responderam a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis e dados sóciodemográficos. A partir do cálculo do Alfa de Cronbach observou-se que os escores deste indicador na amostra geral e específica, revelou indicadores confiáveis, tanto para empatia geral quanto para as quatro dimensões da este construto, garantindo a

fidedignidade do instrumento para o contexto brasileiro.

Palavras Chave: Empatia, Fidedignidade, Jovens.

Abstract: Empathy is defined as an affective response due to evolutionary origin, which is further appropriate to the situation of others than one's own; an empathetic person is able to experience the thrills and adopt the other person's point of view to provide help, aggregation, caring, etc. Of the many instruments in Brazil that measure empathy, the scale of multidimensional interpersonal reactivity (SMIR) is one of the most used research in psychological science, revealing significant results regarding the tetrafatorial model. This study aims to assess the reliability of EMRI in different samples of Brazilian states. The study included 899 subjects, both male and female, from ages ranging from 14 to 61 years old, distributed in elementary, high school and universities of both private and public institutions, in different cities all over Brazil. Subjects answered to the Scale of Multidimensional Interpersonal Reactivity produced by Davis and also a socio-demographic data. From the Cronbach's alpha calculation it was observed that the scores for this indicator in the overall samples and specifics revealed reliable indicators, both as general empathy as for the four dimensions of this construct, ensuring reliability for the Brazilian context. **Keywords:** Empathy, Reliability, Youth.

Recibido: 11 de Junio de 2014

Aprobado: 22 de Noviembre de 2014

* NOTA DO AUTOR: Doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente é professor do curso de Psicologia na Faculdade Mauricio de Nassau – JP. Endereço para correspondência: Avenida Guarabira, 133. Bairro de Manaíra. CEP.: 58038-140. João Pessoa - PB. Brasil. E-mail: nsformiga@yahoo.com

** Mestre em psicologia da Saúde/Processos Cognitivos pela Universidade Federal de Uberlândia; atualmente atua como psicóloga prisional em Uberlândia.

*** Doutor em Psicologia. Professor Associado do Departamento de Psicologia e do Mestrado em psicologia, na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

**** Professores na Universidade Potiguar – RN.

***** Aluno do curso de psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e bolsista do CNPq.

INTRODUÇÃO

A empatia poderá ser definida como uma resposta afetiva de origem evolutiva, a qual é mais apropriada à situação do outro do que da própria pessoa. De forma geral, uma pessoa considerada empática é capaz de experimentar vicariamente as emoções sentidas por outra pessoa, adotar o ponto de vista do outro, compreender suas motivações e necessidades e atribuir atitudes e comportamentos ao outro com o objetivo de promover ajuda, agregação, cuidado, justiça e solidariedade. (Davis 1983; Wispé, 1990; Batson, Tricia, Highberger & Shaw, 1995; Hoffman, 2000; Decety & Jackson, 2004; Decety, 2005; Enz & Zoll, 2006; Batson, Eklund, Chermok, Hoyt & Ortiz, 2007; Decety, Michalska & Akitsuki, 2008).

No Brasil as concepções teóricas e empíricas, no diz respeito a mensuração da empatia, quanto a um construto psicológico pode ser encontrado distribuídas em diferentes estudos da ciência psicológica e áreas afins; cada um, sob uma forma e um tipo operacional que contempla variadas concepções (Camino, 1979; Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette & Gerk-Carneiro, 2000; Cecconello & Koller, 2000; Echer, 2005; Oliveira & Rodrigues, 2005; Pavarino, Del Prete & Del Prete, 2005; Gouveia, Guerra, Santos, Rivera & Singelis, 2007; Primi, Bueno & Muniz, 2006; Motta, Falcone, Clark & Manhães, 2006; Saupe &

Budó, 2006; Tavares, 2006; Falcone, Gil & Ferreira, 2007; Falcone et al., 2008; Galvão, Camino, Gouveia & Formiga, 2010).

Conceitualmente, os estudos supracitados, buscam avaliar a capacidade do ser humano se colocar no lugar do outro (isto é, pensar, sentir e agir a experiência das pessoas no seu entorno), a fim de qualificar sua relação social e emocional. Com isso, é a escala de empatia desenvolvida por Davis (1983), conhecida no Brasil como Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI), que além de possui um corpo teórico e perspectiva metodológica bem organizada, apresenta um construto que contempla uma visão psicogenética, evolutiva e multidimensional da empatia, sendo utilizada como variável explicativa em estudos que salientam variáveis psicológicas e psicossociais (Camino & Camino, 1996; Ribeiro, Koller & Camino, 2002; Sampaio, Monte, Camino & Roazzi, 2008; Rique, Camino, Formiga, Medeiros & Luna, 2010; Sampaio, Camino & Roazzi, 2010).

De acordo com Davis (1983), as habilidades empáticas são distribuídas em quatro construtos independentes, os quais avaliam experiências afetivas e cognitivas da pessoa: no que se refere à experiência cognitiva, destaca-se o construto tomada de perspectiva do outro (refere-se à capacidade cognitiva voltada para a compreensão e coordenação de percepções do outro que visem à solução de conflitos

interpessoais e sociais) e fantasia (refere-se a habilidade de se identificar com personagens ficcionais em novelas, filmes e romances e sentir junto com eles, uma adesão involuntária às condições afetivas de alegria, tristeza, raiva etc. e/ou de necessidade destes personagens); em relação a experiência afetiva, esta, poderá ser acessada na pessoas através da consideração empática (diz respeito à capacidade de avaliar e sentir com o outro, bem como do reconhecer seus afetos e necessidades, que pode ser experimentada no *self* como uma motivação de cunho pró-social que pode levar ao comportamento de ajuda) e a Angustia Pessoal (refere-se a um sentimento de tensão e desconforto, frente à condição de necessidade do outro, podendo gerar comportamentos de afastamento ao invés de comportamentos de ajuda).

Partindo desse pressuposto, em 2010, Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011), desenvolveram dois estudos, com amostras de jovens brasileiros de 17 a 25 anos de idade, contemplando as quatro dimensões do construto da EMRI, a fim de avaliar tanto a estrutura dimensional da empatia quanto a consistência dos indicadores psicométricos da escala para uso no Brasil. A partir dos resultados destes estudos, Sampaio et al (2011) observaram que os indicadores psicométricos garantiram a validade e consistência interna, bem como, a estrutura fatorial, confirmando a organização item-fator da EMRI de forma

mais robusta. Além disso, que a dimensão Fantasia era a que apresentava maior consistência interna e média das quatro escalas do EMRI.

Apesar da garantia e consistência da mensuração da empatia observada no estudo de Sampaio et al. (2011), um estudo desenvolvido por Formiga (2012), com o objetivo de não deixar dúvidas, pretendeu comprovar tais achados; a partir de uma análise fatorial confirmatória em amostras de distintos estados brasileiros; este autor, encontrou indicadores psicométricos que corroboraram a estrutura tetrafatorial previamente encontrada, a qual, não somente garante a perspectiva teórica defendida por Davis (1983), mais também, a organização fatorial, apontada por ele quando se pretender avaliar a empatia nas pessoas.

Com isso, com o objetivo de apresentar indicadores estatísticos que corroborem a capacidade de mensuração da EMRI nas pessoas e assim, torne a cada estudo uma medida acurada, pretende-se, com esse trabalho, avaliar a fidedignidade, através do *Alfa de Cronbach* (α), do construto em questão em distintos contextos brasileiros; ao tratar da fidedignidade de um teste diz respeito à característica que ele deve possuir na qual, ao se mensurar o fenômeno estudado com os mesmos sujeitos ou outros em ocasiões diferentes, venha a se garantir a precisão instrumental com um coeficiente próximo a 1. Para isso pretende-se utilizar o

Alfa de Cronbach como critério de consistência psicométrico (Kerlinger, 1980; Richardson, 1999; Cronbach, 1990; Anastasi & Urbina, 2000).

O Alfa de Cronbach (α) é um dos indicadores psicométricos mais utilizados para verificar a fidedignidade ou validade interna do instrumento, o qual deverá apresentar um alfa igual a 1, desta maneira, quanto mais próximo desse número melhor será sua precisão, o que significa que os itens são homogêneos em sua mensuração, produzindo a mesma variância (Kline, 1994; Tabachnick & Fidel, 1996; Pasquali, 2001) caracterizando uma segurança para a medida do fenômeno que se quer avaliar. Sendo assim, espera-se encontrar escores de confiança semelhantes ao já encontrados pelos autores supracitados para as dimensões da empatia.

MÉTODO

Amostra: 899 sujeitos, do sexo masculino e do sexo feminino (56%), de 14 a 61 anos (Média = 22,04; D.P. = 9,63) compuseram este estudo. Os sujeitos foram distribuídos no nível fundamental, médio e universitário de instituições privadas e públicas, nas cidades de João Pessoa-PB (201 sujeitos), Uberlândia-MG (231 sujeitos), Seropédica-RJ (286 sujeitos), Natal-RN (181 sujeitos), todas no Brasil. A amostra foi não probabilística, pois considerou-se a pessoa que, consultada, se dispusera a colaborar,

respondendo o questionário que foi apresentado.

Instrumentos

Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis – EMRI. Trata-se de um instrumento elaborado por Davis (1983) e adaptado em sua versão original por Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011) para o contexto brasileiro. O instrumento é composto por 26 sentenças que descrevem comportamentos, sentimentos e características relacionadas à empatia, que são utilizadas para avaliar as seguintes dimensões da empatia:

- Angústia pessoal (AP) - avalia as sensações afetivas de desconforto, incômodo e desprazer dirigidas para o *self*, quando o indivíduo imagina o sofrimento de outrem (por exemplo, *Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda; Fico apreensivo em situações emergenciais*, etc.);

- Consideração empática (CE) - esta dimensão relaciona-se aos sentimentos dirigidos ao outro e à motivação para ajudar pessoas em necessidade, perigo ou desvantagem (Ex: *Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente; Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo*, etc.);

- Tomada de perspectiva (TP) - mede a capacidade cognitiva do indivíduo de se

colocar no lugar de outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem (Ex: *Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico; Tento compreender meus amigos imaginando como eles vêem as coisas*, etc.);

- Fantasia (FS) - a primeira designa a habilidade de se colocar no lugar de outras pessoas, tomando suas perspectivas e imaginando o que elas pensam ou sentem; a subescala de fantasia avalia a tendência de transpor a si mesmo imaginativamente, colocando-se no lugar de personagens de filmes e/ ou livros (Ex: *Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem do filme; Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens*, etc.).

Cada uma destas subescalas é composta, por uma quantidade específica de itens: FS e CE, sete proposições, AP e TP, seis proposições. Todas elas foram avaliadas por escalas *likert*, que variam de 1 ("não me descreve bem") a 5 ("descreve-me muito bem"). Escores mais altos indicam níveis mais elevados em cada uma dessas dimensões e a soma dos escores de todas as subescalas é utilizada para calcular o nível global de empatia. O item 2 (*Sou neutro quando vejo filmes*) deve ter sua pontuação invertida, pois foi elaborado na direção contrária a dos demais itens da escala.

Além do IRI foi utilizado um pequeno questionário para levantar alguns dados

sociodemográficos como idade, sexo, curso, etc. dos participantes.

Procedimentos: Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa seguiram as orientações previstas na Resolução 466/2012 do CNS e na Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia para as pesquisas com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2012; ANPEPP, 2000).

Administração

Quatro colaboradores com experiência prévia na administração do EMRI foram responsabilizados pela coleta dos dados, e apresentaram-se nas salas de aula como interessados em conhecer as opiniões e os comportamentos dos alunos sobre as situações descritas nos instrumentos.

Solicitou-se a colaboração voluntária dos jovens no sentido de responderem um breve questionário. Após ficarem cientes das condições de participação na pesquisa, assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi-lhes dito que não havia resposta certa ou errada. A todos foi assegurado o anonimato das suas respostas informando que estas seriam tratadas em seu conjunto. A Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis – EMRI foi respondida individualmente.

Apesar de o instrumento ser auto-aplicável, contando com as instruções necessárias

para que possam ser respondidos, os colaboradores na aplicação estiveram presentes durante toda a aplicação para retirar eventuais dúvidas ou realizar esclarecimentos que se fizessem indispensáveis. Um tempo médio de 30 minutos foi suficiente para concluir essa atividade.

Análise dos dados

No que se refere à análise dos dados, utilizou-se a versão 21.0 do pacote estatístico *SPSS para Windows*. Foram computadas estatísticas descritivas (tendência central e dispersão) e efetuados os cálculos referidos ao *Alpha de Cronbach* (α). Tomou-se com base de orientação dessas análises o estudo de Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011), no qual os alfas estiveram de acordo com o esperado na literatura (Kerlinger, 1980; Tabachnick &, Fidell, 1996; Anastasi &, Urbina, 2000).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atender o objetivo principal do presente estudo, realizou-se a análise do alfa de Cronbach, a fim de avaliar a fidedignidade da EMRI em distintas amostras brasileiras. Tomou-se como orientação dos escores de fidedignidade, os alfas achados no estudo realizado por Sampaio Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011); neste, identificaram-se alfas próximos às recomendações estatísticas

exigidas (Cronbach, 1990; Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2003). Sendo assim, na tabela 1, é possível observar que os alfas, seja considerando a empatia geral (somatório de todos os itens da EMRI), seja especificando os fatores da EMRI {por exemplo, Consideração empática [CE], Tomada de Perspectiva [TP], Angústia Pessoal [AP] e Fantasia [FS]}, apresentaram escores superiores ao exigido pela literatura vigente e convergente aos previamente encontrados pelos autores supracitados.

O conjunto destes resultados revelou que a medida EMRI apresenta uma prova favorável da fidedignidade de construto em amostras de distintos estados brasileiros, podendo com isso, utiliza-la, quando se pretender avaliar a empatia em brasileiros. Ainda na tabela 1, observa-se também, as pontuações dos escores em cada fator; destaca-se uma espécie hierárquica nestes escores entre as dimensões, especificamente: a empatia geral (somatório de todos os itens da EMRI) foi maior em todas amostras, seguido da consideração empática (CE), Tomada de Perspectiva (TP), Angustia Pessoal (AP) e Fantasia (FS); porém, chama-se a atenção para a existência de escores menores na amostra de Natal – RN, a explicação, possivelmente, estaria em relação a amostra, pois esta, foi a que coletou a menor quantidade de sujeitos, condição esta, é capaz de influenciar na análise do alfa.

TABELA 1: Indicadores dos alfas para EMRI em distintas amostras.

Amostras		Alfa (α)	Media _(DP)	Min.	Max.
João Pessoa*	Empatia total	0,88	89,57 _(4,43)	45,00	121,00
	CE	0,77	26,59 _(4,77)	15,00	35,00
	TP	0,71	22,91 _(4,24)	8,00	30,00
	AngP	0,78	20,91 _(4,83)	7,00	30,00
	FS	0,83	19,93 _(3,21)	9,00	33,00
Natal*	Empatia total	0,82	93,69 _(12,82)	53,00	123,00
	CE	0,71	27,97 _(4,28)	13,00	35,00
	TP	0,73	23,58 _(3,16)	14,00	30,00
	AngP	0,76	21,14 _(4,11)	11,00	30,00
	FS	0,79	20,97 _(4,38)	9,00	30,00
Rio de Janeiro*	Empatia total	0,85	93,46 _(14,66)	53,00	152,00
	CE	0,76	27,84 _(4,43)	15,00	35,00
	TP	0,72	23,85 _(3,20)	13,00	30,00
	AngP	0,74	21,30 _(6,23)	8,00	72,00
	FS	0,82	20,46 _(4,71)	8,00	31,00
Uberlandia*	Empatia total	0,87	91,56 _(14,94)	53,00	141,00
	CE	0,77	26,91 _(3,24)	10,00	62,00
	TP	0,71	23,04 _(3,70)	12,00	70,00
	AngP	0,75	19,87 _(4,71)	8,00	30,00
	FS	0,83	21,04 _(4,66)	10,00	50,00
Ntotal**	Empatia total	0,87	92,15 _(14,83)	45,00	152,00
	CE	0,78	27,35 _(4,72)	10,00	62,00
	TP	0,75	23,43 _(4,18)	8,00	70,00
	AngP	0,77	20,63 _(3,22)	7,00	72,00
	FS	0,85	20,59 _(4,77)	8,00	50,00

Notas: $p > 0,05$. *Amostra específica de Estados Federais do Brasil; ** Ntotal = 899; Empatia total = somatório de todos os itens; Consideração empática (CE), Tomada de perspectiva (TP), Angústia pessoal (AngP) e Fantasia (FS).

A partir desses resultados, pode-se destacar que a EMRI e seus respectivos fatores podem ser considerados fidedignos para o contexto brasileiro, comprovando assim a precisão de construto e corroborando os achados nos estudos de Sampaio Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011) e de Formiga, Rocha, Pinto, Reis, Costa e Leime (2013), quanto aos alfas; estes revelaram escores que variaram em direção semelhante ao observado no presente estudo (por exemplo, de 0,71 a 0,87). Com isso, garantiu-se a consistência interna dos fatores, em termos da medida da empatia em amostras de variados contextos brasileiros.

Além disso, nota-se que as variações das médias de respostas nos fatores da empatia, hierarquicamente, em todas as amostras, observa-se que a consideração empática foi maior do que os demais fatores, seguindo com a segunda maior média para tomada de perspectiva, terceira maior para a angústia pessoal e, por fim, a última média para as respostas na fantasia empática. Desta forma, provavelmente, estes respondentes reconhecem que, inicialmente, surge a habilidade da consideração empática, e que esta, seria geradora das demais habilidades; ao refletir nessa direção, tem-se como apoio as associações positivas (seja correlacionais ou dos lambdas) nos modelos propostos pelos autores supracitados (Sampaio Guimarães, Camino, Formiga & Menezes, 2011; Formiga, 2012;

Formiga, Rocha, Pinto, Reis, Costa & Leime, 2013), as quais, convergentes entre si.

Os achados neste estudo permitem atribuir que os sujeitos são capazes de reconhecer a empatia e que este construto é organizado através de quatro dimensões (por exemplo, consideração empática, angústia pessoal, tomada de perspectiva e fantasia) e que se revelaram consistentes, tendo um fato importante: independente do tipo de amostra e sua diversidade sócio-demográfica (idade e sexo), os indicadores estatísticos são fidedignos, principalmente, quando se acompanha em todas as amostras a distribuição dos alfas. Esta condição garante não somente sua multifatorialidade da EMRI, mas, também, que ao se pretender avaliar o construto da empatia, com a especificidade de cada dimensão, ela é confiável.

A partir do construto da empatia avaliado neste estudo, acredita-se na possibilidade de que a pessoa é capaz de desenvolver um reconhecimento de situações e a preocupações que geram sentimento e pensamentos em relação ao outro, condição essa, que poderá gerar no sujeito uma espécie de reverberação ou ressonância interpessoal que estimularia ou simularia convicções, desejos, percepções e, especificamente, colocar-se no lugar do sentimento, pensamento e ação em relação a outra pessoa (Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga, & Menezes, 2011; Formiga, 2012).

De forma geral, socializar o sujeito no desenvolvimento empático contribuiria tanto para que os sujeitos apreendam habilidades sociais mais sensíveis e cooperadoras, quanto gerar neles, o desenvolvimento de si mesmo em termos de uma estrutura e funcionalidade psicossociológica quanto ao valor e importância do outro na própria vida. Ao considerar esses resultados aponta-se na direção de que todos nós temos possibilidades e condições de administrar uma disposição funcional para troca de experiências e apoio social para com o outro, partilhando e caminhando para além do cuidado moral e ético com as pessoas do nosso entorno social (colegas, familiares, transeuntes, etc.), mas, que tal cuidar seja, a partir da empatia, um envolvimento com o respeito e compreensão do outro com seus limites e virtudes, disposto a acolher, desdobrando sentido e significado da situação e do sujeito que sofrem.

Ao verificar e comprovar que a escala de empatia tem confiabilidade e que esta poderá orientar o sujeito, com base nas quatro dimensões empáticas, estar tanto contribuindo para a segurança de mais um instrumento na área da psicologia e ciências afins, mas que, sustenta-se a concepção de Davis (1983) em relação a metodologia e *corpus* teórico na relação item-fator e na abordagem dos construtos com base na visão psicogenética e evolutiva do desenvolvimento humano. Por fim, espera-se que o objetivo do estudo tenha sido atendido, especialmente, em relação à

consistência e acurácia fatorial da EMRI. Ela, considerando tais resultados, poderá ser empregada, não apenas na ciência psicológica, mas, na área da educação, assistência social, jurídica, etc.

REFERÊNCIAS

Anastasi, A. &, Urbina, S. (2000). Fidedignidade. Em: *Testagem psicológica*. (pp. 84-105). Artmed: Porto Alegre.

Associação Nacional De Pesquisa E Pós-Graduação Em Psicologia - ANPEPP. (2000). *Contribuições para a discussão das Resoluções CNS nº. 196/96 e CFP Nº 016/2000*. Recuperado em 02 de Setembro de 2011, da WEB (página da WEB): http://www.anpepp.org.br/XIISimposio/Rel_Comissaoeticasobre_Res_CNS_e_CFP.pdf

Bandeira, M.; Costa, M. N.; Del Prette, Z. A. P.; Del Prette, A. &, Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia*, 5 (2), 401-412.

Batson, C. D.; Eklund, J. H.; Chermok, V. L.; Hoyt, J. L. &, Ortiz, B. G. (2007). An additional antecedent of empathic concern: valuing the welfare of the person in need. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(1), 65-74.

Batson, D. C.; Tricia, R. K.; Highberger, L. & Shaw, L. L. (1995). Immorality From Empathy-Induced Altruism: When Compassion and Justice Conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (6), 1042-1054.

Camino, C. P. S. *Determinants cognitifs et sociaux du jugement moral*. (1979). Tese de Doutorado Não-Publicada. Universidade de Louvain, Bélgica.

Camino, C. & Camino, L. (1996). Julgamento moral, emoção e empatia. In Z. D. Trindade & C. Camino (Eds.), *Cognição social e juízo moral* (Coletâneas da ANPEPP). (pp. 109-135). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia.

Cecconello, A. M. & Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de psicologia*, 5 (1), 71-93.

Conselho Nacional De Saúde – CNS. (1996). *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*. Recuperado em 02 de Setembro de 2011, da WEB (página da WEB): http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/res_o_96.htm.

Cronbach, L. (1990). Como julgar os testes: fidedignidade e outras qualidades. Em: Fundamentos da testagem psicológica. (pp. 176-197). Artes Médicas: Porto Alegre.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.

Decety J.; Michalska K. J. & Akitsuki, Y. (2008). Who caused the pain? A functional MRI investigation of empathy and intentionality in children. *Neuropsychologia*, 46, 2607-2614.

Decety, J. & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*. 3, 71-100.

Decety, J. (2005). Perspective taking as the royal avenue to empathy. In B. F. Malle e S. D. Hodges (Eds.), *Other minds: How humans bridge the divide between self and other*. (pp. 143-157). New York: Guilford Publications.

Echer, I. C. (2005). Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (5), 754-757.

Enz, N. & Zoll, N. (2006). *Cultural differences in empathy between China, Germany and the UK*. Recuperado em 23 de novembro de 2006, de www.nicve.salford.ac.uk/elvis/resources/empathy.

Falcone, E. M. O.; Ferreira, M. C.; Luz, R. C. M.; Fernandes, C. S.; Faria, C. A.; D'augustin, J. F.; Sardinha, A. & Pinho, V. D. (2008).

Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação psicológica*, 7 (3), 321-334.

Falcone, E. M. O.; Gil, D. B. & Ferreira, M. C. (2007). Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. *Estudo de psicologia* (Campinas), 24 (4), 451-461.

Formiga, N. S. (2012). Um estudo intracultural da consistência estrutural da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). *Revista salud y sociedad*, 3 (3), 251-26.

Formiga, N. S., Rocha, M. C. O., Pinto, A. S. S., Reis, D. A., Costa, S. M. S. & Leime, J. (2013). Fidedignidade da estrutura fatorial da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4 (1), 64-79.

Galvao, L.; Camino, C.; Gouveia, V. V. & Formiga, N. S. (2010). Proposta de uma medida de empatia focada em grupos: Validade fatorial e consistência interna. *Psico*, 41(3), 399-405.

Gouveia, V. V.; Guerra, V. M.; Santos, W. S.; Rivera, G. A. & Singelis, T. M. (2007). Escala de Contágio Emocional: Adaptação ao contexto brasileiro. *Psico*, 38 (1), 45-54.

Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.

Kerlinger, F. N. (1980). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: EPU.
Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Routledge: New York, NY.

Motta, D. C.; Falcone, E. M. O.; Clark, C. & Manhães, A. C. (2006). Práticas educativas positivas favorecem o desenvolvimento da empatia em crianças. *Psicologia Estudo*, 11 (3), 523-532.

Oliveira, I. C. S. & Rodrigues, R. G. (2005). Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). *Texto contexto – enfermagem*, 14(4), 498-505.

Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico – TEP. Manual de fundamentos das técnicas psicológicas*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Pavarino, M. G.; Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2005). O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância. *Psico*, 36 (2), 127-134.

Primi, R.; Bueno, J. M. H. & Muniz, M. (2006). Inteligência emocional: validade convergente e discriminante do MSCEIT com a BPR-5 e o 16PF. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26 (1), 26-45.

Ribeiro, J.; Koller, S. H. & Camino, C. (2002). Adaptação e validação de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estudos de psicologia*, 18 (3), 43-53.

Rique, J.; Camino, C.; Formiga, N. S.; Medeiros, F. & Luna, V. (2010). Empatia e Perdão Interpessoal. *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 411-418.

Sampaio, L. R.; Monte, F. C.; Camino, C. & Roazzi, A. (2008). Justiça distributiva e empatia em adolescentes do nordeste brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2), 275-282.

Sampaio, L. R.; Camino, C. P. S. & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: ciência e profissão*, 29 (2), 212-227.

Sampaio, L. R.; Guimarães, P. R. B.; Camino, C. P. S.; Formiga, N. S. & Menezes, I. G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da

empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico*, 42 (1), 67-76.

Saupe, R. & Budo, M. L. D. (2006). Pedagogia interdisciplinar: "educare" (educação e cuidado) como objeto fronteiriço em saúde. *Texto contexto – enfermagem*, 15 (2), 326-333.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Tavares, C. M. M. (2006). A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto contexto – enfermagem*, 15 (2), 287-295.

Wispé, L. (1990). History of the concept of empathy. In: N. Eisenberg & J. Strayer (org), *Empathy and its development*. (pp.17-37). New York: Cambridge University Press.

Rosa María Cortés Ramírez * / *Universidad Internacional – México*
Gabriela Eugenia López Tolsa Gómez ** / *Universidad Internacional – México*

COMPARACIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DAÑOS ASOCIADOS EN HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES

44

Referencia Recomendada: Cortés-Ramírez, R. M., & López-Tolsa, G. E. (2014). Comparación en el consumo de alcohol y daños asociados en hombres y mujeres adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 44-54.

Resumen: El alcoholismo es una adicción, una enfermedad crónica y progresiva que afecta el entorno familiar, de pareja y social, así como la salud física y mental de quien la padece. El objetivo del presente fue comparar el consumo de alcohol y los daños asociados a éste en hombres y mujeres adolescentes. Participaron 30 adolescentes, 15 hombres y 15 mujeres con edades entre 17 y 20 años de la ciudad de Guadalajara, México. El instrumento aplicado fue una escala de elección binaria con 30 situaciones que evalúa tres

áreas: consumo de alcohol, daños a sí mismo y daños a otras personas. Los resultados indicaron que hubo más mujeres que hombres en la categoría de consumo moderado, sin embargo no existen diferencias significativas en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres; por último, se encontró que ambos sexos tiene mayor puntaje en el área de consumo de alcohol, pero las mujeres tuvieron puntajes más altos en daños a sí mismos y a otros que lo hombres.

Palabras Clave: Consumo de alcohol, Adolescentes, Diferencias por sexo, Daños por consumo de alcohol.

Recibido: 1 de Noviembre de 2014

Aprobado: 29 de Diciembre de 2014

* Estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Internacional. Correo electrónico: asor_1993@hotmail.com

** Licenciada en Psicología, Maestra en Ciencias del Comportamiento. Profesora a nivel pregrado de la Universidad Internacional. Correo electrónico: gabrielaeugenia.89@gmail.com

En el presente trabajo se aborda el tema del consumo de alcohol en adolescentes, en primera instancia se describen algunos factores, patrones y riesgos de la ingesta de alcohol en adolescentes; luego se describen brevemente las diferencias asociadas al consumo de alcohol en hombres y mujeres; y por último se pretende comparar el consumo de esta sustancia y los daños asociados en hombres y mujeres adolescentes, mediante la aplicación de un instrumento.

González (2005) señala que el alcoholismo es la dependencia al alcohol, una enfermedad de largo plazo caracterizada por la tolerancia a un consumo continuo y que progresivamente va aumentando, añade que en los sujetos dependientes al alcohol predominan los problemas físicos, psiquiátricos, familiares y sociales. De la misma forma, Schaffer, Arizaga, Albarenque y Haseitel (2004) comentan que es una enfermedad compleja caracterizada por depender del alcohol tanto física como psicológicamente, y la incapacidad de detenerse o abstenerse. Por lo tanto, entenderemos que el alcoholismo es una adicción, una enfermedad crónica y progresiva que afecta el entorno familiar, de pareja y social, así como la salud física y mental de quien la padece.

El inicio temprano e incremento en el consumo de alcohol en adolescentes puede derivar en una mayor probabilidad de

desarrollar alcoholismo en la vida adulta, por lo que es importante que se detecten patrones de riesgo desde edades tempranas para prevenir futuros problemas. Debido a lo anterior, se ha realizado una gran cantidad de investigaciones relacionadas con el tema del alcoholismo, sin embargo, por cuestiones de espacio a continuación se presenta sólo una breve revisión de algunos trabajos en los que se estudiaron los patrones y factores del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes de 12 a 20 años de edad.

Cicua, Méndez y Muñoz (2008) llevaron a cabo un estudio en el que participaron 406 adolescentes bogotanos de ambos sexos con edades entre 12 y 17 años. Para el estudio se utilizaron dos instrumentos: una ficha de datos y el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol. Los resultados indicaron que el inicio de consumo de alcohol se da en promedio a los 6 o 7 años de edad, que el lugar en donde los adolescentes consumen con mayor frecuencia es en la casa de algún amigo y que la cerveza parece ser la bebida alcohólica más consumida por los participantes.

De forma similar, Salamó, Gras y Front-Mayolas (2010) llevaron a cabo una investigación para conocer el patrón y los factores asociados al consumo de alcohol. Ellos administraron un cuestionario que trataba de recoger información de variables

como patrones de consumo de alcohol, influencia social y la percepción de la peligrosidad a 1624 estudiantes entre 12 y 18 años. En cuanto al patrón de consumo de alcohol se encontró que el 21.7% de hombres y 20% de mujeres son consumidores actuales de esta sustancia. Respecto a la influencia social, se encontró que los amigos y la familia juegan un papel importante en el consumo de alcohol. Además, se observó que los consumidores de alcohol lo perciben como menos peligroso que los no consumidores.

De forma similar al estudio anterior, Salcedo, Palacios y Fernanda (2011) realizaron una investigación con el objetivo de conocer cuáles son los patrones de consumo de alcohol. Ellos aplicaron una encuesta a 787 estudiantes de Bogotá. De forma general, los resultados arrojaron que un 39% de los participantes consumen alcohol con el propósito de relajarse y que el principal motivo que los lleva a embriagarse suele ser de carácter emocional.

Por otro lado, Schaffer, Arizaga, Albarenque y Haseitel (2004) realizaron una investigación que tuvo por objetivo conocer cuál es la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en un grupo de jóvenes estudiantes. Aplicaron una encuesta a 496 hombres y a 563 mujeres, de 14 a 20 años de edad. EL 69% de la muestra declaró consumir alcohol; el 62% dijo consumir alcohol en grupos y fiestas; y el 83% dice

conocer los efectos nocivos de esa bebida para la salud.

De forma similar, Guzmán Facundo y Alonso Castillo (2005) encontraron que el 80% de los adolescentes participantes en su estudio había consumido alcohol por los menos alguna vez en su vida y el 62.2% en los últimos 30 días. Los adolescentes de 18 o más años muestran mayor consumo de alcohol que los adolescentes menores de 18 años de edad y los jóvenes y adolescentes que integran a grupos sociales tienen el hábito de consumir alcohol durante al menos seis meses antes del estudio.

Por otro lado, Juárez, Mora y Natera (2005) comentan que el consumo de alcohol puede deberse a la búsqueda de sensaciones placenteras y de bienestar, a facilitar la socialización y a disminuir el estrés. También señala que puede tener consecuencias tales como accidentes automovilísticos y propiciar las conductas agresivas.

Debido a que el objetivo del estudio es hacer una comparación entre hombres y mujeres adolescentes, se creyó conveniente revisar algunas investigaciones sobre las diferencias que se han reportado en el consumo de alcohol y factores asociados al mismo entre ambos sexos. Se presenta un breve resumen a continuación.

Natera, Borges, Medina-Mora, Solís y Tiburcio (2001) realizaron una investigación

con el objetivo de evaluar el riesgo del uso excesivo de alcohol en hombres y mujeres con historia familiar de consumo de alcohol. Se aplicó la Encuesta Nacional sobre Adicciones a 12 581 individuos entre los 12 y 65 años de edad en una población urbana. Se encontró que los hombres tienen una prevalencia de consumo frecuente de alcohol de 12.7%; mientras que para las mujeres fue de 0.6%. Respecto a la historia familiar con ingesta de alcohol, el 7.9% de los hombres y el 0.4% de las mujeres tenían antecedentes familiares.

Por otro lado, Mariño, Berenzon y Medina Mora (2005) realizaron una investigación para conocer si se presenta el Síndrome de Dependencia al Alcohol en hombres y mujeres según los criterios del DSM-IV. Evaluaron a 211 hombres y 100 mujeres que acudieron a una clínica de atención para los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Los resultados respecto la frecuencia de consumo fueron que el 60.7% de los hombres y el 52% de las mujeres bebían alcohol todos los días; mientras que el 21.3% de los primeros y el 19% de las segundas consumían alcohol 5 o 6 días a la semana. Los hombres reportaron consumir en promedio 11.7 copas por ocasión, mientras que las mujeres dijeron consumir 4.2 copas. Respecto al síndrome de dependencia al alcohol, se encontró que 50% de las participantes cumplieron con al menos 3 de los 7 criterios del DSM-IV, en comparación al 82% de los hombres evaluados.

De forma similar, Gómez-Maqueo, Gómez Hernández, Morales Rodríguez y Pérez Ramos (2009) evaluaron 915 alumnos de bachillerato de la Ciudad de México utilizando el test AUDIT y el DAT-10. Ellos encontraron que los hombres presentan mayores niveles de riesgo tanto en el consumo de alcohol como en el de drogas, en comparación con las mujeres.

Por otro lado, Montero Bancalero (2006) realizó una investigación con el objetivo de conocer los factores que influyen en que hombres y mujeres alcohólicos consuman alcohol. Los resultados indicaron que en las mujeres alcohólicas existe un mayor índice de dependencia de alcohol por acontecimientos vitales previos tales como depresión, padre o hermano alcohólico, maltrato físico, pareja alcohólica y abuso sexual en la infancia, en comparación a los hombres. Las consecuencias derivadas de la dependencia al alcohol en mujeres son la pérdida de dignidad y ser víctimas de agresión, así como la ruptura de la relación de pareja y rechazo de parte de los hijos. Por otro lado, las consecuencias para los hombres incluyeron ideación suicida y accidentes de tráfico, así como apoyo por parte de la pareja y problemas psicológicos en sus hijos.

Planteamiento del Problema

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, las amistades, los familiares y otros grupos sociales con antecedentes de consumo de

bebidas alcohólicas influyen en que los adolescentes consuman alcohol (Cicua, Méndez y Muñoz,2008; Guzmán Facundo y Alonso Castillo,2005; Montero Bancalero,2006; Natera et al, 2001 y Salamó, Gras & Front-Mayolas, 2010); también se ha reportado que hay más adolescentes que sí consumen alcohol que los que no consumen (Gómez-Maqueo et al ,2009; Salamó, Gras & Front-Mayolas,2010 y Salcedo, Palacios & Fernanda,2011); que la prevalencia de consumo de alcohol, suele ser mayor en hombres que en mujeres (Mariño, Berenzon y Medina Mora,2005; Natera et al, 2001; Schaffer et al,2004 y Salcedo, Palacios & Fernanda,2011); y que el consumo de alcohol puede derivar en consecuencias negativas a nivel personal, familiar y social (Juárez, Mora & Natera, 2005; Montero Bancalero, 2006). Sin embargo, no se ha evaluado directamente si el consumo de alcohol y los daños ocasionados por el mismo son diferentes en hombres y mujeres adolescentes, por lo tanto, el objetivo del presente fue comparar el consumo de alcohol y los daños que éste provoca en hombres y mujeres adolescentes.

Método

Participantes

Se encuestaron 30 adolescentes, 15 hombres y 15 mujeres, con edades entre 17 y 20 años residentes en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

Instrumento

Se diseñó un instrumento ex profeso con el objetivo de conocer cuáles son los riesgos en adolescentes de 17 a 20 años de edad por el consumo de alcohol (Anexo 1).

La prueba es una escala de elección binaria (Sí/No) con 30 situaciones (Ej. "Has manejado alcoholizado".) que pretenden detectar qué áreas son las más afectadas a causa del consumo del alcohol.

Las áreas evaluadas son: "Daños a sí mismo" (DM), que consiste en saber los daños físicos, de salud, emocionales y de conducta que ha tenido el participante por consumir bebidas alcohólicas; "Daños hacia terceras personas" (DD), que consiste en conocer si el adolescente ha ocasionado algún daño físico a familiares, amigos y a la sociedad en general por su patrón de ingesta de alcohol; y el "Consumo de alcohol" (CA) que consiste en conocer cuánto y cada cuando es su consumo y si el consumirlo lo hace abandonar sus actividades diarias. Se incluyeron 10 ítems por cada área.

Al evaluar esas áreas es posible estimar qué tanto el adolescente ha sido afectado por su consumo de alcohol. Para obtener los puntajes se calificó la prueba cuantificando el número de respuestas "Sí" y se asignó al evaluado en una de las siguientes categorías: alcohólico, consumidor moderado, consumidor sin repercusiones, consumidor esporádico y no consumidor. A

mayor puntaje, mayor afectación. Los puntajes de asignación para cada clasificación se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Se muestra la clasificación de afectaciones del consumo de alcohol. Los puntajes indican el número de reactivos en los que se haya contestado "Sí".

Categoría	Puntajes
Alcohólico	20 a 30
Consumidor moderado	15 a 20
Si consumen alcohol pero no les trae repercusiones	10 a 14
Su consumo es muy esporádico	1 a 9
Probablemente no han probado el alcohol	0

Procedimiento

Para la aplicación de este instrumento se acudió a diferentes lugares que son puntos de reunión de los adolescentes. La participación fue anónima, voluntaria e individual, además a cada persona se le indicó cual era el objetivo de realizar esta prueba. Se les otorgó el protocolo y se les dieron las siguientes instrucciones: "En esta prueba se te muestran diferentes situaciones, hay que señalar con un 'X' la respuesta con la que te identifiques según la situación que se te presenta, contesta con la mayor sinceridad y seriedad posible".

Resultados

De acuerdo al objetivo del presente, la escala aplicada se calificó de forma individual, contabilizando el número de respuestas afirmativas ("Sí"), de forma que a mayor puntaje, mayor riesgo representa el consumo de alcohol.

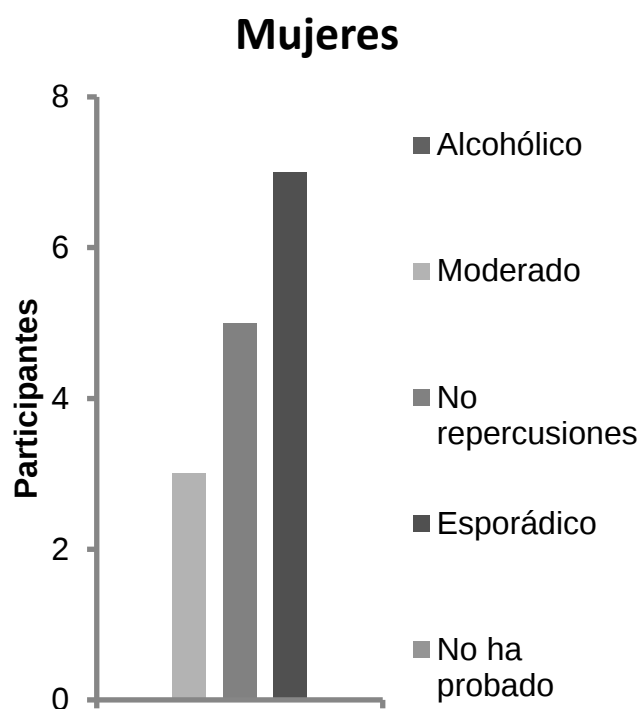


Figura 1. Se muestra el número de participantes mujeres por categoría de tipo de consumo.

En cuanto a los puntajes individuales, el análisis de los datos indicó que de las 15 mujeres encuestadas, siete se asignaron a la categoría de consumo esporádico, cinco en la de consumo sin repercusiones aparentes y tres en la de consumo moderado, como se observa en la Figura 1. De la misma forma, en los hombres se observó que siete tienen consumo esporádico, seis de ellos

consumen pero no les genera repercusiones aparentes y dos presentan un consumo moderado (Figura 2).

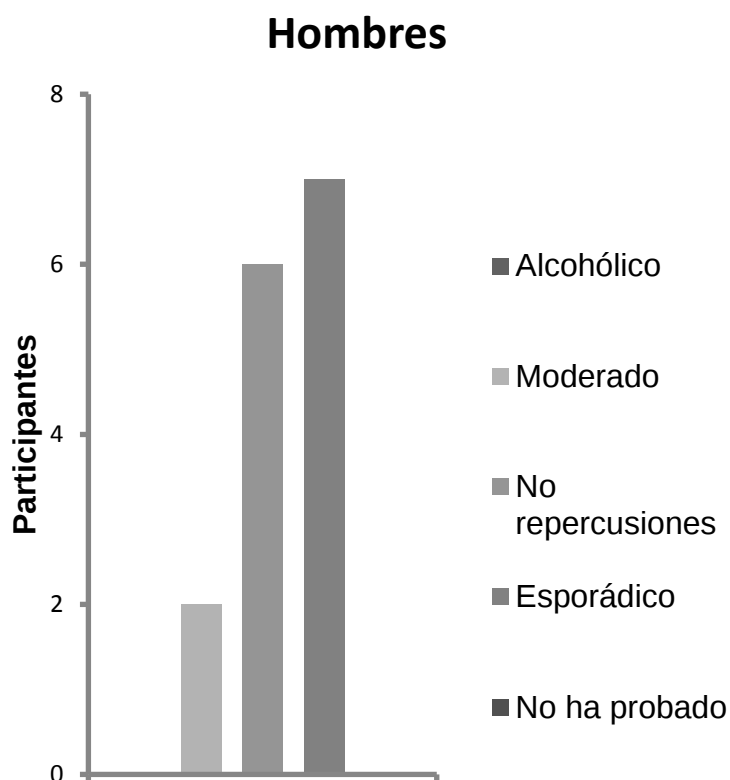


Figura 2. Se muestra el número de participantes hombres por categoría de tipo de consumo.

Por otro lado, se obtuvo el promedio de los puntajes de hombres y de mujeres para poder compararlos; se realizó una prueba T para muestras independientes, con un nivel de significancia de 0.05 y se encontró que no hubo diferencias significativas, como se puede observar en la Figura 3. Es importante destacar que aunque los datos se distribuyeron de forma normal, hubo bastante variabilidad en los casos individuales.

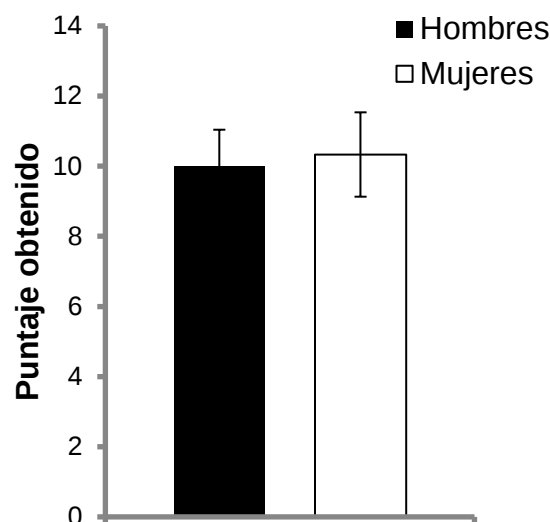


Figura 3. Se muestra el promedio de puntajes de hombres y mujeres.

Respecto a las áreas evaluadas, se encontró que los participantes de ambos sexos tienen mayor puntaje en el área de Consumo de alcohol (CA) que en las de Daños a sí mismo (DM) y Daños a los demás (DD). Las mujeres tienen mayor puntaje en las áreas DM y DD que los hombres, mientras que ellos obtuvieron mayores puntajes en el área de CA, en comparación con las mujeres, como se muestra en la Figura 4.

Áreas de consumo

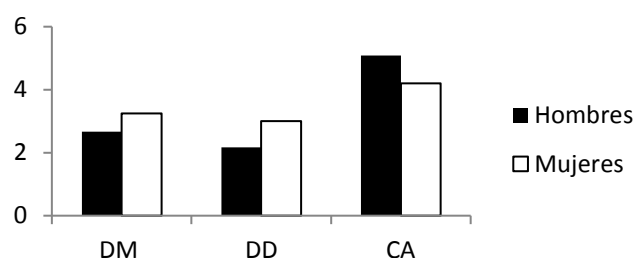


Figura 4. Se muestra el puntaje por área de consumo. DM= Daños a sí mismo; DD= Daños a los demás; CA= Consumo de alcohol.

Discusión

Una vez analizados los resultados, se hizo una comparación de los hallazgos con lo que se ha reportado en la literatura.

A diferencia del estudio realizado por Salamó, Gras y Front-Mayolas (2010), en el que encontraron que menos de la mitad de los adolescentes del estudio no habían consumido alcohol, en la presente investigación se encontró que todos los adolescentes evaluados han consumido alcohol, lo cual puede deberse a la diferencia de edad, pues los participantes de aquel estudio tenían entre 12 y 18 años y los de este estudio tenían entre 17 y 20 años. Por otro lado, Guzmán Facundo y Alonso Castillo (2005) encontraron, al igual que en el presente, que todos sus participantes habían consumido alcohol al menos una vez, observando mayores consumos en adolescentes de más de 18 años.

El aparente incremento en el consumo de alcohol por adolescentes puede deberse a la influencia de amigos y familiares (Natera et al., 2001), ya que se ha reportado que una familia con historia de adicción al alcohol puede influir en que un adolescente empiece a consumir bebidas alcohólicas, pues lo consideran una conducta 'normal', debido al modelo que tienen en casa.

El aumento en el consumo de alcohol en adolescentes también puede deberse a factores que son vinculados con el contexto

escolar, como lo son el grado de satisfacción escolar, autoconcepto académico, repetición de curso, sensación de presión escolar, entre otros, ya que diversos estudios han demostrado que a los alumnos que les disgusta la escuela tienden a comenzar a fumar y beber antes que los que les gusta el estudio (Carrasco, Barriga & León, 2004). La mayoría de los participantes del estudio se encontraban en el periodo crítico de fin de la preparatoria e inicio de la universidad o vida laboral.

De forma general se ha reportado en otros estudios (Mariño, Berenzon & Medina Mora, 2005; Natera et al, 2001; Schaffer et al, 2004 y Salcedo, Palacios & Fernanda, 2011) que los hombres tienen mayores consumos de alcohol, sin embargo en el presente se encontraron más mujeres con consumo moderado (mayor puntaje en la prueba) que hombres. Estos resultados son semejantes a lo reportado en el estudio de Londoño, García, Valencia & Vinaccia, (2005)., aunque los resultados de ellos fueron un poco más variables que los del presente, pues encontraron adolescentes dependientes al alcohol y no consumidores, mientras que en el presente ninguno de los participantes obtuvo un puntaje que lo colocara en alguna de las categorías extremas (Tabla 4).

Las diferencias entre hombres y mujeres, así como con otros estudios pueden deberse a influencias particulares de los amigos y la familia de los participantes (Salamó, Gras y

Front-Mayolas, 2010). La diferencia entre sexos también puede deberse a que las mujeres suelen tener un mayor consumo debido a acontecimientos de afectación psicológica (Montero Bancalero, 2006), o tener causas de carácter emocional (Salcedo, Palacios y Fernanda, 2011), como el paso de la adolescencia a la juventud que coincide con la edad de los participantes.

Tanto hombres como mujeres obtuvieron mayores puntajes en la categoría de consumo de alcohol (CA), en comparación con las categorías de daños a sí mismo (DM) y daños a los demás (DD), lo cual se puede deber a que el consumo sólo lo estén haciendo por influencia de la sociedad o por diversión y lo ven como algo normal, sin pensar en las repercusiones que esto les puede ocasionar.

Por otro lado, las mujeres mostraron puntajes más altos en las áreas de DM y DD que los hombres, mientras que ellos obtuvieron puntajes mayores en CA. Lo anterior puede explicarse si se toma en cuenta que las mujeres necesitan consumir menos copas de alcohol para embriagarse en comparación con los hombres (Juárez, Mora & Natera, 2005), lo cual puede derivar en mayores daños, ante un menor consumo en las mujeres; y un mayor consumo en hombres, con menos daños. De la misma forma, las mujeres tienden a buscar ayuda referente al consumo excesivo de alcohol ante una menor presencia de daños que los hombres (Mariño, Berenzon & Medina

Mora, 2005), por lo que es probable que perciban como dañinas acciones que los hombres no perciben como tales.

En conclusión, parece ser que las mujeres adolescentes tienen un consumo ligeramente mayor al de los hombre, esto se puede deber a que la cultura de nuestro país ha cambiado y a que las mujeres se ven influenciadas por el sexo masculino; además de las afectaciones psicológicas, físicas y emocionales que se viven en nuestros tiempos. Sin embargo, es necesario ampliar el tamaño de la muestra para verificar la generalidad de estos resultados.

De igual manera será importante realizar una investigación con el afán de conocer cuáles son los factores psicológicos y sociales que han alterado el patrón de consumo de alcohol en mujeres adolescentes.

Referencias

- Carrasco González, A. M., Barriga Jiménez, S. & León Rubio, J. M. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e Investigación e Psicología*. 9 (002), 205-226.
- Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4 (11), 115-134.

- Gómez-Maqueo, E. L., Gómez Hernández, H. L., Morales Rodríguez, B. & Pérez Ramos, M. (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18 (1), 9-17.
- González Cantú, H. (2005) Alcohol: cuanto es demasiado. *Revista El Cotidiano*, 20 (132), 78-33.
- Guzmán Facundo, F. R. & Alonso Castillo, M. M. (2005). Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con amigos. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 1 (2), 1-13.
- Juárez, F., Mora Ríos, J. & Natera, G. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental* 2, 82-90.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S. C. & Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 21 (2), 259-267.
- Mariño, M. del C., Berenzon, S. & Medina Mora, M. E. (2005). Síndrome de dependencia al alcohol: comparación entre hombres y mujeres. *Salud Mental*, 28 (4), 33-39.
- Montero Bancalero, F. J. (2006). Aspectos psicosociales de la dependencia de alcohol en la mujer. Estudio comparativo entre hombres y mujeres. *Salud y drogas*, 6 (2), 197-214.
- Natera, G., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Solís, L. & Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43 (1), 17-26.
- Salamó Avellaneda, A., Gras Pérez, M. E. & Front-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (2), 189-195.
- Salcedo Monsalve, A., Palacios Espinosa, X. & Fernanda Espinosa, Á. (2011). Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29 (1), 77-97.
- Schaffer, C., Arizaga, V., Albarenque, M. & Haseitel, B. (2004) Alcoholismo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, (139).

Anexos

La casilla que corresponde a “SI”, cuando te identifiques con ellas; y la casilla que corresponde a “NO”, cuando no te identifiques con ellas.

Sexo (F) (M) Edad:

	Si	No
1. Has manejado alcoholizado.		
2. El consumir alcohol te ha traído algún conflicto con otras personas.		
3. Consumes alcohol los fines de semana (viernes, sábado y domingo).		
4. Has tenido relaciones sexuales con protección después de consumir alcohol.		
5. Has presionado a alguien para que consuma alcohol en contra de su voluntad.		
6. Sueles consumir alcohol procurando que no te vean.		
7. Conoces los daños que te puede ocasionar el consumir alcohol.		
8. Has agredido físicamente (golpes, rasguños, etc.) a alguien después de haber consumido alcohol.		
9. Sientes la necesidad de consumir alcohol al menos 3 veces por semana.		
10. El consumir bebidas alcohólicas te ha traído problemas de salud.		
11. Crees que el que consumas alcohol ocasiona daños a otras personas.		
12. Has consumido bebidas alcohólicas en algún lugar prohibido.		
13. Piensas que el consumir bebidas alcohólicas te ayuda a olvidarte de tus problemas.		
14. Has ocasionado algún accidente por consumir alcohol.		
15. Has dejado de realizar alguna actividad obligatoria por consumir alcohol.		
16. El consumir alcohol te hace sentir enojo.		
17. El que tú consumas alcohol le ha ocasionado problemas a familiares o amigos tuyos.		
18. Consumes bebidas alcohólicas más de 3 veces al mes.		
19. El consumir alcohol te hace sentir tristeza.		
20. El consumir bebidas alcohólicas te ha ocasionado problemas con tu pareja.		
21. Consumes bebidas alcohólicas cuando estas acompañado.		
22. El consumir alcohol te hace sentir alegría.		
23. Tus amigos son consumidores de bebidas alcohólicas.		
24. Sueles tomar bebidas alcohólicas cuando estas solo.		
25. Has tenido algún accidente vial por manejar alcoholizado.		
26. El consumir alcohol te ha traído problemas con tu familia.		
27. Cada vez que consumes alcohol ingieres al menos 3 copas.		
28. Has pensado que tienes un problema con el alcohol.		
29. Te has llegado a pelear por alguna situación a causa del alcohol.		
30. Consumes bebidas alcohólicas en fiestas o reuniones.		

Gilberto Betancourt Reyes Betancourt Enrich*
Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay / Cuba

PROCESO SALUD – ENFERMEDAD: PARADIGMA VIGENTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL

55

Referencia Recomendada: Reyes-Betancourt, G. (2014). Proceso salud-enfermedad: paradigma vigente en la sociedad actual. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 55-60.

Resumen: El autor de este artículo se propone caracterizar la comunidad donde habita la familia tomada como muestra para realizar este trabajo, identificar condiciones materiales de vida, profundizar en la higiene ambiental, resaltar hábitos alimentarios, funcionamiento familiar y estilo de vida, teniendo en cuenta los elementos personológicos, riesgos psicosociales en relación con el proceso salud-enfermedad. En dicha comunidad no se refleja la presencia de hacinamiento según el grado de densidad habitacional, buen estado estructural de las viviendas que la conforman, con un

predominio generalizado de apartamentos. Además hay predominio de un alto nivel de escolaridad, cooperación entre los vecinos, vecindario tranquilo con un ambiente psicosocial sano, con accesibilidad a todos los medios de necesidad básica, así como condiciones geográficas adecuadas donde no se manifiesta la presencia de factores contaminantes, ni ambiente violento o algún tipo de riesgo de violencia, accidentes, suicidios, delincuencia, etc.

Palabras Clave: Condiciones materiales de vida, Higiene ambiental, Hábitos alimentarios, Funcionamiento familiar, Modo y estilo de vida.

Recibido: 12 de Mayo de 2014

Aprobado: 15 de Noviembre de 2014

* Estudiante de 4^{to} año de Medicina, alumno ayudante e instructor de Medicina Interna. Graduado de la Escuela "Mijail V. Lomonosov." en los idiomas: inglés, portugués, francés, italiano, esperanto y alemán, cursando actualmente el idioma Polaco. Con 8 Cursos Electivos recibidos, 14 Exámenes de Premio y 10 Trabajos Científicos. Correo electrónico: bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu

La psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y la inconsciencia.

La psicología emplea métodos empíricos cuantitativos de investigación para analizar el comportamiento. También podemos encontrar, especialmente en el ámbito clínico o de consultoría, otro tipo de métodos no cuantitativos. Mientras que el conocimiento psicológico es empleado frecuentemente en la evaluación o tratamiento de las psicopatologías, en las últimas décadas los psicólogos también están siendo empleados en los departamentos de recursos humanos de las organizaciones, en áreas relacionadas con el desarrollo infantil y del envejecimiento, los deportes, los medios de comunicación, el mundo del derecho y las ciencias forenses.

Aunque la mayor parte de los psicólogos están involucrados profesionalmente en actividades terapéuticas (clínica, consultoría, educación), una parte también se dedica a la investigación desde las universidades sobre un amplio rango de temas relacionados con el comportamiento humano.

Desarrollo

Se realiza el estudio de la comunidad de Previsora valorando aspectos como el modo

y el estilo de vida. Se trabaja con una familia localizada en Previsora, Avenida de los Ancianos, Apto. 5. Edificio 17, integrada por 3 miembros: Emma Pérez López de 73 años de edad, su esposo Evelio del Risco Cervantes de 77 años de edad y su hijo Eduardo del Risco Pérez de 50 años de edad.

La comunidad en estudio presenta un equilibrio entre la raza blanca, negra, y mestiza, con un alto índice de profesionales y técnicos medios en edad laboral, por tanto existe una alta densidad poblacional. El grado de escolaridad predominante es el universitario y el preuniversitario terminado y el promedio de vinculados laboralmente es alto. Analizando las condiciones de vida, esta comunidad está integrada fundamentalmente por edificios, en los cuales los apartamentos presentan buenas condiciones estructurales, y una correcta construcción arquitectónica con espacio adecuado para las habitaciones, evitando el hacinamiento en la vivienda, presentan abastecimiento de agua diario y por lo tanto practican una correcta salud sanitaria.

Dentro de los servicios básicos de la vivienda hay que mencionar los medios de comunicaciones donde la mayoría de la población cuenta con teléfonos y una gran minoría tiene acceso al correo electrónico.

La comunidad cuenta con la presencia de centros escolares tanto de escuelas

primarias como de secundarias. Existe también un Club de Computación, al cual asisten de forma activa los jóvenes en pos de su desarrollo intelectual. Como punto negativo hay que mencionar la presencia de venta de bebidas alcohólicas en ocasiones que han ocasionado serios conflictos en la comunidad, lo que constituye un factor de riesgo para la población. Se observa en la comunidad la presencia de centros y servicios de salud estatales como son los consultorios de familia y policlínico Previsora. Valorando las condiciones geográficas esta comunidad se caracteriza por presentar un relieve llano, una fauna con predominio de animales domésticos y una flora escasa con árboles silvestres. Los recursos hidrográficos van a estar representados fundamentalmente por las cisternas y los pozos de agua. Como aspecto negativo a resaltar existe una fuente de contaminación (Micro vertedero) constituyendo un factor de riesgo en la incidencia de las enfermedades transmisibles, principalmente la fiebre amarilla ocasionada por el mosquito *Aedes Aegypti*. Dentro de las principales actividades que la comunidad realiza diariamente (actividades laborales, familiares, festivas, religiosas, etc.) se encuentran las actividades laborales y festivas. El estado nutricional que predomina es la obesidad y el normo peso, presentándose entre las principales enfermedades la HTA, Accidentes vasculares encefálicos e IMA. Otras manifestaciones y problemas de salud los constituyen los

embarazos precoces en la adolescencia con una frecuencia media y la promiscuidad sexual con una frecuencia alta.

Los hábitos predominantes en la población son el tabaquismo y el alcoholismo. El modo de vida de la comunidad se caracteriza por la prevalencia del consumo de tabaco como un estilo de vida dañino, pudiendo incidir en aquellos habitantes cardíopatas al reaccionar con los medicamentos cardiotónicos e hipertensivos, incide además en la aparición de sensaciones dolorosas debido al empeoramiento de la elasticidad del tejido conectivo bajo la acción de la nicotina. En individuos que comenzaron el hábito de fumar desde edades tempranas conduce a un empeoramiento de la memoria, de la atención y de la observación, en los niños retiene el crecimiento y el desarrollo, conduce a la infertilidad, alteraciones del embarazo, así como niños bajo peso y abortos. Produce cáncer de pulmón y bronquios, de labio, del tubo digestivo, de la cavidad bucal y de la faringe, úlceras pépticas, cáncer de vejiga, páncreas, renal y afecciones cardiovasculares (endarteritis obliterante, AVE, etc.)

En la comunidad se ha identificado un individuo como alcohólico, por lo que este vicio lo ha conducido a la pérdida del autocontrol, agresividad, accidentes, disminución de las capacidades intelectuales, degradación de la personalidad, en ocasiones ha llegado al

suicidio y a la violación del orden. El individuo posee rasgos de trastornos psíquicos (psicosis y neurosis), riesgo de enfermedades cerebrovasculares, neoplasias, etc.

Otro de los factores que incide de manera significativa en la salud de toda la comunidad en general es el consumo excesivo de grasa saturada y colesterol, lo cual está muy vinculado en la actualidad con el riesgo de muerte por enfermedad arteriosclerótica, y en particular por el Infarto del Miocardio. El uso excesivo de sal, junto con una acción hipertensiva, a lo que se vincula también el déficit de calcio conduce a un alto nivel de cardiopatías y lesiones cerebro vasculares y posee un efecto cancerígeno, en especial en cáncer de estómago. Daños similares causa el consumo de productos ahumados, los cuales son de gran aceptación en la comunidad a expensas de nitrosaminas y los compuestos que se forman con procesamiento térmico de las grasas animales, fundamentalmente durante la preparación de los alimentos fritos. Contribuyen a la cancero - génesis los nitratos y nitritos empleados con frecuencia en calidad de conservantes, así como también los ácidos biliares segregados en el intestino. Los productos como las verduras y las frutas que están accesibles en los puntos de venta y que respaldan las propiedades indudables de las vitaminas y los microelementos, no son de gran venta al público como los productos cárnicos, lo que

nos revela un modo de alimentación incorrecto en esta comunidad. La vitamina C actúa como estimulante sobre el organismo para la producción de interferón, contribuye a la profilaxis de las enfermedades virales, bloquea la formación de nitrosaminas y suma propiedades anti - oncogénicas. La vitamina A ayuda a la profilaxis del cáncer de pulmón y la vitamina E a la profilaxis del cáncer de estómago.

En la comunidad también encontramos la adinamia, hipodinamia o el llamado sedentarismo debido a una carga física insuficiente, donde los músculos que trabajan de forma insuficiente, disminuyen las posibilidades funcionales de los órganos, en especial del corazón y de los vasos, y todo esto en conjugación con las alteraciones del metabolismo graso, condiciona la disminución de las perdidas energéticas que son desfavorables en todos los sistemas, y en primer lugar el cardiovascular.

Realizando un análisis exhaustivo con respecto al modo de vida de la familia en estudio, la misma habita en un apartamento con buenas condiciones materiales de vida, la vivienda se encuentra en buen estado físico y presentan el equipamiento básico necesario para satisfacer las necesidades primarias. La higiene del ambiente familiar es buena, preservándose una correcta higiene personal y de los alimentos. El hijo resultante del matrimonio es universitario, en tanto que sus padres son jubilados, con

un ingreso familiar per - capita de 575. Es una familia nuclear que presenta hábitos alimentarios no favorables y no practican ningún hábito tóxico. En el hogar existe un equilibrio en la distribución de las tareas domésticas con tendencia a la realización conjunta, con igualdad y enfrentamiento democrático de las funciones domésticas. En el tiempo libre tienen preferencias por actividades culturales y hogareñas, por tanto el disfrute suele realizarse en conjunto familiar, considerándose que las actividades que realizan ayudan a enriquecer su vida espiritual. Dentro de la identidad familiar los valores más importantes lo van a constituir la sinceridad, la comunicación y el respeto, planteándose como principales metas adecuadas relaciones afectivas entre los miembros de la familia y lograr un equilibrio armónico de los familiares. Los miembros de la familia se encuentran dispensarizados en grupo III. Haciendo referencia a los indicadores del modo de vida se observó que las actividades sistemáticas que estas personas realizan, como es el tipo de trabajo que desarrollan, contribuyen a identificar factores de riesgo y por tanto acondicionar el modo de vida.

A la familia en estudio se le aplicó el Test de Funcionamiento Familiar (FF – SIL) siendo clasificada como una familia funcional (con valores entre 70 – 57 puntos).

Conclusiones

Con este trabajo se ha podido corroborar que los factores de riesgo no actúan de forma aislada, sino en conjunto, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su efecto nocivo para la salud. Se tienen cálculos de la acción combinada de los factores de riesgo que muestran que su acción conjunta siempre es mayor que la simple suma aritmética de los riesgos relativos; por ejemplo la acción combinada del hábito de fumar, de las lesiones del metabolismo de los lípidos y de la hipertensión arterial, eleva la probabilidad del surgimiento de la isquemia cardiaca en 10 veces. El hábito de fumar eleva la probabilidad del surgimiento de cáncer de todas las localizaciones 1, 6 veces, el alcohol 1, 2 veces, mientras que la acción conjunta de estos factores lo hace 5, 7 veces. Además, el cálculo de los factores separados de riesgo, se justifica no solo en el plano médico sino también organizativo, ya que la determinación del eslabón rector para el surgimiento y desarrollo de las enfermedades permite seleccionar de forma adecuada las prioridades correspondientes, materializar objetiva y efectivamente las medidas de la profilaxis primaria y secundaria, del diagnóstico y tratamiento precoz. Es importante subrayar que la inespecificidad de los factores señalados para el surgimiento de enfermedades determinadas o clases de enfermedades, requiere la utilización de la concepción de los factores de riesgo y su análisis desde

posiciones socio – higiénicas, integrales, y no desde los puntos de vista de las diferentes disciplinas clínicas (neumología, cardiología, oncología, etc.). El análisis sistemático y la modelación matemática de este problema abren un campo prometedor a la necesidad de la elaboración de una concepción única de la

profilaxis, no vertebrada en torno a sistemas del organismo o enfermedades aisladas, sino integrada a partir del hombre y su actividad social transformadora.

Jeyssa J. Sepúlveda González*, **Minerva J. Palacio Babilonia****,
Jesús A. Medina Martínez*** & **David J. Fortich Pérez******
Universidad Tecnológica de Bolívar / Colombia

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ACEPTACIÓN A LA VIOLENCIA ESCOLAR (EAVE)

61

Referencia Recomendada: Sepúlveda-González, J. J., Palacio-Babilonia, M. J., Medina-Martínez, J. A., & Fortich-Pérez, D. J. (2014). Construcción y validación de la escala de aceptación a la violencia escolar (EAVE). *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 61-81.

Resumen: La Violencia Escolar es el uso de la fuerza física o el poder en grado de amenaza o afectivo entre los miembros de una comunidad educativa producidos dentro de los espacios físicos del plantel o actividades que estén directamente relacionadas con lo escolar. A pesar de los instrumentos elaborados para su medición, en Colombia no existe uno que integre los distintos factores propuestos en el contexto evaluado. El propósito de esta investigación fue diseñar y validar una escala que mide la aceptación de la violencia en el ámbito escolar en estudiantes de secundaria. Participaron, de manera voluntaria y bajo consentimiento de los padres de familia, 842 estudiantes entre los 9 y 19 años de edad, de sexto a undécimo grado de bachillerato de una institución educativa de la ciudad de Cartagena- Colombia. Se encontraron cuatro factores finales y un alfa de Cronbach de 0,821. Los factores hallados evalúan la

justificación de la violencia física y psicológica en distintos motivos en los que ésta puede manifestarse por parte de los estudiantes según el sexo y la edad. Se recomienda aplicar de manera global o por separado, para uso investigativo en el contexto escolar o el desarrollo de programas de promoción, prevención e intervención.

Palabras Clave: Violencia escolar, Validación, Violencia psicológica, Consistencia interna, Cartagena.

Recibido: 9 de Diciembre de 2014

Aprobado: 30 de Diciembre de 2014

Agradecimientos: Agradecemos a todos los que hicieron posible este proyecto, a Dios, nuestras familias, a nuestro colega José Simancas Contreras, a los colegios que nos abrieron las puertas y al programa de Psicología de la Universidad Tecnológica de Bolívar y su Semillero de Investigación Desempeño, Salud y Desarrollo Humano.

Fecha de Inicio y Finalización del proyecto: Julio 2011 - Julio 2013

* Psicóloga egresada Summa Cum Laude de la Universidad Tecnológica de Bolívar con destacada participación en el Semillero de Investigación Desempeño, Salud y Desarrollo Humano. Correo electrónico: jeyjosego@gmail.com

** Psicóloga egresada Cum Laude, doble titulación en Comunicación Social de la Universidad Tecnológica de Bolívar con destacada participación en Semillero de Investigación Desempeño, Salud y Desarrollo Humano. Correo electrónico: minepb@hotmail.com

*** Psicólogo egresado de la Universidad Tecnológica de Bolívar, Minor en Psicología Organizacional. Correo electrónico: jesus.medina2812@outlook.com

**** Psicólogo, Magister en Salud Pública, Docente de la Universidad Tecnológica de Bolívar. Correo electrónico: dfortich@unitecnologica.edu.co

En la actualidad la violencia es considerada un problema de salud pública mundial y es definida de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, OMS (2002) en su Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o afectivo, contra uno mismo, u otra persona, o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (p. 3).

Este fenómeno se presenta en diferentes ámbitos, y no es ajeno al contexto escolar; la violencia en las escuelas hace parte de la violencia interpersonal, que es aquella infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos y que se puede presentar diferentes comunidades.

La Violencia Escolar (VE), como tema central del estudio, ha tomado una dimensión de problemática social que despierta el interés tanto de investigadores, docentes y personal administrativos de las instituciones (Ortega, Rey & Mora, 2001). Este fenómeno se define como aquella conducta que ocurre entre los miembros de una comunidad educativa (estudiantes, docentes, padres, personal administrativo) que se produce en los espacios físicos de la institución y en aquellos lugares o actividades que están directamente relacionados con lo escolar (Castillo, 2011).

Si bien en los países anglosajones al hablar de este tipo de violencia se suele remitir al término *bullying*, éste es una manifestación de la violencia que de acuerdo a Dan Olweus (2014) pionero en este tema, se presenta cuando hay una víctima expuesta a acciones agresivas por un par de manera reiterada y extendida en el tiempo, y con dificultad para defenderse, lo que implica un desequilibrio de poder o fuerza.

En efecto, si no se presentan esas características de manera conjunta, no se estaría hablando de bullying o matoneo (como también se le conoce en Colombia), sino de violencia escolar, ya que es un tipo de violencia que se da de forma puntual, que además de los pares incluye diferentes actores, y puede tener consecuencias psicológicas y sociales para las víctimas y victimarios (Cangas, Gazquez, Pérez-Fuentes, Padilla & Miras, 2007; Falcón, 2009; Ortega et. al., 2001).

Ahora bien, la aceptación de ciertos comportamientos tienen un carácter cultural y están determinados por el entorno en el que se presentan, es por eso que en muchos casos la conducta de las personas que tienen la intencionalidad de dañar a otro por cualquier motivo, no es vista como violenta, ya que está determinada por la valoración social de un observador (Fortich, 2011; Marthe, 2011; Reyes, 2005; Sierra, 2004; Walters & Parke, 1964). Así pues, la violencia institucionalizada por la cultura, es decir justificada y racionalizada por los individuos,

podría ser legitimada a través del aprendizaje social (Fernández, 2009; Tortosa & Panalva, 2004).

Por lo tanto, se puede comprender que la aceptación de la violencia en cualquier cultura está en atribuirle legitimidad y justificación al comportamiento violento en función del contexto y las reglas sociales institucionalizadas en esta. Lo anterior interviene en la aceptación de la violencia y más directamente en la justificación y autojustificación moral de la misma, que entre otras cosas es un factor psicosocial que se relaciona con el aprendizaje del comportamiento violento social (Fernández, 2009; Pueyo, 2005).

En ese sentido, se recurre a la negación de la conducta o bien, a la distorsión de la realidad del conflicto con el fin de justificar la violencia, ya que ésta no se acepta abiertamente. Por ejemplo, en algunos casos, los niños y adultos justifican la violencia, percibiéndola como legítima en defensa propia (Chaux, 2003; Fernández, 2009; Valadez, 2008).

De acuerdo a algunos autores (Barrio, Martín, Almeida & Barrios, 2003; Fernández, 2009; Mateo, Soriano & Godoy, 2009), entre los 9 y 14 años edad es cuando los niños y jóvenes se encuentran más vulnerables a ser maltratadores y maltratados siendo el punto más alto los 13 años de edad, por lo que se podría considerar este rango como un grupo crítico para los casos de violencia

escolar. De la misma forma, existen otros factores de riesgo para la aparición de conductas violentas de tipo escolar, familiar, social, político-económico y personal, tales como, impulsividad, bajo rendimiento escolar, sufrir castigos extremos o presenciarlos, falta de supervisión y vigilancia de sus padres y estar en compañía con compañeros delincuentes, vivir en barrios con altos índices delincuenciales y de pobreza extrema (Pueyo, 2005).

Lo anterior supone especial atención, ya que, siguiendo las ideas de Orue y Cavete (2010) los niños y adolescentes que están expuestos a la violencia en contextos como la casa y el colegio, o en lugares en donde se identifican más con las personas y donde pasan mayor parte del tiempo tienden a justificar mayormente la violencia a diferencia de los que no están expuestos constantemente. Asimismo lo indica Musher-Eizenman, Boxer, Danner, Dubow, Goldstein y Heretick (2004) y Saavedra, Villata y Muñoz (2007), los cuales precisan que existe una relación positiva entre la exposición a la violencia en el colegio, las creencias de justificación de la violencia y la conducta agresiva, es decir que entre más veces esté expuesto el niño a la violencia esto contribuirá al aprendizaje de conductas agresivas, lo que genera entre estos una justificación de la violencia percibida como natural o normal en su contexto.

Ante esto, diversas investigaciones (Del Prette & Del Prette, citado por Veccia,

Calzada, & Grisolia, 2010; Martínez, 2008; Valdiviezo, 2009) en las que se ha estudiado la relación entre la calidad de las relaciones interpersonales, la valoración de la escuela, el clima escolar y la violencia escolar, han dado lugar al diseño de diferentes estrategias para la prevención e intervención de la violencia escolar, tales como programas con perspectivas inclusivas de los diferentes contextos relacionados con el fenómeno (Albaladejo, 2011; Valdiviezo, 2009) o leyes que buscan regular la violencia escolar y fortalecer la convivencia en dicho entorno (Ley 1620 de 2013 en Colombia; Ley 20536 de 2011 en Chile; Ley 29719 de 2011 en Perú; Ley 12299 de 1999 en Argentina).

Lo anteriormente expuesto ha favorecido la realización de investigaciones referentes a ésta problemática, como la realizada por Chaux y Velázquez (2008), en la que se encontró que América Latina tiene los más altos índices de Violencia Escolar a nivel mundial. En Colombia, aunque los resultados arrojan que hay una ligera disminución de los casos con respecto a mediciones anteriores en colegios de la capital colombiana realizadas en 2006, 2011 y 2013, éstas cifras siguen siendo altas en comparación con otros países (superior al 15%) (Chaux, 2013; Secretarías de Educación Distrital, Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, Distrital de la Mujer & Universidad Distrital Francisco José de Caldas, 2013).

Por ejemplo, de acuerdo a la Secretaría de Educación de Bogotá, entre Enero y Septiembre de 2014 se presentaron 573 casos de violencia escolar en colegios públicos y privados, donde 290 de estos casos son de tipo físico y 215 son de tipo psicológico. Y de acuerdo a cifras oficiales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014), para el año 2013, del 52.15% de los reconocimientos médico-legales correspondientes a casos de violencia interpersonal, 4185 casos tomaron como escenario los centros educativos, cifra que ocupó el cuarto lugar dentro de los escenarios donde se registraron hechos violentos en ese año (Insuasty, 2014).

Así pues, por el contexto actual que vive el país y la comunidad internacional en materia de violencia escolar, existe la necesidad inminente de complementar los esfuerzos ya realizados con la creación de instrumentos psicométricos de la aceptación a la violencia escolar, que evalúen de forma breve y colectiva la percepción y justificación de la violencia en este contexto, teniendo en cuenta las diversas maneras en las que ésta suele manifestarse.

Ahora bien, al hacer una revisión de los cuestionarios que procuran medir o evaluar la Violencia Escolar a nivel mundial se pueden nombrar los siguientes: *Survey Exposure to Community Violence*, (SECV, Richters & Saltzman, 1990) y *Community Violence Exposure* (CEQ, Schwartz & Proctor, 2000) ambos cuestionarios buscan

establecer la relación de la violencia en el vecindario, y el primero además en casa y colegio, sus ítems incluyen preguntas relacionadas con las drogas, testigos de asesinatos, armas, disparos etc.

También podemos encontrar otros instrumentos como el *Agression Questionnaire* (AQ, Buss y Perry, 1992) el cual mide agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad a través de 29 ítems y cuyos factores tienen una confiabilidad entre 0.75 y 0.82 en aplicaciones femeninas. Por su parte, el Cuestionario de Problemas de Convivencia Escolar (CPCE; Peralta, Sánchez, Trianes y de la Fuente, 2003) mide las conductas destructivas y la indisciplina mediante 7 factores de primer orden y 3 de segundo orden: comportamiento antisocial y bullying, comportamiento indisciplinado, disruptivo y desinterés académico; hablar mal de otros, robos y engaños, con un total de 97 ítems. Este cuestionario se sustenta con un coeficiente Alfa global de 0.98, considerado altamente consistente.

En este orden de ideas, existen otros cuestionarios que miden la violencia interpersonal entre iguales relacionada con otros tipos de violencia escolar, como la violencia que proviene directamente del docente al alumno, conocida como Cuestionario de Violencia Escolar, CUVE (Álvarez, Álvarez, González-Castro, Núñez & González-Pienda, 2006). Este cuestionario presenta 5 factores de primer orden los cuales son: violencia de profesorado hacia el

alumnado, violencia física indirecta por parte del alumnado, violencia verbal de alumnado hacia el alumnado, violencia física directa entre alumnado y violencia verbal de alumnado hacia el profesorado y por último un factor de segundo orden que es: violencia escolar. Este cuestionario tiene una fiabilidad total de 0.926, considerada alta; aunque sus factores poseen índices menores, según sus autores pueden deberse al reducido número de ítems que los componen.

Los cuestionarios citados anteriormente evalúan la violencia desde distintos contextos tales como la casa, el colegio, el vecindario y/o barrio, la relación de los alumnos con el profesor y alumno entre alumno, no obstante, al abordar la violencia de la forma en la que la pretenden medir estos instrumentos psicométricos, se puede observar que no están incluyendo de forma directa y/o explícita los factores de riesgos asociados a la Violencia Escolar a la que puedan estar expuestos los niños y adolescentes de las instituciones educativas tanto de carácter privado como oficial del país.

El diseño de cuestionarios para la evaluación de los distintos fenómenos psicosociales como es el caso de la violencia escolar permiten que los investigadores implementen para su validación herramientas psicométricas que garanticen la calidad y la generalización de los resultados en la población objeto de estudio

de manera fiable. Entre las herramientas psicométricas para el análisis de los resultados se encuentra el *análisis factorial* que busca simplificar la información para correlacionarlas en componentes o factores comunes (Morales, 2013), y el índice de consistencia interna que permite determinar el grado en que los reactivos de una escala se correlacionan entre ellos y la magnitud con que se mide el mismo constructo (Campos & Oviedo, 2008).

Por todo lo anteriormente expuesto, en el presente trabajo de investigación se describe un nuevo instrumento de medición, denominado Escala de Aceptación a la Violencia Escolar (EAVE), diseñado primordialmente para medir la percepción de la violencia en el contexto escolar, a través de varios factores que incluyen principalmente la violencia física y psicológica. Se describe el proceso de elaboración y las características psicométricas del instrumento.

Método

Diseño

De acuerdo a sus características, este estudio pertenece a la categoría de diseño descriptivos instrumental (Montero & León, 2007). Se buscó diseñar y validar la Escala de Aceptación a la Violencia (EAVE), la cual mide la justificación que tienen los estudiantes de la violencia en el contexto escolar.

Participantes

Para la prueba piloto se tomó un primer grupo conformado por una muestra no probabilística de 30 estudiantes de secundaria de los grados 6° a 11°, con edades comprendidas entre 10 y 19 años que permitió el análisis y reestructuración de la versión final de la escala. Para la posterior aplicación, se tomó un nuevo grupo conformado por 134 estudiantes de los mismos grados del grupo del primer pilotaje con edades entre los 10 y 19 años. Y para la aplicación final se contó con una muestra no probabilística de 842 estudiantes entre los 9 y 19 años. La participación de la totalidad de la muestra estuvo sujeta a la firma del consentimiento informado de las directivas de las instituciones educativas y los padres de familia de cada estudiante.

Instrumento

La Escala de Aceptación a la Violencia (EAVE) es un instrumento creado por M. Palacio, J. Sepúlveda, J. Medina, J. Simancas y D. Fortich, con el objetivo de medir la aceptación a la violencia en el contexto escolar. Está dirigida a estudiantes de educación básica secundaria y media académica de instituciones educativas de la ciudad de Cartagena. Puede ser administrada de forma individual o colectiva y tiene una duración variable, de 15 a 20 minutos incluidas las instrucciones previas. La EAVE está diseñada con una escala de estimación sumatoria tipo *Likert*: Cinco

alternativas de respuesta que van en un continuo entre *Definitivamente no* a *Definitivamente si* para los 11 primeros ítems, y entre *Totalmente en Desacuerdo* a *Totalmente de Acuerdo* para los 6 ítems restantes.

Procedimiento

Fase 1. Construcción del instrumento. Se realizó la formulación del propósito de la prueba y la revisión bibliográfica y teórica de la violencia, así como de los instrumentos que se utilizan para medirla con el fin de determinar el tipo de ítems a desarrollar. Asimismo, se estableció la definición conceptual y operacional del constructo a medir; posteriormente se realizó un banco de preguntas para así analizar aquellos ítems con las características requeridas (Ej. Ortografía, redacción apropiada y sentido, relación con el tema) y de esta forma poder establecer los ítems que harían parte de la prueba piloto.

De manera específica, se desarrollaron ítems que midieran la aceptación de la violencia (física y psicológica) es decir, la forma como se percibe y hasta qué punto es aceptada cuando se dirige a sus pares o al mismo sujeto.

Luego del diseño de los ítems y formato de la prueba se revisó la redacción y estructura del instrumento por parte de un profesional en comunicación.

Fase 2. Prueba piloto. En la primera prueba piloto se aplicó el formato preliminar de ítems para su revisión ortográfica, léxica y de estructura. Se aplicó la versión de EAVE con 25 ítems a una muestra de 30 estudiantes de secundaria de una institución educativa de la ciudad de Cartagena, se observó el tiempo requerido y se atendieron las recomendaciones que surgieron en el proceso, tales como, condiciones de aplicación, redacción de algunos ítems y diseño del formato del instrumento.

Para el segundo pilotaje se atendieron las recomendaciones iniciales mencionadas y se aplicó el instrumento a una muestra de 134 estudiantes de otra institución educativa de la ciudad. En esta fase se verificaron nuevamente los posibles ajustes a la escala y se realizó el análisis exploratorio de las propiedades psicométricas para su aplicación con fines de validación.

En esta segunda fase se realizó la revisión de la escala por parte de un profesional en psicología.

Fase 3. Validación de EAVE.

Fase 3.1. Selección de la muestra. Luego de la presentación del consentimiento informado a los directivos y padres de familia se trabajó con los estudiantes cuyos padres permitieron su participación en la investigación al firmar el documento de consentimiento.

La realización de este proyecto se basa en la consideración de la *Ley 1090 DE 2006*, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones y más específicamente, de los artículos 36° sobre los deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional, (Parágrafo I. concerniente a la participación de menores de edad) y los artículos 49°, 50° , 51°, 52° y 56° relacionados con la investigación científica.

Fase 3.2. Recolección de la información. Se aplicó la Escala de Aceptación a la Violencia (EAVE), a los 842 estudiantes de sexto a undécimo grado que conformaron la muestra. Esto se realizó bajo las condiciones de aplicación establecidas por los autores y con previa sensibilización sobre la importancia de su participación en la investigación, así como su sinceridad a la hora de responder la escala.

Fase 3.3. Sistematización de la información. Se procesó la información obtenida con ayuda de los programas Microsoft Excel y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) 21 para los respectivos análisis estadísticos.

Fase 4. Estandarización. Se estableció la calificación de la escala por factores, para eso se tomó la desviación estándar y la media para determinar los valores de calificación o normas diferenciales.

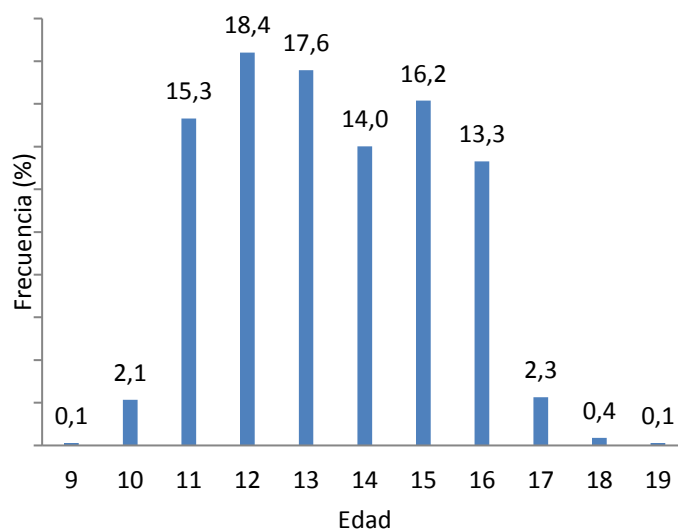
Resultados Construcción y Validación

Descripción socio-demográfica de la muestra

La muestra estuvo conformada por 436 mujeres (51.9%), y 404 hombres (48.1%), solo el 0.2% no reportaron el sexo.

Las edades de los participantes estuvieron entre 9 y 19 años con una media de 13,42; desviación estándar de 1,82 y un intervalo de confianza del 95% de $13,30 < \mu < 13,54$. Más del 90% de la muestra tenían edades entre los 11 y 16 años de edad (Figura 1.).

Figura 1. Distribución de la muestra en porcentaje según la edad.



En cuanto al nivel educativo, el 67.9% de la muestra se encuentra en los grados de sexto a noveno, los cuales conforman la Básica Secundaria, y el 32.1% restante (Décimo y Undécimo) integra el nivel Media Vocacional. En la tabla 1, se observa

detalladamente la distribución de la muestra de acuerdo a esta variable.

Tabla 1. *Distribución de la muestra según el grado*

Grado	Frecuencia	Porcentaje	Total
6	151	17.9%	572 (67.9%) Básica Secundaria
7	158	18.8%	
8	123	14.6%	
9	140	16.6%	
10	129	15.3%	270 (32.1%) Media Vocacional
11	141	16.8%	

Validez

Validez aparente. Se refiere a que la prueba parece medir lo que realmente mide, estando relacionada con los reactivos de la misma. La *validez aparente alta* hace referencia a que la prueba al ser revisada por los examinandos genera confianza en estos, debido a que los reactivos aparentemente miden lo que quieren medir, y la *validez aparente baja* hace referencia a que la prueba a simple vista no mide lo que en realidad dice medir (Cohen, 2001). Se consultó a un psicólogo con alto dominio sobre el tema de la violencia y manifestó que la prueba tiene una validez aparente alta, pero que el primer reactivo parecía medir agresión y no violencia, teniendo en cuenta su conceptualización de la agresión.

Cabe destacar que este mismo reactivo fue eliminado posteriormente a través del análisis factorial de la prueba, elaborado en el programa estadístico SPSS 21. Este reactivo se mantuvo hasta el análisis factorial ya que era congruente con la definición conceptual de la OMS expuesta por los autores.

Validez de constructo (análisis factorial). Esta validez hace referencia a si la prueba mide bien un solo constructo, correlacionando el promedio de la subprueba con las puntuaciones de ésta. La escala EAVE, arrojó, en un primer análisis, un determinante de 0.004, un KMO igual a 0.844 y un nivel de significancia en la prueba de esfericidad de Barlett de 0.0001. Además en la Matriz de Correlación Anti Imagen se tuvo en cuenta una medida de adecuación muestral superior a 0.50. Todo ello indicó la existencia de correlación entre los ítems y la posibilidad de seguir con el análisis factorial. Esto explica que, si la varianza de un ítems es compartida con la varianza de otro ítem, entonces son coherentes dentro del factor porque se relacionan positivamente, y si se adoptan con valores superiores a 0.50 hay mayor seguridad de que la relación entre los mismos esté bien definida (Morales, 2013; Pérez & Medrano, 2010).

Teniendo en cuenta los anteriores valores, se dio paso a la realización del análisis factorial para determinar cómo se agrupan los ítems y qué factor explica mejor la

correlación entre los mismos. Esto se hizo a través del análisis de componentes principales y el método de rotación Promax, buscando ítems con comunalidades superiores a 0.300, varianza mayor al 50% con autovalores superiores a uno.

Así pues, de acuerdo al cuadro Matriz de Estructura se eliminaron en su orden los ítems 22 y 2 ya que los valores que aportaban a la prueba eran bajos (inferiores a 0.300) De acuerdo con Morales (2013), un valor menor a 0.30 explicaría al menos el 10% del varianza; mientras que valores superiores a 0.50 tienen una clara relevancia y definen mejor el factor.

Con la eliminación de los reactivos mencionados y con otros que fueron eliminados, teniendo en cuenta el análisis de Fiabilidad (se describe más adelante), la prueba queda con un total de 17 ítems ubicados en 4 factores (Ver tabla 2) con rotación Promax y extracción de componentes principales, explicando una varianza total de 51, 229% con autovalores

superiores a 1; los supuestos para el análisis se cumplieron con un determinante de 0.017, un KMO y un nivel de significancia en la prueba de esfericidad de Barlett de 0.849 y 0.001 respectivamente y (Ver tabla 3).

Así pues, el primer factor está compuesto por 5 ítems referentes a la denuncia de la violencia cuando ésta se presenta de manera reiterativa y se denomina *Denuncia de violencia repetitiva*; el segundo factor denominado *Justificación por antecedentes de violencia física*, tiene 4 ítems relacionados con la justificación de la violencia cuando ha sido precedido por un episodio de violencia física; el tercer factor cuenta con 5 ítems referentes a la justificación de la violencia como medio para obtener algo y se denomina *Justificación de violencia por obtención de beneficio*; el cuarto y último factor tiene 3 ítems relacionados con la justificación de la violencia cuando ha sido precedido por un episodio de violencia psicológica y se denomina *Justificación por antecedentes de violencia psicológica*.

Tabla 2.
Matriz de Estructura

Item	Factores			
	<i>Denuncia de violencia repetitiva</i>	<i>Justificación por antecedentes de violencia física</i>	<i>Justificación de violencia por obtención de beneficio</i>	<i>Justificación por antecedentes de violencia psicológica</i>
4	,778			
5	,772			
1	,760	,336		
2	,615		,313	
10	,579		,305	
15		,842		,355
16		,819		,408
14		,812		,405
3	,363	,482		
6			,678	
7			,669	
11			,629	
8	,359	,302	,556	
9			,487	,326
12		,414		,777
13		,465		,721
17				,558

Tabla 3.
Características de validez y fiabilidad

Determinante	0,017
KMO	0,849
Prueba esfericidad de Barlett	
Chi cuadrado	3181,173
Sig.	0.001
Gl	136
% Varianza Explicada	51,229
Número de factores	4

Fiabilidad

La consistencia interna es una de las medidas principales de la fiabilidad, en esta escala se empleó el *Alpha de Cronbach* que

finalmente tomó un valor 0,821 considerado satisfactorio o alto, lo cual indica que el comportamiento de los reactivos es homogéneo, es decir consistente.

Teniendo en cuenta el Cuadro Estadística Total-Elemento se eliminaron en su orden los ítems 6, 24, 21, 1, 3 y 8 ya que al extraerlos aumentaban la confiabilidad de la prueba. (Procedimiento realizado paralelamente al análisis factorial). En la siguiente tabla se muestra el resultado final para los 17 ítems que conforman la prueba.

Tabla 4.
Estadístico Total-Elemento para los 17 ítems finales

Ítems	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿Si a un compañero lo golpean frecuentemente tú darías aviso al profesor?	0,482	0,808
2. ¿Si un compañero te golpea frecuentemente tú darías aviso al profesor?	0,406	0,813
3. ¿Si están pateando a un compañero, tú llamas a los demás compañeros para presenciar la pelea?	0,368	0,815
4. ¿Si están pateando a un compañero, das aviso a un profesor para que intervenga?	0,511	0,806
5. Si a un compañero(a) lo amenazan constantemente, tu darías aviso a un profesor	0,409	0,812
6. Está bien golpear a alguien para obtener lo que se quiere	0,360	0,816
7. Suponga que está en el salón de clase y un compañero(a) es agredido físicamente por otros compañeros; ¿te unirías a la agresión física hacia él?	0,300	0,818
8. ¿Aceptarías que algún compañero(a) del salón ridiculizara a otro para poder reír él y sus amigos?	0,428	0,811
9. ¿Aceptarías que algún compañero(a) de salón te ridiculizara para poder reír él y sus amigos?	0,202	0,822
10. Si te amenazan constantemente, tu darías aviso a un profesor	0,349	0,816
11. Está bien intimidar a alguien para obtener lo que se quiere	0,330	0,816
12. Si un compañero(a) habla mal de otro(a), está bien que éste último le grite?	0,389	0,814
13. Si un compañero(a) habla mal de otro(a), está bien que éste último lo golpee	0,490	0,808
14. Suponga que a un compañero A le pega un compañero B, está bien que el compañero B le devuelva el golpe?	0,555	0,802
15. Si un compañero(a) te golpea, está bien que tú lo golpees	0,570	0,801
16. Está bien golpear si me han golpeado primero	0,564	0,802
17. Está bien pelear con los demás?	0,295	0,819

Con el mismo proceso se realizó el análisis de fiabilidad para cada factor, el cual arrojó valores para el Alpha de Cronbach entre 0.55 y 0.76 (Ver tabla 5) siendo los factores *Denuncia de violencia repetitiva* y *Justificación por antecedentes de violencia física* aquellos que mostraron valores superiores a 0.70 que, de acuerdo a Oviedo y Campo (2005), es el valor mínimo aceptable para un coeficiente Alpha de Cronbach. No obstante, existe literatura que respalda valores de Alpha de Cronbach iguales o superiores a 0.60, especialmente cuando se refiere a nuevas escalas (Cortina, 1993; Nunally, citado por Baba y Shaari, 2013).

Tabla 5.
Ítems que componen los factores y su respectivo coeficiente de confiabilidad

Factor	Confiabilidad
<i>Denuncia de violencia repetitiva</i> : 1, 2, 4, 5, 10	($\alpha = 0.748$)
<i>Justificación por antecedentes de violencia física</i> : 3, 14, 15, 16	($\alpha = 0.766$)
<i>Justificación de violencia por obtención de beneficio</i> : 6, 7, 8, 9, 11	($\alpha = 0.603$)
<i>Justificación por antecedentes de violencia psicológica</i> : 12, 13, 17	($\alpha = 0.558$)

Teniendo en cuenta la amplitud de la muestra del estudio, se realizó adicionalmente el análisis de confiabilidad estratificado, tomando el género y el nivel educativo (donde Básica Secundaria comprende los grados de sexto a noveno, y Media Vocacional, los grados décimos y undécimo).

En ese sentido, en cuanto al género, se puede notar que todos los factores tienen mayor Alpha de Cronbach en los hombres

que en las mujeres, y que los dos primeros factores arrojaron mayores valores de confiabilidad tanto en hombres como en mujeres (Ver tabla 6).

Tabla 6.
Confiabilidad de los factores por género

Factores	Mujeres	Hombres
<i>Denuncia de violencia repetitiva</i>	$\alpha = 0.720$	$\alpha = 0.757$
<i>Justificación por antecedentes de violencia física</i>	$\alpha = 0.733$	$\alpha = 0.758$
<i>Justificación de violencia por obtención de beneficio</i>	$\alpha = 0.483$	$\alpha = 0.620$
<i>Justificación por antecedentes de violencia psicológica</i>	$\alpha = 0.548$	$\alpha = 0.620$

Por otra parte, los factores *Denuncia de violencia repetitiva* y *Justificación por antecedentes de violencia física* nuevamente mostraron, aunque aceptables, mayores valores de confiabilidad en ambos niveles educativos estudiados (Ver tabla 7).

Tabla 7.
Confiabilidad de los factores por nivel educativo

Factores	Básica Secundaria	Media Vocacional
<i>Denuncia de violencia repetitiva</i>	$\alpha = 0.723$	$\alpha = 0.777$
<i>Justificación por antecedentes de violencia física</i>	$\alpha = 0.764$	$\alpha = 0.749$
<i>Justificación de violencia por obtención de beneficio</i>	$\alpha = 0.628$	$\alpha = 0.539$
<i>Justificación por antecedentes de violencia psicológica</i>	$\alpha = 0.542$	$\alpha = 0.596$

Teniendo en cuenta que los dos primeros factores presentaron un Alpha de Cronbach más alta en general y para las variables sexo y nivel educativo, se procedió a realizar análisis factorial de los mismos con el fin de explorar sus propiedades psicométricas por separado. A continuación se presentan los resultados para los factores *Denuncia de violencia repetitiva* y *Justificación por antecedentes de violencia física*. (Ver tabla 8. y 9.)

Tabla 8.

Análisis Factorial a los factores Denuncia de violencia repetitiva y Justificación por antecedentes de violencia física

Determinante	0,078
KMO	0,811
P. Barlett Sig.	0.001
% Varianza	55,132
Confiabilidad	$\alpha = 0,782$

Tabla 9.

Matriz de Estructura

Ítem	Factor	
	Denuncia de violencia repetitiva	Justificación por antecedentes de violencia física
1	,747	,321
2	,631	,215
3	,368	,424
4	,776	,294
5	,755	,163
10	,602	,160
14	,244	,855
15	,279	,862
16	,258	,859

Calificación

La calificación de EAVE se realiza por medio del puntaje convertido (el cual toma valores de 1 a 3) de la puntuación bruta para cada uno de los 4 factores que conforman la escala así:

Tabla 10.

Criterios para la calificación de los resultados de EAVE

Factor	Puntaje Bruto	Puntaje Convertido	Interpretación
Factor 1. Denuncia de Violencia Repetitiva	$X \leq 12,40$	1	No denuncia la violencia
	$12,41 \leq X \leq 17,57$	2	No siempre denuncia la violencia
	$17,58 \leq X$	3	Siempre denuncia la violencia
Factor 2. Justificación por antecedentes de Violencia Física	$X \leq 7,44$	1	Justifica la violencia por antecedentes de Violencia Física
	$7,45 \leq X \leq 13,52$	2	No siempre justifica la violencia
	$13,53 \leq X$	3	No justifica la violencia
Factor 3. Justificación de la violencia por obtención de beneficios	$X \leq 12,47$	1	Justifica la violencia por obtención de beneficios
	$12,48 \leq X \leq 15,46$	2	No siempre justifica la violencia
	$15,47 \leq X$	3	No justifica la violencia
Factor 4. Justificación por antecedentes de Violencia Psicológica	$X \leq 6,96$	1	Justifica la violencia por antecedentes de Violencia Psicológica
	$6,97 \leq X \leq 10,11$	2	No siempre justifica la violencia
	$10,12 \leq X$	3	No justifica la violencia

Nota. El valor de X corresponde a la sumatoria de las puntuaciones de los ítems que componen cada factor.

Discusión

Uno de los aspectos que más llaman la atención son las diferencias que muestran los géneros en la justificación y reacción ante la violencia. En el primer factor de EAVE, *Denuncia de violencia repetitiva* se obtuvo, con una diferenciación no tan amplia, una mayor confiabilidad en hombres ($\alpha=0.757$) que en mujeres ($\alpha=0.720$). No obstante, ambos superan los valores mínimos aceptados para un coeficiente de confiabilidad, según Oviedo y Campo (2005).

Ahora bien, de acuerdo con Basile (c.a 2010), denunciar el acoso y la intimidación, que hacen parte de la violencia, no están dentro del imaginario social como una forma de defender los derechos, y son muy recientes las consideraciones que se tienen para penalizarlo. Sin embargo, en ese imaginario si está presente que, desde una visión familiar, el que tiene el poder está autorizado para ejercer la violencia hacia el que no lo tiene y que a cambio recibe su silencio.

Asimismo, la indefensión de la víctima depende de la forma en que se presente la violencia, ya sea privada, donde solamente interviene la víctima y el victimario, o pública, donde se incluyen otros actores, que aunque sean pasivos participan del aprendizaje obtenido por los hechos observados. Así pues, en un acto público es más fácil recibir apoyo y que éste sea

denunciado, mientras que en uno privado, si la víctima no lo comunica queda impune (Ávila, 2013).

En ese sentido, desde el contexto escolar, EAVE evalúa situaciones en las que los estudiantes, hombres y mujeres, serían capaces de denunciar la violencia.

Respecto a la *justificación de la violencia por obtención de beneficios*, otro factor de este instrumento, se tiene que hay una diferencia en los valores de Alpha de Cronbach de 0.628 en el grupo de estudiantes de básica secundaria y de 0.539 en el grupo de media vocacional.

Uno de los aspectos que se destacan en la justificación de la violencia por parte de los escolares, son los esquemas que ha ido formando el niño a lo largo de su crecimiento y madurez. Así pues, de acuerdo con Orue y Calvete (2012), un niño expuesto a la violencia puede llegar a la conclusión de que la agresividad es apropiada para solucionar los conflictos y obtener lo que desea, por ende la aceptación de ésta como medio para lograrlo será un predictor de su conducta violenta. Estos esquemas pueden ser aprendidos mediante su propia experiencia u observando a otros, y podrían transformarse de acuerdo a la educación que reciban a lo largo de su historia familiar y/o académica.

Por lo anterior, se recomienda que al evaluar este factor se tenga en cuenta el contexto familiar de los estudiantes antes de hacer un análisis de los resultados obtenidos.

De acuerdo a estos mismos autores, la victimización de los niños por parte de cualquier agresor es la principal causa de conductas agresivas proactivas y reactivas, siendo las primeras, aquellas conductas que se ejercen con el objetivo de conseguir algo, mientras que las reactivas son aquellas motivadas por la acción de defenderse de un evento violento. Así pues, los niños que son víctimas de violencia en cualquier contexto justifican la misma dando lugar a una interpretación distorsionada de la realidad social y por consiguiente, a la generación de más hechos de este tipo.

Con relación a los resultados de confiabilidad de acuerdo al género, en el caso de los factores correspondientes a los tipos de violencia (física y psicológica), tenemos que para el segundo factor del instrumento, *Justificación por antecedentes de violencia física*, se obtuvo un índice de alfa de Cronbach de 0.758 para los hombres y de 0.733 para las mujeres; asimismo, para el cuarto factor, *Justificación por antecedentes de violencia psicológica*, se muestra un mayor valor para los hombres ($\alpha = 0.620$) que para las mujeres ($\alpha = 0.548$).

Lo anterior puede mostrar las diferencias en las formas y/o maneras de expresar o de sentir la violencia en el aula de clases, por ejemplo, autores como Romera, Del Rey, y Ortega (2011) y Romero (2012), expresan que la violencia física en las aulas de clase está más asociada a los varones que a las niñas, debido a que estas últimas recurren a otro tipo de violencia que va acompañada de gestos, palabras hirientes que podrían ser apodosos estigmatizantes, el rumor, el chisme entre otras expresiones de esta violencia sutil que podrían catalogarse como violencia psicológica. A pesar de esto último que expresan los autores, el alfa de Cronbach nos da un índice mucho más alto para los varones que en las niñas en el factor relacionado con violencia psicológica, lo que podría significar que las niñas utilizan la violencia psicológica pero no son conscientes de su conducta ya que esta se produce de forma natural.

Entre tanto, se evidencia una variación en los índices de confiabilidad para los dos primeros factores, *Denuncia de Violencia Repetitiva* y *Justificación por antecedentes de Violencia Física*, los cuales presentaron un mayor valor de Alpha de Cronbach (superiores a 0.70). Llama la atención que estos factores están conformados principalmente por ítems relacionados con violencia física, lo cual es consistente con diferentes estudios (Albaladejo, 2011; Artavia, 2014; Shaikh, Viveki & Halappanavar, 2014) en los que se plantea una mayor identificación de la violencia física que de la

psicológica, debido a que las conductas enmarcadas dentro de este tipo de violencia son más observables, lo cual facilita su caracterización.

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue diseñar y validar un instrumento que permita medir la aceptación de la violencia en el ámbito escolar en estudiantes de secundaria, de manera específica, establecer la validez aparente y la validez de constructo por medio del Análisis Factorial; y determinar la consistencia interna por medio del Alfa de Cronbach.

La escala incluye ítems concernientes con la forma como los estudiantes ven la violencia (percepción) y hasta qué punto o qué tipo de violencia es aceptada (justificación), todos ellos haciendo referencia tanto a situaciones dirigidas hacia el sujeto como hacia algún par.

El análisis factorial confirmatorio llevado a cabo, permitió establecer 4 factores que dan lugar a la evaluación de distintos aspectos de la aceptación de la violencia, en el caso de la consistencia interna, el instrumento tomó valores satisfactorios o superiores a 0.80 (Oviedo y Campo, 2005). Esto hace que la escala pueda ser empleada con diferentes objetivos y en distintos ámbitos de investigación.

Sin embargo, al tomar los datos de confiabilidad por separado de los 4 factores de EAVE se nota una diferencia entre ellos, siendo los dos primeros aquellos con mejor índice de Alpha de Cronbach (superiores a 0.70). Si bien esto muestra diferencias a nivel de los factores específicos, no supone la alteración de las propiedades de la escala para su aplicación de manera global.

Lo anterior permite la aplicación del instrumento general y de estos dos factores por separado, así como contemplar la posibilidad de analizar el comportamiento de los ítems que conforman esos factores en otras condiciones por medio de un posterior estudio del instrumento.

De acuerdo a los diferentes análisis realizados usando el paquete estadístico SPSS a la Escala de Aceptación a la Violencia (EAVE) se puede concluir que ésta es confiable y válida, y que puede ser aplicada en el ámbito educativo con miras a evaluar cómo estudiantes de secundaria perciben y aceptan la violencia en el contexto escolar. Futuras investigaciones permitirán revisar las propiedades psicométricas en un rango más amplio, además, permitirán el estudio de su utilidad en el desarrollo de programas de intervención, promoción y/o prevención.

Referencias

Albaladejo, N. (2011). *Evaluación de la Violencia Escolar en Educación Infantil y Primaria*. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante, España.

Álvarez, L., Álvarez, D., González-Castro, P., Núñez, J., & González-Pienda, J. (2006). Evaluación de los Comportamientos Violentos en los Centros Educativos. *Psicothema*, 18, 686-695.

Artavia, J. (2014). Percepción de estudiantes del I ciclo de enseñanza general básica acerca de la violencia escolar. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 14, 1-23.

Ávila, J. (2013). *El acoso escolar en Educación Primaria en la provincia de Huelva* (Tesis doctoral). Universidad de Huelva, Huelva, España. Recuperado en Dialnet.unirioja.es.

Baba, H. & Shaari, J. (2013). Confirmatory factor analysis (CFA) of first order factor measurement model-ICT empowerment in Nigeria. *International Journal of Bussines Management and Administration*, 24, 81-88.

Barrio, C., Martin, E., Almeida, A., & Barrios, A. (2003). Del maltrato y otros conceptos relacionados con la agresión entre escolares, y su estudio psicológico. *Infancia y Aprendizaje*, 26(1), 9-24.

Basile, H. (c.a 2010). Violencia escolar. Recuperado del sitio web <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/violenciaes.pdf>.

Buss, A. & Perry, M. (1992). The Aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.

Campos, A & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Redalyc.org*, 10, 831-839.

Cangas, A., Gazquez, J., Perez-Fuentes, M., Padilla, D., & Miras, F. (2007). La Evaluación de la Violencia Escolar y su Afectación Personal en Una Muestra de Estudiantes Europeos. *Psicothema*, 19, 114-119.

Castillo, L. (2011). El acoso escolar. De las causas, origen y manifestaciones a la pregunta por el sentido que le otorgan los actores. *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 4 (8), 415-428

Chaux, E. (2013). Violencia escolar en Bogotá: Avances y retrocesos en 5 años. *Documento de Trabajo EGOB n° 5*. 1-47.

Chaux, E. (2003). Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia *Revista de Estudios Sociales*, 15, 47-58.

Chaux, E. & Velásquez, A.M. (2008). Violencia en los colegios de Bogotá: Contraste internacional y algunas recomendaciones. *Revista Colombiana de Educación*, 55, 13-37.

Cohen, R. & Swerdlik, M. (2001) *Pruebas y evaluación Psicológica*. México: McGraw Hill

Cortina, J. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.

Falcón, M. (2009). La Violencia Escolar, ¿Violencia Social? *Revista Electrónica de Psicología Política*, 6(19), 91-96

Fernández, I. (2009). *Justificación Y Legitimación De La Violencia en La Infancia. Un Estudio Sobre La Legitimación Social De Las Agresiones En Los Conflictos Cotidianos Entre Menores*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Fortich, D. (2011). *Influencia de los determinantes socio demográficos en la percepción sobre el uso de la agresión física por la población colombiana: a partir de la encuesta nacional de salud 2007*. (Tesis de Maestría). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014). Datos oficiales sobre la violencia en Colombia en el 2013. *Forensis 2013: Datos para la vida*, 1, 19-76.

Insuasty, J. (2014). Violencia Interpersonal. *Forensis 2013: Datos para la vida*, 1, 285-332.

Ley 1620. (2013). *El sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar*. Congreso de la Republica; Bogotá, Colombia.

Ley 20536 (2011), Ley Sobre Violencia Escolar. Ministerio de Educación; Santiago de Chile, Chile. Recuperado desde <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1030087&idVersion=2011-09-17>

Ley 29719 (2011). Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas, Congreso de la República, Perú. Recuperado desde <http://www.educacionenred.pe/noticia/?portada=7961>

Ley 12299 (1999). Ley Sobre la Creación del Programa Provincial de Prevención de Violencia Escolar, Senado y Cámara de Diputados, Argentina. Recuperado desde <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-12299.html>

Marthe, A. (2011). Violencia interpersonal, diferentes formas de presentarse: ¿Es prevenible y evitable? *Forensis 2011: Datos para la vida*, 1, 354-364.

Martínez, B. (2008). *Ajuste Escolar, Rechazo y Violencia en Adolescentes*. Servei de Publicacions. Universitat De Valencia, Valencia, España.

Mateo, V., Soriano, M., & Godoy, M. (2009). Un Estudio Descriptivo sobre el Acoso y Violencia Escolar en la Educación Obligatoria. *Escritos de Psicología*, 2(2), 43-51.

Montero, I. & León, O. (2007). Guía para nombrar los estudios de Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 847-862.

Morales, P. (2013). *El Análisis Factorial en la Construcción e Interpretación de Tests, Escalas y Cuestionarios*. Universidad Pontificia Comillas; Madrid, España.

Musher-Eizenman, D., Boxer, P., Danner S., Dubow, S., Goldstein, S. & Heretick, D. (2004). Social-cognitive mediators of the relation of environmental and emotion regulation factors to children's aggression. *Aggressive Behavior*, 30, 389-408.

Olweus, D. (2014). *Violence Prevention Works, Recognizing Bullying*. Estados Unidos: Hazelden Foundation. Recuperado de http://www.violencepreventionworks.org/public/recognizing_bullying.page

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la*

Salud: Resumen. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Ortega, R., Rey, R. & Mora, J. (2001). Violencia entre escolares conceptos y etiquetas verbales que definen el fenómeno de maltrato entre iguales. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 41, 95-113.

Orue, I. & Cavete, E., (2010). Elaboración y Validación de un Cuestionario para Medir la Exposición a la Violencia en Infancia y Adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 279-292.

Orue, I. & Calvete, E. (2012). La Justificación de la Violencia como Mediador de la Relación entre la Exposición a la Violencia y la Conducta Agresiva en la Infancia. *Psicothema*, 24(1), 42-47.

Oviedo, H. & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente Alpha de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24, 572-580.

Peralta, J., Sanchez, M., Trianes, M., & de la Fuente, J. (2003). Estudio de la Validez Interna y Externa de un Cuestionario Sobre Conductas Problemáticas para la Convivencia Según el Profesor. *Psicología Saúde & Doenças*, 4, 83-96.

Pérez, E. & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases conceptuales y

metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2, 58-66

Pueyo, A. (2005). *Violencia Juvenil: Realidad Actual y Factores Psicológicos Implicados*. Grupo de Estudios Avanzados en Violencia, Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

Reyes, J. (2005). *La Agresividad y Violencia en los Juegos de los Niños Durante el Recreo Escolar*. (Tesis de grado).Secretaria de Educación Pública. Universidad Pedagógica Nacional. Chihuahua; México.

Richters, JE & Saltzman, W. (1990). *Survey Of Children`s Exposure to Community Violence,(SECV); Parent Report*. Rockville, MD: National Institute Mental Health. Rockville.

Romera, E., Del Rey, R. & Ortega, R. (2011). Factores Asociados a la Implicación en Bullying: Un Estudio en Nicaragua. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 161-170.

Romero, D. (2012). *Representaciones Sociales de la Violencia Escolar entre Pares, en Estudiantes de Tres Instituciones Educativas Públicas. De Bogotá, Chía, Sopó, Cundinamarca*. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia; Bogotá D.C.

Saavedra, E., Villata, M., & Muñoz, M. (2007). Violencia Escolar: La Mirada de los

Docentes. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*, 2(15), 39-60.

Schwartz, D. & Proctor, J. (2000). Community Violence Exposure (CEQ) and Children`s Social Adjustment in the School Peer Group: The Mediating Roles of Emotion Regulation and Social Cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 670-683.

Secretarías de Educación Distrital, Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, Distrital de la Mujer & Universidad Distrital Francisco José de Caldas (2013). Encuesta de Clima Escolar y Victimización en Bogotá. Recuperado desde http://www.redacademica.edu.co/archivos/redacademica/proyectos/pecc/centro_documentacion/caja_de_herramientas/serie_3_sistemizacion/encuesta_de_clima_escolar_y_victimizacion_2013.pdf

Shaikh, F., Viveki, R. & Halappanavar, A. (2014). Psysical and Verbal Aggressive Behaviour Pattern Among School Children in Urban Area of North Karnataka: A Cross Sectional Study. *JKIMSU*, 3 55-62

Sierra, C. (2004). *Violencia Escolar. Perfiles Psicológicos de Víctimas y Agresores*. Instituto de Neurociencias Aplicadas INEA. Bogotá;Colombia.

Tortosa, M. & Penalva, C. (2004). Las Violencias en América Latina. *El pulso de América Latina*, 405-428

Valadez, I. (2008). *Violencia Escolar: Maltrato entre Iguales en Escuelas Secundarias de la Zona Metropolitana de Guadalajara*. México: Dirección de psicopedagogía-Universidad de Guadalajara. Recuperado desde http://cvsp.cucs.udg.mx/drupal6/documentos/violencia_escolar_libro.pdf

Valdiviezo, P. (2009). *Violencia Escolar y Relaciones Intergrupales Sus Prácticas y Significados en las Escuelas Secundarias Públicas de la Comuna de Peñalolén en*

Santiago de Chile. Universidad de Granada, Granada.

Veccia, T., Calzada, J., & Grisolia, E. (2010). La Percepción de la Violencia Entre Pares en Contextos Escolares: Un Estudio Cualitativo. *Anuario de Investigaciones*, 15, 159-168.

Walters, R & Parke, R. (1964). *Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence*. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 231-276). Nueva York, Academic Press.

Luego de un par de años como terapeuta de pacientes en el sector público (red ¹SENAME y atención de consultorios), nace en mí la necesidad de preguntarme y desarrollar un escrito relacionado con la ética de la intervención, desde la lógica psicoanalítica asociada a estos contextos. A partir de aquello resuenan en mi cabeza algunas preguntas que desarrollare con respecto al que hacer de un terapeuta en estos ámbitos. En este sentido, es destacable comprender que muchas veces los terapeutas que trabajamos en instituciones públicas, nos vemos colapsados en formas de intervención que aparecen desbordadas de reglas formales a priori (reglas técnicas), de un deber hacer frente a la intervención, con un estatuto que llamaremos moral, vale decir, que se sustenta en objetivos, tiempos e intervenciones a priori con respecto a los pacientes. Hechos que nos llevan a recordar algunos pensamientos Nietzscheanos asociados a la *"cultura del rebaño"* donde los terapeutas nos transformamos en algo así como rebaños de los parámetros de una intervención, sometidos a una serie de reglas formales que nos roban la creatividad de cada acto terapéutico, vale decir, antítesis de lo que para mí es una intervención. Es ahí, cuando en este instante de duda, frustración y desasosiego, aparece la idea de un cuestionamiento sobre algunos nudos

¹ Servicio Nacional de Menores, institución estatal que supervisa y pone en marcha diferentes programas de intervención en la infancia, teniendo como base, la prevención y reparación de la vulneración de los derechos del niño.

asociados al ámbito de la intervención en el sector público. *¿De qué hablamos cuando hablamos de técnica?* Y *¿qué queremos enunciar cuando hablamos de tratamiento?* *¿Cómo el sometimiento y las formas de funcionar reactivas a las imposiciones formales asesinan nuestra vitalidad?* Por todo lo anterior es necesario y comprensivo recurrir a ²Winnicott, quien ya ha hablado acerca de este tema.

Para comenzar debemos entender que este psicoanalista abre un campo nuevo en la forma y estilo de una intervención, por un lado este autor hizo su clínica en hospitales públicos mayormente, en consecuencia perteneció a nuestro contexto de trabajo, esto le fue entregando una forma de intervenir donde el *"encuadre psicoanalítico"* no es tomado sólo como un espacio delimitado por ciertas reglas a priori, establecidas y a las cuales debemos someter al paciente, en efecto, hacerlo rebaño de una técnica y a la vez generar en los terapeutas un sentimiento de pertenencia enfermiza alguna escuela psicoanalítica. Sino por el contrario, este autor enfatizó el encuadre como el espacio mental que el

² Psicoanalista inglés que logró mediar entre el mundo interno y el mundo exterior para entender la psiquis humana, rescatando la idea de ambiente como espacio en el cual anida la constitución del psiquismo en términos sanos y patológicos. Su ideas centrales gravitan en torno al juego, la creatividad, la ilusión, la cultura y básicamente el vínculo de la madre con su hijo en la primera infancia de éste, donde el autor rescata la idea de que "el bebé no existe", para explicar la unión de la madre con su hijo, rescatando a la vez, la idea de "madre suficientemente buena".

terapeuta logra brindar, dando un énfasis más bien al *ser* del terapeuta, que en el *deber hacer* del mismo, vale decir, dando un acento particular en la posición ética desde la que se interviene, más que desde su posición moral, como hombre que cree que sabe porque maneja un conocimiento.

Cuando pienso en este hombre que se maneja con su conocimiento, y que cree que la intervención viene asociada sólo al conocer una técnica, se me viene a la cabeza instantáneamente un hombre dentro de una cárcel con barrotes de oro, que simbolizan el deber hacer. Es como que de esta manera lo que garantiza el buen camino de un proceso terapéutico, no solo se relaciona con los tópicos técnicos asociados a una interpretación en un tiempo y sonido (tonalidad de lo dicho) por ejemplo, sino a generar un marco de confianza necesario, real y vivo que pueda lograr crear un espacio de transición entre el afuera-adentro, en el cual se pueda decir y hablar libremente, donde el análisis que aparecería en lo *"invisible"* (tomando prestadas palabras de Coloma) como consecuencia de ese ser del terapeuta que facilita mediante la generación de un ambiente propicio, la interpretación que puede ser pensada y no sentida como una indoctrinación ni un abuso hacia el aparato psíquico del paciente. De esta manera, cada paciente tiene que ser escuchado y hablado de una manera singular, desadaptándolo de una técnica normalizante y fútil, encarnada en lo nefasto y muerto, ir a dicha sesión

como Bion (1966) describe, *"sin memoria y sin deseo"*, como si fuere la primera vez, y es ahí cuando la técnica y las reglas formales esclavizantes y enfermantes deben ser flexibilizadas por la ética de la intervención.

Cada paciente es un mundo y en ese rodar en el mundo el terapeuta se hace mundo, de un mundo, se transforma en un ambiente difuminado que otorga aquello que a edad temprana faltó, sea con una interpretación, un gesto, un consejo etc. Dependiendo lo que ese paciente en particular necesite. La idea de este autor o lo que rescato del bajo relieve de la superficie de su escritura, o de la profundidad a la vista que señalan sus simples pero profundas ideas, es que en lo posible, no intentemos trabajar con una técnica a la cual el paciente debiere adaptarse sin paradojas ni cuestionamientos, propios del trabajo de análisis, sino que nosotros como terapeutas, vale decir y esto aunque sea lógico hay que repetirlo; trabajamos con el sufrimiento humano de mayor intimidad, en este contexto nunca hay que perder de vista que para trabajar necesitamos obligatoriamente que desarrollar y mantener una lectura del inconsciente del analizado, sin perder lógicamente, la cotidianeidad del discurso.

Por ejemplo, si aparece en alguna sesión temas orales, asociados a una madre que pudiéramos denominar devoradora, o que la vinculación del niño con la misma, en donde dicha madre no permite el encuentro del niño con su *"verdadero ser"* y aniquila su

acto de espontaneidad tratando al sujeto como un objeto, no obstante lo anterior, para intervenir en el sector público, no podemos perder de vista que esa oralidad quizá tiene que ver no tanto con la relación materna desde un punto de vista psíquico-simbólico, sino más bien con carencias reales y económicas que pueden estar asociadas a falta de alimentación en la casa, vale decir, siempre estar pensando al paciente desde lo Inconsciente, pero sin perder la narrativa de lo cotidiano. Con esta idea de escuchar lo cotidiano del paciente, me refiero a no dejar de lado el enunciado, lo que se dice, el discurso consciente, pues si lo pensamos, al tratar de buscar lo inconsciente, el significante, la fantasía inconsciente, sin tener en cuenta la persona de la cual se emite lo antes mencionado, caemos en una especie de terapia que está en función de la teoría analítica y no en función del paciente y su singularidad. No puedo dejar de recordar que en mi formación como psicólogo, tuve por primera vez que aplicar un instrumento proyectivo. C.A.T. a una niña de un colegio municipal de la comuna de la pintana. En la primera lamina que dice relación con la oralidad y la relación materna, la niña respondió con profundas angustias asociadas a la repartición de la comida y la necesidad de llenarse por la misma, con una especie de rivalidad agresiva frente al tema materno etc. Cuando presenté la respuesta de la niña en la supervisión del test, sin indagar en el contexto familiar, la profesora hábilmente según ella, pienso yo, me refirió

que existía una especie de angustia de aniquilación frente a la ausencia de la madre y el deseo de la muerte de hermanos en tal competencia, y que los alimentos eran una manera de satisfacción afectiva que giraba en torno a la figura de la madre nutricia.

Cuando refiero el contexto de vida de la niña, vale decir, lo que tiene que ver con su cotidianeidad y no con su elaboración simbólica de esa lamina, para sorpresa de la profesora, esta niña sufría de carencias afectivas, pero también de carencias reales asociadas a la falta de dinero para alimentarse en la casa, por tanto la profesora dio énfasis a la interpretación de lo inconsciente dejando factores de la persona reales que afectaban dicha respuesta, por tanto, su manera de entender el sufrimiento fue más bien enalteciendo la teoría y eliminando la singularidad de la realidad de esa niña. No puede intentar el psicoanálisis adular lo inconsciente si no se transita por lo que atraviesa a ese paciente en toda la esfera de su existencia.

En resumen es de suma importancia resaltar que a algunos analistas se les olvida que la esencia del trabajo terapéutico está en escuchar los ruidos de lo inconsciente en las notas de la conciencia, vale decir, escuchar en el discurso manifiesto del paciente, en la elaboración secundaria de sus sueños por ejemplo, los pensamientos latentes del mismo, es ahí, en esa literalidad, en esa ominosa literalidad de lo cotidiano donde se encuentra anudado, maquillado y hasta

con-fundido el sujeto de lo inconsciente. Esta manera de escuchar lo primario en lo secundario es lo que nos hace romper con la idea de profundidad, puesto que la profundidad desde esta escucha se encuentra en la superficie, vale decir, en la superficialidad podremos encontrar lo enigmáticamente significativo. Es en las cadenas asociativas que se encuentran en la superficie de nuestro psiquismo donde se crean las relaciones de sentido que nos arrastran hacia lo inconsciente, eso me parece que es el método psicoanalítico.

Otro punto a rescatar es que de alguna manera hay que lograr en el proceso de análisis ir transformándonos en un ambiente suficiente que permita mediante la sobrevivencia del terapeuta en dicho proceso, que se diga lo que no se puede decir fuera de éste. Citando a ³(Coloma 2012), *"En modelos teóricos psicoanalíticos, frecuentemente se citan o utilizan como si verdaderamente correspondieran a las realidades que buscan ilustrar, y tenemos así analistas que más que interpretar en un terreno de incertidumbre, "ven" lo que estás suponiendo con tales interpretaciones [...] pareciera ser que aquello que señala Bion como "angustia ante el desconocimiento" juega un rol potente en el abordaje del saber. Aunque habría que considerar también la variable narcisista, que alimenta el deseo de*

constituirse en alguien para el cual no existen los enigmas. Esto, aunque la propia posición teórica se sustente en el enigma o la incertidumbre". Por esto, los analistas debieren más bien tolerar la angustia de desconocimiento que padece el psicoanálisis en su saber, tolerar el caos, la zona **"informe"**, sostener el lugar donde no hay que esforzarse por buscar un sentido semejante al saber, sino que soportar la falta de sentido para abrir caminos de comprensión. En el mismo ámbito cabe entender sencillamente que es la mente humana la que crea el psicoanálisis y ya desde ahí sería psicótico pensarlo como un ente portador de verdad totalitaria, son sólo hilachas de efectos de verdad del cómo pasan las cosas lo que el psicoanálisis puede enunciar en su discurso del saber, sin dejar de ser cierto que esas experiencias llamadas verdades existen

Siguiendo con las ideas precedentes podemos entender el gran giro teórico que potenció Winnicott en lo que respecta al trabajo con el paciente del así mencionado **"Sector Público"**. Puesto que, antes de estas ideas, los terapeutas psicoanalíticos eran especies de espejos inertes en los cuales el paciente proyectaba todo el manantial de su inconsciente, y ellos tenían que no ser influidos por los sentimientos que los pacientes les despertaban, no responder a sus demandas, traducir e interpretar los contenidos, levantar resistencias etc. Entendiendo que somos sujetos de la cultura, o sujetados por la misma, no es

³ Psicoanalista chileno, fundador del Instituto Chileno de Psicoanálisis (ICHPA) docente universitario, autor de varios libros y ex docente en mi formación, con el cual muchas ideas de este texto están en gran deuda con su enseñanza.

menor que pensar el psicoanálisis o una intervención desde la lógica que les acabo de mencionar asociado a lo público, es prácticamente un suicidio, un crimen y porque no hasta una enfermedad. Es la cultura la que nos entrega el lugar desde donde pensar y repensar continuamente la posición que jugamos con ese otro, que sufre y que en definitiva está buscando ser escuchado, aconsejado, contenido, escandido etc. En efecto, este crimen tiene que ver con cierto narcisismo del terapeuta y de su necesidad imaginaria de reconocimiento de una escuela, de una institución o de una técnica, que lo hace tener la fantasía mesiánica de poseer la verdad. Por el contrario con las ideas acá enunciadas, se rescata la elaboración de que el paciente en las condiciones que consulta ya tiene bastante con su angustia y sus contradicciones, y además paga para que se "hagan cargo" de sus problemas. Es el terapeuta quien debe permitir que las cosas se desarrollen y también marcar los límites y elegir las variables cuali y cuantitativas de las diferentes formas de expresión de afectos, emociones e impulsos de él en relación a lo que el paciente necesite por el solo hecho de ser un sujeto irrepetible y singular, vale decir, rescatar la diferencia versus la universalidad. Para aquello vuelvo a Jaime Coloma, quien nos propone como eslogan psicoanalítico: *"hacer un psicoanálisis para el paciente y no un paciente para el psicoanálisis"*. Parafraseando esto, con la idea central de este escrito podría ser algo así como;

"realizar una intervención para el paciente y no un paciente para la intervención, ni para la estadística mensual". Etc. En otras palabras pasar de una técnica que indica cómo trabajar a priori, a un tratamiento que desde una lectura psicoanalítica entre el saber y el sentir del analista con respecto a ese paciente, debe irse jugando aquello que llamamos intervención. Ya con la idea anterior podemos recurrir a Winnicott quien nos plantea en 1954 que *"[...] convendrá que tengamos claramente la diferencia entre la técnica y la ejecución del tratamiento. Es posible llevar a cabo un tratamiento con una técnica limitada y, a la inversa, con una técnica altamente evolucionada es posible fracasar en la puesta en práctica del tratamiento"*. Para concluir esta idea creo que cuando las reglas formales tanto de la institución en la cual se trabaja, o de la escuela a la cual se toma como referente para intervenir en la salud mental, logran obnubilar al terapeuta y asesinar de paso algo singular del paciente por ser tratado como objeto de una técnica o de una institución, es algo que se pierde de la verdad de ese paciente, por el hecho de estar dentro de esa cárcel con barrotes de oro que mencionamos. En cambio si la técnica es flexibilizada en pro de ese paciente, lo que aparece es la idea de tratamiento, en la cual el paciente se transforma en sujeto y a la vez aparece su singularidad y el encuentro con su deseo.

Lo que expongo, básicamente debe ser entendido desde la idea de que la técnica es

un conjunto de reglas que rigen un proceso, reglas que tienen la desventaja de aparecer y de estar dentro del mundo intrapsíquico del terapeuta por el sometimiento ya sea narcisista o por la necesidad de reconocimiento que lo saca imaginariamente de una posición de desvalimiento infantil, o sencillamente por una moral castradora de ciertos trabajos en el sector público que no permiten desplegar la novedad y la creatividad propios del acontecer en el trabajo con seres humanos, por sus enfermantes reglas técnicas.

La técnica presenta su dañino encanto por presentarse, o más bien escenificarse como un *conoci-miento* acerca del paciente antes de un primer contacto, es una especie de desvelamiento a priori de lo que se debe hacer. En este contexto la técnica es un concepto obsoleto y la teoría *"letra muerta"*, ya que la teoría al estar regida por parámetros a priori en su instrumentalización técnica pierde la vitalidad y la espontaneidad que necesita la intervención. Por el contrario cuando hablamos de tratamiento, lo entendemos como un conjunto de herramientas versátiles que el terapeuta elige guiado por una espontaneidad teórica, vale decir, intervenir desde la concepción de tratamiento implica que el terapeuta está en constante situación de riesgo, pues, sus intervenciones nos son guidas a priori, sino que las intervenciones son acertadas, siempre y cuando el saber del terapeuta no asesine su sentir, es la posición del terapeuta

la que guía la intervención, es su particular lectura del paciente, *"ese depende donde se pone la oreja o el ojo"* o ese *"depende de donde se aprecie"* es de donde la intervención juega su papel. Ya re-conocido es el intento de algunas escuelas psicoanalíticas y de instituciones de salud públicas que buscan enaltecer de una manera obsesiva los parámetros técnicos, haciendo una especie de paciente tipo del psicoanalista, situándolo como una categoría DSM o CIE 10, que habla mucho más de la *"angustia de desconocimiento"* del terapeuta acerca de su paciente y de la necesidad de llenar números de ingresos en las institución de salud, en vez de generar herramientas para trabajar con el dolor de ese paciente, hacer desaparecer el proceso, en pro del resultado. Estos instrumentos sirven como desorientador con respecto al sujeto y potenciador del yo.

Todos sabemos que detrás del depresivo, obsesivo, ansioso, existe una historia, una posición subjetiva, que no puede ser alcanzada por dichos instrumentos que más que reconocer el dolor de un paciente y su padecer, lo que hacen es satisfacer números e ingresos de objetos a una *"ilusión de cura"* de su padecer en el trabajo de los terapeutas en el así llamado *"sector público"*.

Muchas veces haciendo de estos pacientes especies de objetos de la técnica y de un sistema que ofrece algo que si no es creado o inventado el terapeuta (algo que realmente va cansando en estos trabajos)

solo se entiende como un evento aislado en la vida del paciente, que le desconoce en vez de reconocer. En este contexto, cada interpretación es más bien una confirmación de la teoría, que un efecto de verdad en el paciente.

Ya es conocida por muchos las limitaciones que tiene que ir pasando un terapeuta que trabaja en el sector público, por una parte, las limitaciones temporales, vale decir, el tiempo del reloj y el calendario que ocupa en un paciente. Desde esta lógica temporal, es clave entender, que el tiempo de una intervención es lógicamente un tiempo que apunta más bien a una temporalidad psíquica, que a una temporalidad externa y por tanto cada paciente tiene su lógica temporal distinta arraigada en la raíces de su psiquismo y por tanto entendiendo lo anterior la versatilidad de los tiempos de intervención debe ser adaptable al proceso psíquico del paciente, más que a su tiempo cronológico. El análisis es un instante de reparación que solo puede ser comprendido a posteriori, solo puede ser resignificado y entendido después.

Una intervención se juega en el terreno de un enigma, solo con posterioridad podrá esbozarse el sentido de la misma. En un después, que se enmarca en un presente, la intervención es y se juega en el terreno del eterno presente, pero su sentido siempre está en el porvenir, el porvenir paradójicamente que busca rescatar un pasado que nunca fue presente. Estas ideas

son las que me hacen meditar acerca de entender el trabajo terapéutico más bien desde una atemporalidad.

Otro aspecto importante a rescatar en el encuentro con la necesidad de análisis en los pacientes del sector público, donde existe una especie de inercia psíquica en el vivir y por-venir de nuestros pacientes, donde estos no demandan el análisis, sino más bien reniegan del mismo. Estos pacientes en los cuales no hay movimiento, donde su deseo camina por veredas de vacuidad, permiten que nosotros logremos trabajar la flexibilidad y la tolerancia del analista en la contratransferencia. Además existen pacientes muy identificados con diagnósticos. Recuerdo una paciente de 33 años entra a sesión y me refiere *"hola soy depresiva"* a lo que le respondo *"que extraño yo creí que eras Andrea"* vale decir, sacarla de esa posición de objeto o de identificación yoica (imaginaria) y situarla en el terreno de su nombre, de su posición de sujeto o quizá simplemente con esta intervención abrir el campo para trabajar no con el depresivo, pero si con Andrea que sufre, pero que no sabe por qué sufre. O también se escuchan las continuas frases de entrada a sesión *"el médico me mando"* *"yo no debería estar acá"* *"y usted en que me puede ayudar"* *"las simples palabras de nada servirán"* *"vine obligada"* *sólo vengo para que me den mis fármacos"* *"esto es perder el tiempo"* *"palabras, palabras, palabras"* como dice Hamlet. Con estas escenas comunicacionales que son propias de la

ausencia de demanda de análisis o de lo insoportable que puede ser hablar de aquello que aún no tiene nombre, nos encontramos muchas veces los analistas que ejercen en el sector público y que no es necesario resolver, pero si tolerar su existencia, vele decir, entenderlas como un enigma, saber que algo significa, pero no intentar darles sentido inmediatamente, trabajar con ello, y el sentido aparecerá por defecto a posteriori.

Lo que intento exponer o quizá aproximarme a una exposición es que dentro del ámbito de lo público, lo privado y en general en cualquier contexto donde la psicoterapia advenga, es necesario repensar el análisis y las intervenciones como una situación particular, en la cual un sujeto (psicólogo, terapeuta, psicoanalista) logra adaptarse lenta y trabajosamente a las necesidades del paciente, siendo permeable y creativo en su posición simbólica con respecto al otro que busca o encuentra ayuda. Es el análisis una posibilidad de crecimiento siempre y cuando a los analistas no se nos pierda el norte de nuestro narcisismo, no nos coagulemos en alguna teoría que arrebate la movilidad de nuestros encuentros y pensamientos (técnica) y que siempre desbordemos lo necesario para ese paciente los parámetros institucionales en el área de salud. Por último, pienso que nunca las oleadas de nuestro ser deben ser desterradas por una especie de dispositivo moral o técnico (reglar formales de los

trabajos en el sector público), vale decir, somos objetos útiles e inútiles para el padecer y en definitiva para ayudar a ese otro que sufre y que porta un sufrimiento accesorio a su vida. Que a la vez que nos revela su dolor (va al consultorio) también lo esconde (no desea hablar de ello). Al parecer y para finalizar siempre *"ello es más que yo"* somos superados por una excentricidad que nos gobierna y que solo gracias a otro (terapeuta, amigo, cura, carabinero etc.) que manifiesta una escucha comprometida podemos llegar a entenderla, y ese saber sobre nosotros favorablemente será siempre a medias.

Henry Daniel Vera Ramírez *

Corporación Universitaria Minuto de Dios / Colombia

ANÁLISIS DEL DISCURSO Y MEMORIA EN LA AFASIA DE BROCA Y LA AFASIA DE WERNICKE

92

Referencia Recomendada: Vera-Ramírez, H. D. (2014). Análisis del discurso y memoria en la afasia de Broca y la afasia de Wernicke. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 92-118.

Resumen: En la semiología médica, las afasias ocupan un lugar importante y su estudio adquiere relevancia en la medida en que se puede apoyar el diagnóstico y la rehabilitación realizando una articulación con la lingüística. En este campo, el análisis del discurso puede aportar elementos claves para posibles análisis multidisciplinarios, permitiendo de igual manera una mayor comprensión de estos trastornos y una mejora en la calidad de vida de los afectados. En este sentido, se parte de los aportes de la sociolingüística, en especial de los planteamientos de los estudios del discurso desde la llamada Escuela conversacional Norteamericana, la cual desde variados autores aborda el uso del análisis del discurso con poblaciones especiales, ofreciendo propuestas metodológicas que aportan al investigador del campo, posibles salidas integrales en el plano de la recuperación de pacientes con estas afectaciones. El presente artículo, intenta ofrecer una visión muy general de los avances teóricos y de las propuestas que existen acerca de la relación entre análisis del discurso y afasia.

Palabras Clave: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Análisis del discurso, Pares adyacentes, Turnos conversacionales, Marcadores discursivos.

Abstract: In medical semiology, aphasia has an important place and its study becomes relevant in so far as it may support the diagnosis and rehabilitation conducting a joint with linguistics. In this field, discourse analysis can provide clues to possible elements multidisciplinary analysis, similarly allowing a better understanding of these disorders and improved the quality of life of those affected. In this sense, it is part of the contributions of sociolinguistics; especially the approaches of studies of discourse from the call conversational American School, which from various authors address the use of discourse analysis with special populations, providing methodological proposals afford the investigator the field, possible solutions in terms of comprehensive recovery of patients with these effects. This article attempts to provide a very general overview of the theoretical and proposals that exist on the relationship between discourse analysis and aphasia.

Key Words: Broca's Aphasia, Wernicke's Aphasia, Discourse Analysis, Adjacency pairs, Conversational Shifts, Discourse markers.

Recibido: 11 de Julio de 2014

Aprobado: 16 de Diciembre de 2014

* Docente de la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Correo electrónico: davera01@yahoo.com - hveraramire@uniminuto.edu.co

Introducción

El presente artículo, intenta ofrecer una visión muy general de las propuestas que existen acerca del análisis del discurso y la memoria con poblaciones especiales, sobre todo con afásicos. En la primera parte se recurre a la semiología médica, para las definiciones pertinentes a las afasias, principalmente las relacionadas con afectaciones en las áreas de Broca y Wernicke. En mayor profundidad, en esta parte se establece un breve marco histórico sobre el estudio de las afasias, desde los aportes de autores como Ardila (2006) y Ardila y Benson (1996). Luego se analiza la relación entre los sistemas fonético y fonémico y las correlaciones existentes entre la afasia y los tipos de errores cometidos en cada sistema, con el apoyo de autores como Hills *et al.* (2002); Ash *et al.* (2010) y Bastiaanse y Van Zooneveld (2005).

Posteriormente se analiza la relación de la afasia con la memoria, especialmente, teniendo en cuenta los planteamientos de la llamada Escuela Soviética con autores como Luria (1985, 1986, 1991) y Tsvetkova (1972, 1988). Luego se introducen conceptos relacionados con el análisis del discurso, desde una perspectiva sociolingüística con autores como Schegloff (1971, 1974, 2007), Pietrosemoli (2007), Fox *et al.* (1996), seguido de la relación entre la afasia e instrumentos de la sociolingüística, como son: los turnos conversacionales, los pares adyacentes, los marcadores discursivos y la

entrevista sociolingüística, dentro del marco de los tipos de tratamiento para la rehabilitación de los pacientes con este tipo de afectaciones, con un enfoque multidisciplinar, propuesto por Villodre y Morant (2007). El artículo finalmente, se propone sugerir algunos campos de posible investigación y sugiere unas consideraciones finales que más que establecer conclusiones o afirmaciones cerradas, buscan generar preguntas sobre la relación entre afasias y discurso abordando ejemplos de los campos de estudio posibles formulando algunos puntos de reflexión frente a este amplio campo de estudio que implica una relación interdisciplinaria entre lingüística, psicología y medicina.

Sobre la Entidad Clínica

Ardila (2006), en el Libro sobre las afasias, establece un referente histórico para el estudio de las mismas, considerando como la primera aproximación conocida sobre una alteración del lenguaje con daño cerebral, el año 3.500 A.C. en el Antiguo Egipto. Sin embargo, la primera referencia que reconoce ya de manera más clara la influencia que tiene la lesión cerebral en las pérdidas verbales se encuentra en el Corpus de Hipócrates, presumiblemente escrito cerca del año 400 A.C. (Benton, 1964). Hipócrates dividió la afasia en dos clases de alteraciones: *afonos* y *anaudos*. Durante el imperio Romano, se describió el primer caso de alexia traumática. Ya en los siglos XV - XIX se encuentran descripciones de

patologías del lenguaje; una de ellas es la realizada por Antonio Guaneiro, quien en el siglo XV describe dos pacientes afásicos, uno de ellos con un lenguaje fluido parafásico y el otro con una afasia no fluida.

Ya en el siglo XIX aparece una multiplicidad de descripciones relacionadas con las consecuencias de los daños cerebrales sobre la conducta. Bouillaud en 1825, clasificó dos tipos de patologías del lenguaje. La primera llamada articularia y la otra llamada amnésica, lo que podríamos denominar hoy y como se verá más adelante las formas motora y sensorial de la afasia. Lordat en 1843, propuso una dualidad semejante que permitía distinguir la pérdida en la competencia lingüística para producir palabras (*asineria verbal*), diferenciada de la pérdida para recordar las palabras (*amnesia verbal*). Hasta este punto, se encuentran en términos generales, descripciones parciales y el germen de una incipiente clasificación.

Ya en el siglo XVIII y comienzos del siglo XIX Franz Gall formula una teoría que iba a tener vital importancia; afirmaba que los hemisferios cerebrales estaban compuestos por *órganos independientes* en los cuales estarían ubicadas cualidades de tipo intelectual y moral. En la región orbital de los lóbulos frontales, se ubicaba el lenguaje.

Esta visión frenológica, puede considerarse como la protociencia de lo que actualmente conocemos sobre las áreas cerebrales que

afectan el lenguaje. El principal aporte de la frenología, en concepto de Ardila (2006), probablemente sea el hecho de que plantea, -si bien no muy precisamente-, que toda la actividad cognoscitiva, es el resultado de la actividad cerebral. Posteriormente en el siglo XIX, más precisamente en París en el año de 1861, se suscita un debate sobre la relación existente entre la capacidad intelectual y el volumen limitado del cerebro. En el mes de Abril de ese mismo año, se realizaron estudios sobre el cadáver de un paciente que había perdido el lenguaje. Esta observación evidenció una lesión importante en la zona frontal posterior y Paul Broca argumentó y puso en evidencia la importancia de las teorías localizacionistas. Dentro de los argumentos de Broca se encontraba que la capacidad para hablar podría encontrarse en la porción inferior posterior del lóbulo frontal.

Más adelante Broca estableció el hecho de que sólo el hemisferio izquierdo se encontraba afectado en los casos de pérdida de lenguaje. Broca afirmaba en 1865: "*La afemia se relaciona con lesiones de la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo del cerebro*" (Citado en Ardila, pág., 17). Constituyéndose éste en un hito en el estudio de las patologías del lenguaje. A partir de tal hallazgo se genera un intenso debate en torno a la denominación de esta alteración del lenguaje que en principio fue llamada *afemia*, con anteriores denominaciones

como por ejemplo *alalia*. Trousseau que en el año de 1865, impugnó el término de *afemia* al que relacionó con el concepto de infamia, lo reemplazo por la palabra *afasia*, que hasta el día de hoy se conserva.

Un segundo hito en el avance de las teorías localizacionistas, se presentó en el año de 1874, con la publicación de la tesis doctoral de Karl Wernicke. Este joven estudiante alemán, propuso una clasificación de dos tipos de afasia. Por un lado la afasia motora y por otro la sensorial. Posteriormente formuló la existencia de un tercer tipo de afasia que denominó como afasia de conducción. Más adelante junto a Lichtheim formuló un modelo de clasificación de las afasias que hasta el día de hoy se ha conocido como el esquema de Lichtheim - Wernicke. Para Sabe *et al.* (2008): "*el Esquema Lichtheim – Wernicke, asume la existencia de dos centros del lenguaje, uno sensorial y otro motor, interconectados mediante vías directas e indirectas, los cuales estarían a su vez conectados con un tercero, denominado centro conceptual* (Sabe, 2008, pág., 454). Este hecho popularizó posteriormente la aparición de estudios que buscaban establecer correlaciones anatómicas con los diferentes tipos de afasias y esquemas referentes o diagramas para su explicación. Así la relación patología – centro cerebral, comenzó a estudiarse, gracias al análisis de individuos *post - mortem*.

Las correlaciones encontradas entre los datos clínicos y la patología existente, terminaron por abonar un terreno para qué términos como el de imagen auditiva, esquema verbal, ceguera psíquica, encontrarán una ubicación en determinadas zonas a nivel cerebral. De hecho, -solo por poner un ejemplo-, se propuso un *centro de la escritura*, un *centro de las imágenes auditivo – verbales* y un *centro de la lectura*, entre otras. Como se observa en este breve recorrido histórico, los aportes de Wernicke y Broca fueron y siguen siendo fundamentales en el estudio de las afasias. Sin embargo Ardila (2006), resalta la influencia de otros investigadores entre los que se encuentran: Lichtheim (1885), Charcot (1877), Bastian (1898), Kleist (1934) y Nielson (1936).

Para adentrarnos ya en las características de la afasia, podríamos afirmar siguiendo a Hills *et. al* (2002), que la afasia es definida como: "*aphasia are classically designated as cortical deficit, language deficits of hemispatial neglect following lesions to the basal ganglia, thalamus or other subcortical regions have been reported in many single case reports and case series* (Hillis *et. al*, 2002, pág., 1094). En términos generales, Freeman Kaplan y Sadock (1984), definen la afasia como la pérdida de la capacidad, ya sea gradual o total, de producir lenguaje. Consiste en una incapacidad para pronunciar palabras y nombres y de indicar el uso de objetos habituales. Es un concepto que reúne y que hace referencia a todos los trastornos del

lenguaje y de la comunicación. Las afasias pueden dividirse en formas llamadas motoras (o expresivas) y formas sensoriales (o receptivas). En las primeras, la comprensión se mantiene intacta, pero se pierde el lenguaje, mientras que en las segundas se pierde la comprensión. En la mayoría de los déficits de lenguaje se encuentra una combinación tanto de elementos motores como sensoriales. Las afasias son debidas sobre todo a lesiones cerebrales. Para estos mismos autores, existe un criterio común y generalizado en el que se atribuye este tipo de trastornos a tres causas básicas: (i) un accidente cerebrovascular, o llamado *ictus*, producido generalmente por una isquemia, (ii) un traumatismo craneoencefálico, generalmente producido por un accidente y (iii) y en último lugar, -siendo esta la causa menos frecuente-, infecciones producidas por abscesos cerebrales o encefalitis (Freeman, Kaplan y Sadock 1984).

Errores y Producción Discursiva

La alteración de tipo orgánico, produce en pacientes afásicos errores en la producción discursiva, que implican, por lo tanto, un análisis de la relación que existe entre esa producción discursiva y los errores tanto a nivel fonémico, como a nivel fonético que se producen en el lenguaje. A este respecto, los estudios realizados por Hillis *et al* (2002) demuestran que:

- (i) That pure subcortical infarctions are associated with cortical hypoperfusion in subjects with aphasia/neglect;
- (ii) That reversal of cortical hypoperfusion is associated with resolution of the aphasia, and
- (iii) That aphasia/neglect strongly predicts cortical ischemia and/or hypoperfusion.

Este estudio fue realizado con ciento quince (115) pacientes del Hospital John Hopkins en la ciudad de Baltimore, incluía ochenta (80) pacientes con lesión en el hemisferio izquierdo y treinta y cinco (35) con lesión en el hemisferio derecho, con un rango de edad entre veintitrés (23) años hasta los ochenta y seis (86) años, con una media de la edad de sesenta y un (61) años. A este grupo de pacientes se aplicó la siguiente batería de tests:

- (i) Oral and written naming of picture objects (n = 34 items).
- (ii) Oral naming of objects with tactile input (n = 17 items).
- (iii) Oral reading of words (n = 34 items) and pseudowords (n= 25 items).
- (iv) Spelling to dictation of words (n= 34) and pseudowords (n=25).
- (v) Spoken word/picture verification (n=51 items).

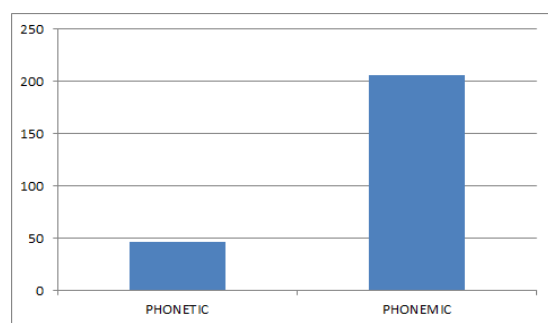
Para esta prueba cada dibujo fue presentado con conceptos semánticamente cercanos (por ejemplo, cake/pie), o cercanos desde el punto de vista fonológico (por ejemplo cake/snake) y con la palabra correcta (cake/cake). Siguiendo con otro grupo de pruebas de la siguiente manera:

- (vi) Written Word/picture verification with semantic and visual foils and correct matches, as described with n = 51 items.
- (vii) Repetition of words (n = 34) and pseudowords (n = 25).
- (viii) Discrimination of spoken words versus pseudowords (lexical decision).
- (ix) Spoken yes/no questions (five syntactically complex, five syntactically simple sentence structures) with no contextual cues to assist comprehension of the questions (e.g. Are lemas red?).
- (x) Description of the *cookie theft* picture from the Boston Diagnostic Aphasia Examination

Las asociaciones encontradas entre afasia y pacientes con infartos en las regiones subcorticales fueron evaluadas encontrando entre estas una importante correlación. Afirma el estudio más adelante: "*Subcortical infarction may cause aphasia or neglect either directly or through disruption of subcortical –cortical circuits, or may simply be temporally associated with cortical*

hypoperfusion that causes aphasia or neglect" (Ibid, pág, 1095). Para el primer análisis, el estudio seleccionó sujetos los cuales habían sufrido lesiones en el área subcortical en la masa blanca y en el tálamo. Como ya se había afirmado, había treinta y cinco (35) pacientes con lesiones exclusivas en el hemisferio izquierdo. En todos estos casos la afectación fue en el córtex izquierdo de la arteria media cerebral (MCA). Por otro lado, Ash *et al.* (2010), realizan un estudio de los errores producidos por población afásica con PNFA, progressive form of non – fluent aphasia. En el estudio se abordaron dieciséis (16) pacientes, por medio de material narrativo con el uso de dibujos en blanco y negro. Ash y *et al.* diferencian entre el sistema fonético o *phonemics*, entendiendo con este el conjunto o sistema de los fonemas de una lengua. En palabras de éste autor: "*a phoneme is an abstract unit of speech which has psychological salience for the speaker*" (Ash *et al.*, 2010, pág., 2). Y el sistema fonético o *phonetics*, es el estudio de la realización física del sonido en el discurso. En la caracterización de los errores en el discurso, realizada por este autor, se distinguen estos dos niveles: el sistema abstracto de los sonidos en el lenguaje y el nivel concreto de la realización de los sonidos en el discurso. De tal manera que se pueden también distinguir dos tipos de errores: el error fonémico (phonemic error) y el error fonético (phonetic error). Un error fonémico ocurre cuando una persona produce un sonido, el cual está bien

formado, en el sentido de ser un fonema de la lengua, pero no es claramente entendible o anticipable para quien escucha. Por ejemplo: ...*coming out the gar (jar)*, cuando en realidad se quería decir: *coming out the bar*. Los errores fonéticos ocurren cuando el sonido de la pronunciación, por ejemplo de una palabra existe en el lenguaje. Los sujetos utilizados en el estudio de Ash *et al.*, incluían un rango de edad, de entre diez (10) años hasta sesenta y nueve (69) años. Los hallazgos encontrados sugieren que el número de errores es mucho mayor a nivel fonémico que fonético. En la siguiente gráfica (gráfica 1), se observan los errores diferenciados en el estudio de Ash *et al.* (2010). Siendo cuarenta y seis (46) de tipo fonético y doscientos seis (206) de tipo fonémico.



Gráfica 1. Errores de tipo fonético y de tipo fonémico en el estudio de afásicos con PNFA. Tomado de Ash *et al.* (2010).

El estudio demuestra, por tanto, la manera en que las sustituciones como errores más comunes tienen que ver con el sistema fonémico, es decir con la realización física del discurso pronunciado, lo que supone, - como se verá más adelante-, por tanto la

preponderancia del nivel articulatorio en la rehabilitación y la posible importancia de la conversación discursiva en la misma. La **afasia** es entonces, una perturbación del lenguaje debida a un trastorno cerebral orgánico. La característica que se impone es la incapacidad de expresar verbalmente los pensamientos. Al ampliar los tipos de afasia discriminados anteriormente, pueden encontrarse otros dos tipos:

- a. *Afasia Motriz*: consistente en la incapacidad de hablar, aunque la comprensión, -como ya se advirtió-, se conserva.
- b. *Afasia sensorial*: que incluye la incapacidad de comprender el significado de las palabras o la utilidad de los objetos que se usan en la vida cotidiana.
- c. *Afasia nominal*: consistente en la incapacidad de encontrar el nombre correcto de un objeto.
- d. *La afasia sintáctica*: consistente en la incapacidad de disponer las palabras en la secuencia correcta (Freeman Kaplan y Sadock, 1984, pág., 825 – 826).

Como se analizará luego, estas afectaciones generalmente provocan en el individuo alteraciones relacionadas con el discurso y pueden generar problemas de memoria en el largo y corto plazo. Aquellos individuos que presentan capacidades bajas en memoria de trabajo, por ejemplo, tienden a mostrar dificultades con la coherencia del

discurso y la cohesión en la mayoría de los géneros del discurso, ya que es difícil para ellos mantener y relacionar información previa con nueva información (Sánchez y Pérez, 2005, pág. 25).

Por otro lado, en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), se hace referencia a una alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas -lectura, escritura o habla-, debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje. Se hace referencia a trastornos que se inician en la infancia, la niñez y la adolescencia, relacionadas con *la Comunicación*⁴-no expresamente la afasia, como entidad clínica-, entre los que figuran: trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo - expresivo, trastorno fonológico, -antes llamado de la articulación-, y el tartamudeo. En estas entidades médicas, se mencionan los tipos de afasias como indicadores de los trastornos ya descritos. Los tipos de afasias abordadas en el manual son: la **afasia** adquirida, que se asocia a una enfermedad médica y que es generalmente transitoria, la **afasia de Wernicke** o **Afasia acústico - amnésica del tipo II** y la **Afasia de Broca**.

La segunda, la **Afasia de Wernicke** o **acústico - amnésica**, se produce por una lesión en áreas temporo - parietales (área

de Wernicke). Se caracteriza por un déficit para la comprensión, presentándose en el paciente un habla fluida, pero totalmente desprovista de sentido. Los individuos con este tipo de afasia pueden hablar con oraciones largas (*logorrea*), expresión verbal abundante y continua que hace en muchos casos, difícil interrumpir al paciente (Sánchez Pedraza y Rodríguez, 1998, pág., 99). En el caso de los pacientes con esta *afasia* el discurso no tiene ningún significado y tienden a agregar palabras innecesarias y *neologismos*, creando términos nuevos o empleando la reconsideración de varias palabras que sólo resultan comprensibles para el sujeto debido a su valor simbólico particular (Sánchez Pedraza y Rodríguez, 1998, pág., 100). Como se verá posteriormente en los estudios de la profesora Pietrosevoli (2007), estos pacientes tienden además a cambiar unas palabras por otras, fenómeno conocido como *parafasia*. Esto hace que su habla alguna vez haya sido denominada como "*de ensalada de palabras*". En algunos casos el número de sustituciones puede ser tan grande que hace que el habla sea ininteligible, fenómeno conocido como *jergafasia*.

Por ejemplo, alguien con *afasia de Wernicke* puede decir: "*Usted sabe que el pichicho locucio y que quiero rodearlo y atenderlo como usted desea anteriormente*", pero lo que en realidad quiere decir es: "*el perro necesita ir fuera, así que lo llevaré a dar un paseo*". Las personas con afasia de Wernicke

⁴ Definidos en el manual como *Trastornos de la Comunicación*.

tienen generalmente grandes dificultades para comprender y entender el habla incluyendo la propia. Por lo tanto, no son conscientes de los errores lingüísticos que se cometen al comunicarse, fenómeno conocido como *anosognosia*.

En esta afasia, el grado de alteración de la comprensión lectora es muy variable, pudiendo en algunos casos llegar a utilizarse la lectura como método compensatorio en la rehabilitación. Estos individuos por lo general no presentan ninguna debilidad corporal porque su lesión cerebral no está cerca de las partes del cerebro que controlan los movimientos. La afasia de Wernicke también ha sido denominada como afasia sensorial, afasia receptiva, afasia central, entre otras. Sus características principales, se asocian con un lenguaje expresivo con fluidez normal, en el que puede existir un gran número de palabras por minuto (Ardila, 2006). Se observa en algunos casos también un incremento en el lenguaje por suma de sílabas a las palabras y también de palabras a las frases. La excesiva producción de palabras, que como vimos se denomina *logorrea*, se debe a que se han perdido los límites de la frase, razón por la cual las oraciones no se terminan. No se presenta agramatismo, pero pueden aparecer excesivos elementos gramaticales (*paragramatismo*). La articulación es adecuada, con ausencia de palabras significativas. Por esta razón, es difícil determinar las ideas que el afectado intenta transmitir. Fenómeno conocido como *habla*

vacía. En la siguiente tabla (Tabla 1), podemos encontrar las características básicas de algunos elementos del lenguaje

CARACTERÍSTICA DEL LENGUAJE	DESEMPEÑO
Lenguaje conversacional	Fluente, parafásico
Comprensión del lenguaje	Anormal
Repetición	Anormal
Señalar	Anormal
Denominar	Anormal
Lectura	Cuando es en voz alta relativamente normal a anormal
Comprensión	Relativamente normal a anormal
Escritura	Anormal

100

en esta afasia:

Tabla 1. Características del lenguaje versus desempeño en la Afasia de Wernicke. Construcción propia sobre la clasificación de Ardila (2006).

Otro elemento a destacar en la Afasia de Wernicke es la presencia de parafasias. Éstas se dividen en literales y/o verbales. Como ya se afirmó, también se encuentra presencia de neologismos y de *jergofasia*, debido a la cantidad de sustituciones parafásicas, derivando en una producción incomprensible. En este caso la *jergofasia* es un término descriptivo, más no un síndrome

afásico. Otra característica de este tipo de afasia, tiene que ver con la imposibilidad de la comprensión del lenguaje oral. En algunos casos, el paciente no entiende prácticamente nada y en otros casos se encuentra un nivel bajo de comprensión, sobretodo en palabras y frases simples. El afectado puede llegar a comprender varias palabras, pero si se incrementa el número de palabras aparece lo que se conoce como *fatiga*, consistente en la incapacidad de comprender de manera adicional o de interrumpir la comprensión. Otros sujetos presentan problemas en la interpretación de fonemas, sobre todo de aquellos que son acústicamente más parecidos, fallando por lo tanto, en tareas de comprensión.

En cuanto a la calidad de la ejecución, se ha encontrado que esta puede variar dependiendo del paciente. Sin embargo la mayoría de los afectados logra ejecutar órdenes sobre el seguimiento a movimientos corporales. En cuanto a la repetición, se encuentra afectada en relación con su nivel de comprensión. Es decir, los pacientes que entienden poco repiten poco, mejorando su nivel de repetición con la comprensión. Cuando se les ordena que nombren objetos, en la mayoría de casos fracasan. La lectura se afecta de manera proporcional a la comprensión del lenguaje oral. Si hay una relativa mejor comprensión en la audición, se considera que las lesiones se sitúan en la zona posterior del área, sin afectar la corteza auditiva primaria. Si se evidencia una relativa mejor comprensión

en el lenguaje escrito, se considera que las lesiones se presentan en una zona anterior del área. En cuanto a la escritura, esta es fluida, sin embargo las letras suelen estar combinadas en una forma no significativa, siendo las palabras correctas más bien escasas.

Se pueden distinguir dos clases de afasia de Wernicke, la que se podría denominar Afasia de Wernicke Tipo I y la Afasia de Wernicke Tipo II. La primera es también denominada síndrome insular posterior - istmo temporal. Luria (1966, 1977, 1980), la denominó afasia acústico – agnósica. Por su parte Kleist (1934) y Gazzaniga *et al* (1973), la denominaron sordera a las palabras y Vignolo (1969), la denominó agnosia verbal auditiva. El afectado presenta incapacidad para identificar los sonidos del lenguaje, sin afectación de la audición, no se comprende el lenguaje oral, ya que no se discriminan los componentes significativos o fonemas. El afectado puede leer en voz alta y la comprensión lectora se conserva, facilitando la comunicación escrita más que la oral. La escritura espontánea es normal, sin embargo en los dictados se evidencia incapacidad para comprender y discriminar su contenido. No se evidencia buena repetición. La Afasia de Wernicke Tipo II, conocida también como síndrome de la circunvolución temporal superior y media, ha sido también conocida por otros autores como afasia impresiva, por ejemplo Pick (1913), Weisenburg y Mc Bride (1935), la denominan afasia receptiva; Goldstein (1948)

normal, capacidad de denominar afectada o anormal. En cuanto a la lectura en voz alta, ésta es anormal, la comprensión es relativamente normal y la escritura anormal.

Para Ardila (2006):

La afasia de Broca se caracteriza por un lenguaje expresivo no fluido, pobremente articulado, compuesto por expresiones cortas y agramaticales y producidas con gran esfuerzo. El lenguaje expresivo está compuesto básicamente por sustantivos, con una marcada deficiencia o ausencia de estructura sintáctica y agramatismo. El defecto en la articulación ha sido denominado de diversas maneras (apraxia del habla, desintegración fonémica, etc.) (Ardila, 2006, pág., 61).

Dentro de los errores más comunes, se encuentran los errores verbales articulatorios. Por ejemplo: para decir tres, se dirá tes, lo que se denomina simplificación silábica. Para decir tela se dirá lela, lo que se conoce como anticipación; para decir peso un paciente podría decir pepo, lo que se conoce como perseveración. Se puede generar sustitución de fonemas fricativos por oclusivos: fila – pila, seda – teda o Jairo – kairo. Hay además presencia de agramatismo, como cuando se dice: *perro jardín* en lugar de *los perros están en el jardín*.

Existe aún desacuerdo sobre la ubicación exacta o la topología de las lesiones responsables de la afasia de Broca. Se

considera que lesiones que se limitan al área de Broca no son suficientes para producir la afectación. En el caso de este tipo de lesiones, generalmente sólo se observan leves defectos en la articulación, como lo que podría denominarse un *acento extranjero*, acompañado de una reducción en la capacidad para hallar palabras. Esta forma restringida de afasia de Broca podría denominarse como *afasia de Broca tipo I* (o *afasia de Broca menor*, o *afasia del área de Broca*). El síndrome completo de la afasia de Broca sólo puede extenderse si el daño afecta a la opercular, la circunvolución *precentral*, la *ínsula anterior*, y la *sustancia blanca paraventricular y periventricular*. Esta forma extensa o completa podría denominarse como *afasia de Broca extendida* o *afasia de Broca tipo II*. La afectación del lenguaje en ambas afasias, como se verá, tendrá influencia fuerte en la memoria de corto y largo plazo.

Memoria y lenguaje

El análisis sistemático de los diferentes tipos de discurso provee una fuente rica de material para examinar algunas de las relaciones complejas que existen entre la memoria y el lenguaje (Sánchez y Pérez, 2005, pág., 21). El estudio de la afasia de Wernicke tipo II o *afasia acústico-amnésica*, la cual se caracteriza por la alteración del eslabón de la memoria verbal operativa, en la parte expresiva se caracteriza por la alteración del lenguaje espontáneo, repetitivo, y la denominación de objetos;

lingüísticamente se altera el discurso narrativo y la conversación por falta de productividad pragmática, coherencia, complejidad y cohesión. En esta afasia, el análisis del discurso provee una fuente rica de material para el análisis de las relaciones complejas que se dan entre la memoria y el lenguaje, por ejemplo, la memoria verbal operativa. Luria (1986), propuso que este tipo de afasia es el resultado de la alteración de la *memoria verbal operativa*, que se relaciona principalmente con dificultades para:

- a. La comprensión del lenguaje oral.
- b. La alteración de subtextos y alegorías, por ausencia o enajenación del significado y del sentido de las palabras.
- c. Dificultades en la parte expresiva por presentar *parafasias* verbales.
- d. Alteraciones del lenguaje repetitivo y de la denominación de los objetos.

Sin embargo, la lectura y la escritura se mantienen prácticamente intactas. Reconociendo, además, que la base fisiológica de la memoria puede tener influencia de elementos de tipo específico e inespecífico. Estos pueden definirse de la siguiente manera:

- (i) Inespecíficos: se destacan por la importancia de las formaciones que conectan los sectores internos de la zona temporal

(hipocampo), el hipotálamo y los núcleos talámicos (circuito de Papez), que son fundamentales en la impresión y reproducción de las huellas de estímulos inmediatos.

- (ii) Específicas: estas son garantizadas por las zonas posteriores, gnósicas de la corteza cerebral. Entre ellos están los sectores modal - específicos de la corteza occipital (visual), temporal auditiva, y parietal (táctil - cinestésica)⁶.

Por su parte Tsvetkova (1972, 1988), sostiene que la base de este tipo de *afasia*, se relaciona con tres tipos de mecanismos diferentes. Uno de ellos se relaciona con la alteración de la memoria operativa, el otro con la alteración, -principalmente la disminución-, de volumen de la llamada *percepción acústico* y finalmente de un tercer mecanismo que altera la representación de las *imágenes objetales*. De igual manera, se observa en este tipo de *afasia* una ausencia o enajenación del sentido de las palabras, debido a la

⁶ Schacter (1987), dice que el léxico cognitivo, en la medida que es una abstracción lingüísticamente monitoreada por estructuras y funciones de conocimiento, proporciona las relaciones conceptuales que definen parte de la coherencia semántica del discurso. Ver: Schacter D. "*Implicit memory: History and current status*". Ed. Psychology. N°13. Págs. 501 – 518.

incomprensión del sentido oculto del texto, además de una alteración de la denominación de los objetos, presencia de parafasias⁷ verbales y otras alteraciones del lenguaje.

El otro tipo de afasia reconocido en población adulta la *Afasia de Broca*, que como ya se ha visto, puede interpretarse como la incapacidad que tienen los individuos para transmitir ideas de lenguaje en cualquiera de sus formas -lectura, escritura, impresa y hablada-, se produce por lesión de la circunvolución frontal inferior (*área de Broca*) izquierda y áreas adyacentes. Se caracteriza por la casi imposibilidad para articular y el empleo de frases cortas (*habla telegráfica*), que son producidas con gran esfuerzo y *aprosodia*, es decir, con la desaparición absoluta de los elementos melódicos y rítmicos del lenguaje (Sánchez y Rodríguez, 1998, pág., 96). La afasia de Broca, por lo tanto, se caracteriza

por ser una afasia no fluida (o de *tartamudeo*), afectando la fluidez y la organización temporal normales del habla, caracterizándose por la ocurrencia frecuente de uno o más de los siguientes fenómenos:

- a. Repeticiones de sonidos y sílabas.
- b. Prolongaciones de sonidos.
- c. Interjecciones.
- d. Palabras fragmentadas (por ejemplo, pausas dentro de una palabra).
- e. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla).
- f. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas).
- g. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
- h. Repeticiones de palabras monosilábicas (por ejemplo: yo-yo-yo le veo).

Un paciente con *afasia* de Broca puede decir, "*caminar perro*", pero en realidad está tratando de decir que sacará al perro de paseo. La misma oración también podría significar: "*¿usted saca al perro a caminar?*", o "*el perro salió caminando al patio*", dependiendo de las circunstancias. También suelen estar alteradas la lectura (*alexia*) y la escritura (*agrafia*). En esta afasia, la comprensión es mejor que la expresión, aunque ésta puede estar alterada en distintos grados. Debido a ello, los sujetos pueden ser conscientes de sus dificultades y pueden sufrir paralelamente trastornos en su estado de ánimo, debido a sus problemas de lenguaje. Según Freeman *et al.* (1984), eventualmente con ayuda de

⁷ Ardila (1985), divide las parafasias en: *literales* y *verbales*. Las literales se dividen a su vez en fonológicas y articulatorias. Las fonológicas hacen referencia a la pérdida de la marca o acento y a la cercanía acústica o de sonido. Las articulatorias a la forma de la articulación y el punto de articulación. En cuanto a las verbales, distingue entre las semánticas y las morfológicas. En las semánticas se encuentra un mayor nivel de generalidad, se mantiene un mismo campo semántico, hay pérdida del sistema jerárquico y la presencia de circunloquios. En cuanto a las morfológicas se encuentra la conservación del morfema gramatical, pérdida del morfema lexical y la presencia de unidades mayores (sintagmas, frases). Afirma que cuando una palabra está tan transformada con respecto a la palabra original, de tal manera que ésta se hace irreconocible se habla de un *neologismo afásico*. Ver: Ardila (1985). Neuropsicología y Psiquiatría. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol XIV. N° 3. Págs. 361 – 373.

terapia adecuada, un cierto número de estos pacientes aprenden a utilizar palabras siempre y cuando exista un *output* verbal. Cuando se produce a muy temprana edad y debido a lo primitivo de la construcción de las frases, se generan trastornos del aprendizaje que dan lugar, por lo tanto, a un retraso grave en la adquisición del lenguaje verbal y no verbal.

En el estudio realizado por Bastiaanse y Van Zooneveld (2005), se reconoce la notoria dificultad que tienen los pacientes con este tipo de afasia en la producción de verbos y por lo tanto de la lógica de las acciones en la frase normal. En este sentido, las afasias afectan de modo significativo la emisión de discurso y tienen una relación importante con la memoria. El objetivo básico del presente artículo, es la revisión del uso del *análisis del discurso*⁸ en poblaciones especiales, principalmente en afásicos. El discurso, como ya se dijo, implica o requiere recursos de la memoria de trabajo (MT), al mismo tiempo que se apoya en el recuerdo de información de la memoria a largo plazo (MLP). El análisis del material discursivo, puede arrojar luces sobre la relación entre ésta afectación y la memoria, el tipo de memoria denominado por Luria (1986),

verbal operativa, que afecta directamente al lenguaje.

Análisis del Discurso y Afasia

Pardo (2002), aborda el concepto de discurso, introduciendo las denominadas *teorías cognitivas del discurso*, que se caracterizan por centrar su reflexión en torno al conjunto de operaciones y procesos que se dan en un acto de lenguaje. En este sentido esta perspectiva es posible de abordar desde dos posiciones; la mentalista y la sociocultural. La primera busca dar cuenta de la relación que existe entre estructuras mentales y estructuras lingüísticas tratando de desentrañar el llamado *proceso cognitivo* de la información sobre el mundo social, explicando los mecanismos de producción y de comprensión discursiva haciendo uso de esquemas de conocimiento y de acción que ponen en evidencia la lógica de la organización de lo expresado discursivamente (por ejemplo con el uso de conectores). Sperber y Wilson (1994), han realizado estudios en los que se busca dar cuenta de los procesos inferenciales dentro del acto lingüístico, desarrollando la capacidad humana para identificar metáforas, metonimias, expresiones interpretativas, etc. Otro de los estudios observados es el realizado por Cifuentes (1998), quien introduce el concepto de *corpora*, como el conjunto de los actos discursivos en los que se encuentran las categorías discursivas que se pretende analizar, ya sean marcadores léxicos o

⁸ El discurso consiste en una serie de constituyentes del lenguaje que se combinan en varias maneras para formar un número de unidades significativas diversas. Ver: Atkinson RC, Shiffrin RM. "Human Memory: A proposed system and its control process". In: Bower GH (ed). The Psychology of learning and motivation, New York. Academic Press. 1968.

gramaticales, recursos retóricos o demás fenómenos lingüísticos, a partir de los cuales se producen reglas de producción y de comprensión discursiva.

Esta idea de discurso, puede ayudarnos a entender como en las afasias referenciadas, éste sufre transformaciones que generan, por lo tanto, una necesidad de analizar la producción discursiva en otros términos. Si bien, las afectaciones en las áreas del lenguaje son cruciales en la producción discursiva de los afásicos, puede afirmarse que se produce discurso con matices que se analizarán luego de manera más compleja.

El análisis del discurso entonces, puede operar en un sentido tanto *crítico* como *metodológico*. En su aspecto crítico, puede observar las relaciones entre poder y discurso y en su aspecto metodológico, puede permitir un acercamiento a los problemas que se presentan en el *acto de habla*. La perspectiva adoptada en el estudio del discurso por la llamada *Escuela Conversacional Norteamericana*, que hace parte del conjunto de corrientes de análisis del discurso, que no se centran sólo en los aspectos puramente lingüísticos y que tiene sus inicios en los trabajos de Sacks y en los trabajos publicados por Schegloff (1968), parten de considerar la importancia que tiene la Antropología, la Sociología y la llamada *etnografía del habla* en la producción discursiva. Autores como Sacks, Schegloff y Jefferson (1974), Bennet (1981); Rosenstein y McLaughlin (1983), hacen

especial énfasis en las interrupciones en la conversación que dividen en: *solapamientos, interrupciones forzadas e intentos de interrupciones* y categorizan las llamadas unidades básicas de la conversación (pares adyacentes que se analizarán más adelante), dividiéndolas de la siguiente manera: *ofrecimiento, pregunta-respuesta, agradecimiento-agradecimiento, cierre-cierre, percepción-aceptación o rechazo, llamada (saludo)-respuesta, disculpa-aceptación o rechazo, insulto-respuesta, desafío-respuesta, acusación-negación o confesión, aserción-acuerdo o desacuerdo, jactancia-aprobación o ridiculización y cumplido-aceptación o rechazo*. Estos pares adyacentes, se constituyen en una herramienta interesante para el análisis del discurso, a pesar de su carácter restrictivo, como estrategia para la conversación con afásicos (Cortes, 2001, págs. 97 – 99).

Según Sánchez y Pérez, el discurso se encuentra influenciado por factores como: el léxico mental de cada individuo, la eficacia con la que la información sintáctica puede ser almacenada, la naturaleza y el acceso del conocimiento propio semántico y episódico; las limitaciones de la capacidad de la memoria de trabajo⁹. La profesora

⁹ En el trabajo de Sánchez y Pérez (2005), se hipotetiza que el lenguaje producido por el individuo con afasia acústico-amnésica tiende a ser similar a las ejecuciones de sujetos sin amnesia en términos de productividad y complejidad. Ver: Sánchez, N y Pérez, M. "Afasia acústico-amnésica: Alteración de la memoria en la producción del discurso y su rehabilitación. Presentación de caso". En: Plasticidad y restauración

Pietrosemoli (2007), comparte la definición de los manuales, al considerar a las **afasias** como alteraciones de la capacidad lingüística considerada normal y que es característica del hablante sano, término que designa al hablante que tiene: *"la capacidad... para producir habla bien estructurada desde el punto de vista de la señal lingüística y que esta apropiadamente relacionada con el contexto en el que se produce"*. (Pietrosemoli, 2007, pág., 305). Su análisis se inicia involucrando como metodología, el estudio de los *turnos conversacionales*, realizando algunas recomendaciones, -desde el punto de vista metodológico-, para el abordaje conceptual de estudios en el área. Parte básicamente de los trabajos de Schiffrin (1990) y Schiffrin *et al* (2001), quien y quienes consideran como principales características del análisis del discurso los siguientes elementos:

- a. La lengua se produce siempre en un contexto, posteriormente se verá como este influye en el habla del afásico, ya que el habla regional no se pierde.
- b. La lengua es sensible al contexto, como se evidencia en el ejemplo del afásico que utiliza la frase *"caminar perro"*.
- c. La lengua es siempre comunicativa y

d. La lengua está **diseñada** para la comunicación.

En este orden de ideas, el discurso conforma estructuras que transportan significados que logran acciones concentrándose en el **texto** como unidad de sentido. Pietrosemoli (2007), considera que el **texto** es la unidad de coherencia y cohesión que alcanza un nivel estructural, como objeto de análisis, ya que es mucho más amplio y complejo que la oración. Por lo tanto, de acuerdo a la estructura y la intencionalidad se puede hablar de textos expositivos, descriptivos, literarios, etc. y de acuerdo a la modalidad, se puede hablar de textos orales, escritos o mixtos, como los textos orales/escritos de un *chat*. En especial, lo que genera un interés básico en el análisis de poblaciones especiales es la aplicación de la rama de la lingüística que se denomina el **análisis conversacional**. Para Schegloff (2007), Fox *et al.* (1996) y Levinson (1992), la conversación es el ejemplo prototípico de manifestación del lenguaje, la forma más frecuente de exposición de las lenguas y la matriz de adquisición del lenguaje humano.

El análisis de la conversación ha demostrado que existe un mecanismo, una estructura y una génesis significativa de esta matriz de lenguaje y que ésta en términos de su estructura puede analizarse mediante los llamados turnos conversacionales. Para Pietrosemoli (2007), conversación hace referencia a: *"todo intercambio lingüístico que se establece entre dos o más hablantes"*

de una misma lengua con propósitos comunicativos y de una manera que se desprende naturalmente de las circunstancias que rodean ese intercambio". (Ibid, pág., 307). De esta manera, el turno conversacional hace referencia a las intervenciones individuales de cada participante. Con el apaciente afásico, principalmente con el paciente afectado por la Afasia de Broca, la autora reconoce la importancia de establecer una eficiente prontitud y adecuación, para mantener la estructura de la conversación, pese a los problemas en la articulación de algunas palabras, es decir, el sostenimiento de la conversación.

El discurso tiene como estructura la memoria de trabajo, el recuerdo, la memoria a largo plazo, el léxico mental individual, el almacenamiento de información sintáctico, el conocimiento semántico, el conocimiento episódico, el procesamiento y almacenamiento temporal, que han sido elementos importantes en los aportes teóricos y en la rehabilitación de la Escuela soviética. Estos elementos, tienen una relación estrecha con el discurso, ya que hacen referencia principalmente a la producción silábica, fraseal y finalmente discursiva, sin importar si se produce una pobre cantidad de palabras. La primera estrategia, entonces, debería tener en cuenta los turnos conversacionales. Es relevante reconocer la sincronía de la persona *afásica* para responder a los turnos conversacionales, que no se dan, sin

embargo, en todos los casos de afasia, sino también en otros trastornos como la enfermedad de Alzheimer, la depresión y la esquizofrenia, criterio básico para proponer por ejemplo estrategias conversacionales para la mejora de los pacientes. A partir de este ejemplo, la profesora Pietrosemoli (2007), propone como elementos para la investigación, en lo respectivo a este tema, los siguientes campos:

- a. Sincronía en la toma de turnos.
- b. Duración de los turnos.
- c. Duración de las pausas entre turnos de diferentes interlocutores.
- d. Duración de las pausas dentro del turno de diferentes interlocutores.
- e. Disposición hacia la concesión del turno al interlocutor.
- f. Disposición hacia la iniciación de la conversación.
- g. Variaciones de velocidad al comienzo, dentro o al final de los turnos.
- h. Tendencia al encabalgamiento de turnos por parte de algún interlocutor.
- i. Adecuación de pistas lingüísticas y no lingüísticas en la toma o concesión de turnos.

Otra estrategia de estudio que propone la profesora Pietrosemoli (2007), son los pares adyacentes. Esta categoría de análisis, se puede exponer a partir de algunos ejemplos de afásicos, que se relacionan con

el uso de los pares¹⁰ en el análisis conversacional. El análisis conversacional a partir de los pares adyacentes proporciona elementos importantes con respecto a la organización de los mismos en la estructura. Por ejemplo, los afásicos con afasia de Wernicke, tienden a tener problemas en la comprensión y en la organización de los pares adyacentes. En términos generales, los pares adyacentes invitan a la conversación y ponen en juego un tramado de respuestas coherentes. Sin embargo, se evidencia en la

afasia en general, discordancia que desde lo lingüístico, puede ser estudiada desde los siguientes criterios y que pueden constituirse en campos futuros de investigación:

- a. ¿Existe una concordancia entre los pares adyacentes observados en fragmentos de conversación?
- b. Si no es así, ¿Cómo se manifiesta esta falta de concordancia?
- c. ¿Se pueden establecer tipologías para estas discordancias?. Por ejemplo, se puede afirmar que existe una diferencia marcada entre aquellos pares adyacentes que implican una relación social, por ejemplo saludos, disculpas, aceptación o los que se remiten básicamente a obtener información?
- d. ¿Es frecuente que la persona que padece el problema en la articulación, sea quien inicie el turno conversacional y la primera parte del par adyacente?.

¹⁰ Para Pietrosemoli, la característica fundamental del *par adyacente* es que ésta unidad de análisis constituye un lugar obligante (espacio de habla), para el otro en condiciones naturales (Pietrosemoli 2007, pág. 309). Para Schegloff (2007), las principales características de los pares adyacentes son las siguientes: (i) son compuestos por dos turnos; (ii) por diferentes hablantes; (iii) hay un lugar adyacente, es decir uno después del otro; (iv) los turnos son relativamente ordenados. A su vez, estos se dividen en: *first pair parts* y *second pair parts*. Los primeros hacen referencia a tipos en los cuales aparece una pregunta, oferta, invitación, anuncio o requerimiento, los cuales inician algún intercambio conversacional. Los segundos son del tipo de respuesta, agradecimiento, recepción, declinación, de acuerdo o desacuerdo, etc. Tipos que son respuesta a los primeros. Los pares adyacentes, son entonces compuestos por tipos como: greeting – greeting, question – answer, offer – accept/decline. Consideremos por ejemplo, que la primera parte adyacente es Hola, o ¿Tú sabes qué hora es?, o ¿Te gustaría tomar una taza de café? y las segundas partes de los pares adyacentes fuesen en su orden: buenos días, cuatro de la tarde o no gracias. En términos de Schegloff (2007): “the pair types which they can partially compose: greeting–greeting (“Hello,” “Hi”), question–answer (“Do you know what time it is?”, “Four o’clock”), offer–accept/decline (“Would you like a cup of coffee?”, “No, thanks,” if it is declined). The basic practice or rule of operation, then, by which the minimal form of the adjacency pair is produced is: given the recognizable production of a first pair part, on its first possible completion its speaker should stop, a next speaker should start (often someone selected as next speaker by the FPP), and should produce a second pair part of the same pair type. (Schegloff, 2007, págs., 13 – 14).

Otro eje importante de análisis, son las *reparaciones*, que se comienzan a analizar, a partir de los planteamientos de Jefferson y Schegloff (1974). Para Fox *et al* (1996), la reparación es: “el proceso por el cual los hablantes corrigen errores presentes en el habla previa más inmediata”. (Fox, 1996, Pág., 311). Con respecto a las reparaciones, se realizan las siguientes distinciones. En primer lugar, se analizan las reparaciones

denominadas auto - iniciadas que son producidas por el hablante causante del error, en contraposición a hetero - iniciadas, es decir, iniciadas por el interlocutor que percibe el error. La segunda distinción, hace referencia a la auto - reparación, que ocurre cuando el error es realmente enmendado por el hablante que lo ha causado o hetero - reparación, cuando es llevada a cabo por el interlocutor. El planteamiento de Schegloff *et al.* (1974), consiste en considerar que el hablante sano establece una preferencia por la auto - reparación sobre la hetero - reparación y de la auto - iniciación sobre la hetero - iniciación. Se puede presentar también, un fenómeno conocido como *desconocimiento del error*, característico también de varias conversaciones en las que participan los afásicos con personas sanas. A partir de estos elementos se evidencian los siguientes puntos de análisis:

- a. ¿Se observan las preferencias presentes en la normalidad de selección de la auto reparación y la auto iniciación?
- b. ¿En los casos en los que se observa abundancia de errores auto reparados, se observa algún patrón en la selección de los que finalmente son reparados?
- c. ¿En los casos en que el interlocutor sano inicie la reparación, puede el interlocutor reconocer la fuente de error y finalmente repararla?
- d. ¿Se pueden clasificar los elementos "reparados" de forma que se pueda

hacer un diagnóstico de las principales dificultades del hablante: fonológicas, sintácticas, morfológicas, semánticas, etc?

- e. ¿Hay uso de mecanismos no lingüísticos (gestualidad, por ejemplo), que ayuden o refuercen el proceso de reparación por parte del hablante con dificultades?.

Otro elemento importante de análisis, son los marcadores discursivos. Al introducir el concepto de *marcador discursivo*, definidos por Schifffrin, (1987, 1991), como elementos que establecen una secuencia en la comunicación o como elementos mínimos del habla, cuyo papel es el de estructurar el discurso y la interacción, se hace referencia al uso de la lengua y de los conectores para propiciar la conversación. Se puede utilizar por ejemplo el conector *y*, que sirve como organizador de la secuencia conversacional. En muchos casos estos marcadores permiten el paso de una estructura *ideacional*, es decir de la unión o conexión de elementos dentro de la secuencia conversacional a una estructura que negocia una interacción. Se puede afirmar, en términos generales que el marcador discursivo *y*, tiene la posibilidad de generar coherencia y ofrece la eventualidad al afásico, de lograr articular de manera sincrónica la estructura de la conversación. Podemos observar en términos generales los siguientes elementos para el estudio:

- a. ¿Cuál es la distribución de los marcadores discursivos en una determinada población especial, en relación con una población sana equivalente?
- b. ¿Cómo podemos interpretar la predominancia de un tipo de marcadores sobre otro?. Por ejemplo, la predominancia de marcadores de *verificación*, tales como ¿no?, ¿ve/ves?, ¿verdad?
- c. ¿Cómo se relacionan los marcadores de *manejo de información* con las reparaciones. Por ejemplo *ah*.
- d. ¿Se pueden sacar conclusiones sobre la correlación que existen entre el uso de un *marcador discursivo* y determinada enfermedad, trastorno o disfunción?
- e. ¿Se puede observar en los afásicos, el uso de *marcadores discursivos* de por ejemplo: acuerdo/desacuerdo, de respuesta, de reparación y de causa resultado entre otros?

Otro de los elementos en los que se insiste es en la llamada entrevista sociolingüística. En cuanto a los aspectos metodológicos, se deben realizar una serie de recomendaciones para la recolección de datos. Se parte de la entrevista sociolingüística de Labov (1972). En ésta el investigador debe asumir el rol de coordinador de la conversación tratando de controlar variables como edad, genero,

extracción social, etc. Otra estrategia de recolección de datos puede hacerse por intermedio del grupo familiar de la persona.

Se debe analizar con precaución el tópico a trabajar durante la conversación. En este contexto Pietrosemoli (2007), escoge la conversación acerca de las prácticas religiosas, y propone la elaboración de un *script* o guion que oriente la conversación y permita establecer comparaciones posteriores. Hacer partícipes a varios hablantes, reduce la interferencia del entrevistador o encuestador y la solución conversacional puede enriquecerse utilizando pruebas como las que se usan para la evaluación de las afasias (prueba Token y Boston)¹¹. Otro elemento importante que aparece en los estudios de Pietrosemoli (2007), consiste en indicar dentro de la conversación las particularidades del habla regional, que pueden influir en la apreciación de los textos en los turnos conversacionales. Por ejemplo,

¹¹ El Test Token consta de 20 *tokens* o fichas de cinco colores (rojo, azul, verde, amarillo, blanco), de dos formas (círculos, cuadrados) y de dos tamaños (grandes, chicos), que son manejados por el sujeto según las órdenes verbales del examinador. El examinador va dando instrucciones utilizando cada vez una mayor cantidad de palabras. La aplicación se complejiza cuando el examinado avanza en la respuesta. El total de instrucciones es de 62. (Lezak, 1983). El Test Boston tiene como objetivos diagnosticar la presencia/ausencia de un cuadro afásico, mediante el uso de 16 laminas, en cinco fases: habla de conversación y exposición, comprensión auditiva, expresión oral, comprensión del lenguaje escrito y escritura. Ver: Moreno, J. y García Baamonde, M. "Guía de Recursos para la Evaluación del Lenguaje". Madrid. CCS. 2003

muchas situaciones gramaticales tanto de escritura como de habla, tienen que ver no específicamente con el trastorno, sino que son originados por las variantes del habla determinados por el contexto social y que el investigador no debe analizar en términos de *errores*, ya que es difícil establecer un *standard* del habla, visto éste como una forma única y adecuada de hablar y emitir, lo que genera comodidad para el investigador pero se aleja de la realidad de los hablantes. En la transcripción de datos, se hace énfasis en el uso de signos para la transcripción de las conversaciones, a partir de las propuestas de Levinson (1992). Estas son:

- a. Para el uso de volumen alto: transcribir con mayúsculas.
- b. Para una sílaba prolongada, utilizar dos puntos (:).
- c. Para un contorno de entonación ascendente que no necesariamente sea una pregunta (¿). Se utiliza el signo de pregunta.
- d. Para una entonación continuada, se utiliza un punto (.).
- e. Cuando parecen emisiones enganchadas sin pausa, se usan dos iguales = =.
- f. Cuando hay pausa de medio segundo cronometrado se usa tres puntos (...).
- g. Cuando la palabra es inteligible se pone el número de sílabas (2, 3, 4, etc).

- h. Cuando hay un acento enfático, se ponen *itálicas*.
- i. Negrillas para remarcar la palabra que se desea enfatizar o discutir.
- j.

La propuesta desde el análisis del discurso, impone por lo tanto, un abordaje multidisciplinar. La diversidad de los trastornos que acompañan a las afasias, necesitan en concepto de Villodre y Morant (2007), un abordaje que permita un tratamiento integral y personalizado. Los afectados con las afasias necesitan atención desde el punto de vista neurológico, neuropsicológico, logopédico, fisioterapéutico, psicológico, social y lingüístico. Sobre todo en los momentos posteriores al daño cerebral. Villodre y Morant (2007), consideran que se pueden distinguir dos tipos de estadios diferentes en el periodo de recuperación:

- a. En una primera etapa denominada *recuperación temprana*, se deben tener en cuenta el conjunto de los procesos neurofisiológicos que afectan al paciente, como por ejemplo la reducción en el edema y la desaparición de las hemorragias.
- b. Una segunda etapa denominada *recuperación tardía*, en la cual se debe apuntar a dos factores claves: el reaprendizaje del lenguaje y lo que podría denominarse como *la reorganización del lenguaje en las áreas cerebrales* (Kertesz, 1988).

Se ha demostrado que después de un periodo máximo de 2-3 años, la afectación observada en el paciente que ha sufrido un daño cerebral, se consideraba como irreversible. Otras posiciones consideran que los cambios presentados en un individuo con una patología cerebral, pueden generarse luego de muchos años de aparición de la condición inicial. Esto indica que la recuperación puede llevar muchos años.

Estudios llevados a cabo por Leger (2002), apoyan la tesis comprobada a través de imágenes funcionales cerebrales de que existe una participación de áreas derechas en la recuperación. Luria (1973, 1980), por ejemplo ha sostenido la importancia de la reorganización funcional, entendiendo ésta como el desarrollo de estrategias que compensan y sustituyen los defectos derivados del daño cerebral, como mecanismo de recuperación. Y como sostienen el mismo Luria (1966) y Tsvetkova (1973), las funciones que no han sido alteradas se pueden utilizar para compensar las afectadas. Además, los tratamientos deben apuntar a disminuir los efectos en tres esferas fundamentales: la psicológica, la emocional y social. Horner *et al.* (1994), sostienen que existen tres teorías que dan base a las intervenciones terapéuticas en las afasias:

- a. *Tratamiento de estimulación por facilitación.* Este se sustenta en la teoría conductual de estímulo-

respuesta. Autores como Helm - Estabrooks y Albert (1991) han hecho énfasis en métodos llamados de facilitación por intermedio de la estimulación. Por ejemplo la terapia de acción visual para la afasia global TAV, terapia de control de producciones involuntarias (estereotipias) y la terapia de entonación melódica, especialmente para tratar la afasia de Broca conocida como TEM.

- b. *Tratamiento neuropsicológico cognitivo o psicolingüístico.* Este grupo de terapias buscan que el paciente por intermedio del uso de las funciones que permanecen intactas reorganice funciones y
- c. *Tratamiento de comunicación funcional.* Este se fundamenta en la comunicación sin tener en cuenta el contenido lingüístico. Se privilegia por lo tanto, la competencia comunicativa, estimulando los aspectos pragmáticos del lenguaje.

Podría pensarse que el análisis del discurso, puede apoyar un tipo de tratamiento mejorando los aspectos funcionales de la comunicación y en especial, en lo que tiene que ver con la interacción paciente sano – afásico, mejorando, como lo define el tratamiento, su competencia comunicativa y la praxis en el lenguaje empleado.

Comentarios finales

Los estudios del análisis del discurso con poblaciones especiales, principalmente con afásicos, abren un nuevo campo de investigación en el que se pueden articular de manera sincrónica disciplinas como la lingüística, la psicología, la terapia del lenguaje, y la medicina, entre otras, en la búsqueda de posibilidades de recuperación para pacientes que padecen estas deficiencias y que desde el *análisis del discurso*, pueden encontrar estrategias como el diseño o estudio de los turnos conversacionales, las reparaciones y los marcadores discursivos, cuya función es constituirse en elementos para el abordaje metodológico de poblaciones que no son consideradas *hablantes sanos*, en puntos de apoyo para la rehabilitación de pacientes afásicos. En términos generales, los aportes del texto se remiten a las preguntas planteadas en cada una de las partes y que se abren como nuevo campo de acción en los estudios del análisis del discurso y ponen de manifiesto, la obligada referencia al manejo de estas afectaciones por parte de grupos de trabajo interdisciplinar, tal y como lo proponen Villodre y Morant (2007). Si bien es cierto, en algunos casos se desestima la incidencia de los aspectos sociolingüísticos en afectaciones que como la afasia, tienen un origen puramente fisiológico, es importante reconocer, que en la conversación, al hacer aparecer a dos o más hablantes en un espacio privilegiado para la comunicación, -independientemente

de si consideramos a un hablante sano y a uno con afectaciones., se pueden generar estrategias que permitan rehabilitar o por lo menos sugerir, al análisis del discurso como elemento para una recuperación parcial o por lo menos, la contribución del mismo en los tratamientos de rehabilitación de los afásicos. En palabras de Pietrosevoli (1997):

"Nuestro énfasis en poblaciones especiales es no sólo el resultado de la experiencia adquirida a través de los años, sino una invitación abierta a los profesionales que quieran, a través de la lingüística, ayudar en el proceso de rehabilitación de aquellas personas que por diferentes circunstancias hayan perdido, o disminuido de alguna manera sus habilidades naturales para comunicarse a través del lenguaje". (Pietrosevoli, 2007, págs. 318 -319).

Referencias

- Ardila, A. (2006). *El Libro de las Afasias*. Department of Communication Sciences and Disorders Florida International University Miami, Florida, EE.UU.
- Ardila, A. (1985). "Neuropsicología y Psiquiatría". En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol XIV. N° 3. Págs. 361 – 373.
- Ash, S et al. (2010). "Speech errors in progressive non-fluent aphasia". *Brain and Language*. Vol. 30.

- Atkinson R, Shiffrin R. (1968). "Human Memory: A proposed system and its control process". In: Bower, G. (Ed). *The Psychology of learning and motivation*, New York. Academic Press.
- Bastiaanse, R y Van Zonneveld, R. (2005). "Sentence production with verbs of alternating transitivity in agrammatic Broca's aphasia". *Journal of eurolinguistics* 18. Pags 57 – 66.
- Benson, D.F., y Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. New York: Oxford University Press.
- Cifuentes, J. (1998). *"Estudios de Lingüística cognitiva I y II"*. Alicante. Universidad de Alicante.
- Cortes y Camacho, (2003). *"El discurso en algunas corrientes de análisis"*. Ed. Octaedro. EUB.
- DSM IV. Versión electrónica. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. American Psychiatric Association.
- Fox, B, Hayashi, M y Jaspersen, R. (1996). Resources and repair: a cross-linguistic study of syntactic repair". En: Ochs, E A, Schegloff y Thompson, S (Eds) *Interaction and Grammar*. Cambridge University Press. Pags 185 – 237.
- Freeman, Kaplan y Sadock (1984). *Compendio de Psiquiatría*. Ed. Salvat. Barcelona. Pags 667 – 668.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (1996). *"Evaluación de la afasia y de trastornos relacionado"* (2ª Ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Helm-Estabrooks, N., Bayles, K., Ramage, A., & Bryant, S. (1995). Relationship between cognitive performance and aphasia severity, age and education: females versus males. *Brain and Language*, 51. Pags 139 - 141.
- Hills, A, Wityk, R, Barker, P, Beauchamp, J, Gailloud, P, Murphy, K, Cooper O y Metter, E. (2002). "Subcortical aphasia and neglect in acute stroke: the role of cortical hypoperfusion. *Brain* 125. Pags 1094 – 1104.
- Kertesz, A. (1988). "What do we learn from recovery from aphasia?" En: S.G.Waxman (ed), *Advances in Neurology*, Vol 47: Functional recovery in neurological diseases. New York: Raven Press.
- Leger, A., Demonet, J.F., Ruff, S., Aithamon, B., Touyeras, B., Puel, M. Boulanouar, K., Cardebat, D. (2002). "Neural substrates of spoken language rehabilitation in an aphasic patient: an fMRI study". *Neuroimage*, 17. Pags 174 - 183.
- Labov, W. (1972). *"Sociolinguistic Patterns"*. University of Pennsylvania Press.

- Levinson, S. (1992). *"Pragmatics"*. Cambridge University Press.
- Luria, A. (1986). "Cerebro y lenguaje". Barcelona. Fontanella. 1978. Luria, A, Leontiev, A, Vigotsky, L. *"Psicología y Pedagogía"*. Ed. Akal. Bolsillo. Madrid.
- Luria, A. (1991). *"Sensación y percepción"*. México. Roca.
- Luria, A. (1985). *"Cerebro y memoria"*. Colombia. Cartago.
- Moreno, J. y García Baamonde, M. (2003). *"Guía de Recursos para la Evaluación del Lenguaje"*. Madrid. CCS.
- Pardo, N. (2002). "El análisis del Discurso en las Ciencias Sociales". En: *Curso Internacional Análisis del Discurso en las Ciencias Sociales*. Bogotá, Universidad Nacional. Instituto Caro y Cuervo.
- Pietrosemoli, L. (2007). "Análisis del discurso en poblaciones especiales: La conversación con afásicos. En: *Análisis del discurso: ¿Por qué y para qué?*. Ed. Los Libros del Nacional. Universidad Central de Venezuela. Págs. 305 – 320.
- Sabe, L, Courtis, M.J, Saavedra, M, M, Prodan, V, Lujan- Calcagno, Melian, S. (2008). Desarrollo y Validación de una batería corta de evaluación de la afasia: *"Bedside del lenguaje"*. Utilización en la rehabilitación. En: *Revista Neurología*. Número 46 (8). Págs. 454 – 460.
- Sánchez, P y Rodriguez-Losada J. (1998). *"Principios de Clínica Psiquiátrica"*. Departamento de Psiquiatría. Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez, N y Pérez, M. (2005) "Afasia acústico-amnésica: Alteración de la memoria en la producción del discurso y su rehabilitación. Presentación de caso". En: *Plasticidad y restauración Neurológica*. Vol. 4. Número. 1 – 2. Julio-Diciembre. Págs 21 - 23.
- Schacter D. *"Implicit memory: History and current status"*. Ed. Psychology. 1987; 13. Pags 501 – 518.
- Sharon A, McMillan, S, Delani G, Avanti, B, Morgan, B, Khan, A, Moore, P, Gee, J and Grossman, M. (2010). *"Speech errors in progressive non-fluent aphasia"*. Department of Neurology, University of Pennsylvania School of Medicine, USA. Department of Radiology, University of Pennsylvania School of Medicine, USA. En: *Brain y Language*.
- Schlegoff, E. (2007). *"Sequennce Organization in interaction. A primer in conversation analysis"*. Vol 1. Cambridge University Press.
- Schegloff, E y Jefferson, G. (1974). "Una sistematización más simple para la

organización de las intervenciones en la conversación". *Language* N° 50.

Schegloff, E. (1971). *"Notas sobre una práctica de la conversación; lugar de formulación"*. En: Sudnow, D. (compilador). *Studies in Social Interaction*, Glencoe, Illinois, Free Press.

Schiffrin, D. (1987). *"Discourse markers"*. New York: Cambridge University Press.

———. (1991). *"El análisis de la conversación"*. En *Panorama de la Lingüística moderna de la Universidad de Cambridge*, Vol. IV: El lenguaje: contexto sociocultural. Madrid: Visor, 1991, 299-323.

Tsvetkova, L. (1972). *"El proceso de denominación de los objetos y su alteración"*. *Vaprosi Psixologi*. Págs. 128 – 136.

Tsvetkova, L (1988). *"Afasia y enseñanza rehabilitatoria"*. Moscú. Ed. Enseñanza.

Sacks, H, Sperber, Dan y Wilson Deirdre. (1986). *"La relevancia"*. Madrid. Ed. Visor.

Villodre R y Morant, A. (2007). *"Intervención multidisciplinar en las afasias"*. En: Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica neuropsicología cognitiva*. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica Vol 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3

Oscar A. Erazo Santander *

Fundación Universitaria de Pópayan / Colombia

SOBRE EL ANÁLISIS DE LA CONDUCTA APLICADA, LOS TRASTORNOS GENERALES DEL DESARROLLO Y SU COMPRESION POLÍTICA

119

Referencia Recomendada: Erazo-Santander, O. A. (2014). Sobre el análisis de la conducta aplicada. Los trastornos generales del desarrollo y su comprensión política. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 119-146.

Resumen: El artículo sobre el análisis de la conducta aplicada y los trastornos generales del desarrollo y su comprensión política, describen, la forma histórica de como el paradigma de la psicología científica, permite el avance, la estructuración y la identidad de una psicología naciente y con posibilidades de aplicación e intervención ante las dificultades de la sociedad. Su hijo más fructífero, será el análisis de la conducta aplicada, iniciada con el doctor I. Lovaas, el cual desde hace más de 40 años, ha permitido estructurar un programa de alta evidencia científica y lo mejor, que permite mejorar las condiciones de los niños y niñas con TGD. Sin embargo el gobierno Colombiano y el Ministerio de Seguridad Social en Salud, desconocen estos beneficios y quieren negar la existencia de pacientes con estas dificultades y de sus posibilidades de una mayor adaptabilidad.

Palabras Clave: Trastornos generales del desarrollo, Análisis de la conducta aplicada, Psicología.

Abstract: The article on applied behavior analysis and general developmental disorders, described as the historical form of the paradigm of scientific psychology, allows progress, structure and identity of a nascent psychology and application possibilities and intervention to the difficulties of society. Your child will be the most fruitful of applied behavior analysis, initiated by Dr. I. Lovaas, which for over 40 years, has a strong program structure allowed high and best scientific evidence that improves the conditions of children TGD and girls. But the Colombian government and the Ministry of Health and Social Security, are unaware of these benefits and want to deny the existence of patients with these difficulties and their potential for greater adaptability.

Key Words: Pervasive developmental disorders, Applied behavior analysis, Psychology.

Recibido: 7 de Mayo de 2014

Aprobado: 31 de Octubre de 2014

* Psicólogo de la Universidad Mariana, Especialista en Intervención Social y Problemas Humanos, con cursos de doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, del Cinde – Universidad de Manizales, aspirante a Magister en Neuropsicología con enfoque en educación de la Universidad Internacional de la Rioja. Docente de la cátedra en psicología educativa del programa de psicología de la Fundación Universitaria de Popayán, investigador sobre problemas psicoeducativos y escritor en temas sobre problemas del aprendizaje, intimidación escolar, rendimiento académico y trastornos generales del desarrollo. Correo electrónico: oscar.erazosantander@gmail.com

Introducción

En principios de la nueva era, es muy común que las sociedades, se sientan identificados con denominaciones como, diversidad, diferencia, democracia, respeto, en un intento por identificarse con los demás. Condiciones que hacen parte de un sistema de valores fundados por nuestra sociedad, intentando buscar condiciones de equilibrio, para el desarrollo ético de nuestras sociedades.

Sin embargo, y en la práctica, estos valores, no son claramente identificados, tal vez porque la enseñanza es más de tipo argumentativo que comportamental, y es más común encontrar condiciones para la discriminación, humillación ante la diferencia, la no aceptación del otro, el egoísmo y la incapacidad de identificarse con la minoría, condiciones que hacen parte de una lucha constante de unos pocos que buscan ser entendidos como personas iguales a todos y que no quieren ser tomados como personas de segunda clase.

La ausencia y el poco progreso del desarrollo científico y tecnológico, en el intento de la comprensión de los seres humanos y sus sociedades, es lo que ha hecho que en contextos como el Cauca, el Sur Occidente e incluso en Colombia. Aun, no hayamos logrado entender la riqueza que otorga la diversidad y a un falta mucho por la construcción de una sociedad que comprenda al otro.

La existencia de los trastornos generales del desarrollo, se ha venido describiendo desde hace 60 años atrás. El primer informe sobre un comportamiento de tipo autista se reconoce desde el año de 1943 con el Doctor Leo Kanner, de ahí, en adelante, se han venido describiendo múltiples condiciones características y resignificaciones respecto al trastorno.

Uno de los cambios, tal vez más significativos seria el descubrimiento del trastorno de espectro autista y del síndrome de asperger, nombrados el primero en la década del 90 por L. Wind y el segundo, a penas en la década del 80, los otros dos trastornos, como son rett y desintegrativo infantil, son reconocidos desde mediados de los 90 y poco se sabe del trastorno autista sin especificación, el debate, sobre este último, todavía se nombra en múltiple bibliografía. De lo cual solo se puede concluir, que aun sabemos muy poco sobre este tipo de trastornos.

Bueno, si eso sucede en las grandes urbes y en los grandes centros científicos, que podríamos pensar, de poblaciones, con poca investigación y pocos conocimientos teóricos y explicativos de la naturaleza diferencial del autismo.

De ahí que en medio del desconocimiento, se han comunes, la discriminación, la humillación, la negación a los servicios, el diagnóstico tardío y ni hablar de los modelos y malas formas de operacionalizar

las acciones de intervención metodológicas y técnicas.

Uno de los modelos aplicados de mayor éxito en el mundo científico, para el mejoramiento de las condiciones de este tipo de pacientes, es el modelo del análisis de la conducta aplicada, pero se debe insistir en algo. Una cosa es el desarrollo científico del conocimiento del fenómeno autista y otro muy diferente es el conocimiento científico del análisis del comportamiento aplicado.

El análisis del comportamiento aplicado, no tiene la misma base de integración con los trastornos generales del desarrollo, en si la carrera científica, del análisis de la conducta, inicio dos décadas, más atrás, que cuando se descubrió la patología.

El nacimiento, del análisis del comportamiento, se lo debemos, al origen de la psicología experimental y al análisis experimental de la conducta, el cual emergió de la necesidad de transformar un modelo paradigmático, centrado en la mitología y en la subjetividad humana enfocado en los modelos psicodinámicos, hacia la comprensión de lo humano con conceptos de naturaleza científica, objetiva y altamente empírica.

El desarrollo científico de paradigmas como el conductismo y el análisis experimental de la conducta, junto con el progreso de la ciencia, el método científico y la

estructuración de teorías de validez, es lo que llevo por una sana coincidencia a integrar la población con autismo y con diversas discapacidades con el análisis del comportamiento aplicado.

En si el primer teórico de las teorías del desarrollo, que integraría el conocimiento del análisis experimental de la conducta y la condición del desarrollo de autismo fue el célebre psicólogo I. Loovas, a quien le debemos el modelo del análisis y la generación de una serie de programas con intervención en niños con discapacidades del desarrollo.

Pero el autor, no fue el único, creador de la propuesta, por el contrario, los alcances del avance científico del modelo conductual y comportamental como explicación de las condiciones humanas, serian el centro del desarrollo de múltiples propuestas enfocadas a condiciones clínicas, sociales, comunitarias, pedagógicas, económicas y de la salud.

De ahí que el paradigma conductista, o asocianismo o del comportamiento y del análisis experimental de la conducta con sus extensiones en modificación de la conducta y el análisis conductual aplicado, se han el centro de la enseñanza, en programas de formación en psicología, psiquiatría, pedagogía y el creador de múltiples maestrías y doctorados, tanto en Colombia, como en el mundo, que se sustentan en un modelo teórico - explicativo, de las

condiciones de la naturaleza humana, un modelo que es capaz de explicar la violencia, la agresividad, el maltrato, los problemas de comunicación, la economía, la salud y la vida diaria.

La potencia de las teorías conductuales y del comportamiento, son la base de múltiples desarrollos paradigmáticos y epistemológicos en la explicación de lo humano y las sociedades, hoy en día, ya no solo los encontramos en la explicación de la funcionalidad de la conducta, sino también en el desarrollo de programas de análisis e intervención centrado en los procesos de las neurociencias y sus avances son de característica potencial tanto comprensiva como de intervención con validez.

En si el análisis del comportamiento aplicado, es solo una extensión de una epistemología centrado en la explicación de la conducta humana desde planteamientos de condición científica y experimental, pero que por características del azar se integró con niños y niñas con TGD, hace más de 50 años atrás. Su enfoque, su propuesta, su integración con los primeros modelos del condicionamiento, son la base en la transformación de propuestas interventivas de mayor validez en el mundo entero. Hoy en día reconocemos múltiples extensiones de las propuestas conductuales, como son las neurociencias – conductuales, la terapia cognitivo conductual e infinidad de programas productos de la base original, de la psicología científica y experimental.

Pero si bien, existe un programa con amplia validez y que es el centro de programas de formación de profesionales, respetables en nuestra sociedad, también se debe comprender, que el modelo como todo en las sociedades, ha sido, caricaturizado, reducido, manipulado y mal entrenado. Y se intenta vender la idea de un modelo como receta de cocina o como programa técnico, sin análisis y sin comprensión adaptativa de la realidad.

Que daño, hace a la ciencia y al profesional consagrado, la activación y el desarrollo de un modelo con completo desconocimiento, esto tal vez, es lo que ha llevado al ministro de la protección social, en el año 2013, a no reconocer las técnicas ABA, o traducidas como técnicas del análisis del comportamiento aplicado, como una técnica sin validez o incluso pseudocientíficas. Esto nos lleva a reflexionar como profesionales de la salud y la ciencia, nos hace entender de la necesidad del respeto a la profesión y al paciente, y en la necesidad de aplicar programas con equipos, altamente capacitados, entrenados y científicamente formados, en la comprensión de un paradigma experimental y conductual, que solo es entregado, y formando para profesionales, en salud mental, en todo el mundo y no para otro tipo de profesionales.

El Análisis de la conducta aplicada, es un programa que existe desde hace más de 50 años, un programa de alta confiabilidad

científica aplicado en pacientes con TGD, que permite mejorar las condiciones de adaptabilidad cognitiva, afectiva, comunicativa, conductual y de relaciones sociales del paciente.

Se debe aclarar, que no se puede aplicar el análisis del comportamiento aplicado, desconociendo, las características diferenciales del cerebro autista, o desconociendo los paradigmas del desarrollo y la estructuración biológica, estos son en sí un complemento. Que lleva a plantear la formación de profesionales altamente capacitados en la posibilidad de integrar estos tres modelos científicos, el del desarrollo y su neurología, el del modelo de comprensión autista y diferencial y el modelo del análisis del comportamiento aplicado.

Por lo tanto, se promueve un programa de rehabilitación para los niños y niñas con TGD, pero se aclara, no se promueve una técnica, sin contexto, sin análisis sin comprensión de la dificultad, que al parecer ese es el error de otros centros institucionales, que convierten a la disciplina científica, en un simple modelo técnico, desconociendo todo su valor paradigmático. Este desconocimiento, lleva a errores que en lugar de mejorar las condiciones del paciente, su aplicabilidad puede llevar al retraso y a la desmotivación.

De manera afortunada, nuestro país, lucha y clama, por un intento, por comprender la

diversidad y el reconocimiento de todos nuestros niños y niñas con trastornos generales del desarrollo, autismo, trastorno de espectro autista, síndrome de asperger, síndrome de rett, síndrome desintegrativo infantil y otras discapacidades más.

Buscando demostrar que también hacen parte de nuestras sociedades y están en nuestras vidas y que como todo ser humano, busca, disfrutarla, enriquecerse, jugar, vivir, sentir y llorar.

Su diferencia los hace únicos y en su identidad y particularidad y sus formas y maneras de comprender el mundo, podemos también aprender a generar recursos en el desarrollo de su inteligencia visual y auditiva, a vivir en un mundo con control, seguridad y estabilidad y en la utilización de un lenguaje y unas formas de comunicación clara, con coherencia, entre lo que se piensa y se hace, y en la no comprensión del doble sentido, la ironía, la ridiculización, tal vez, la vida humana, sería más ética y más sencilla.

Es así como se ha estructurado un escrito, que busca, explicar, tres elementos básicos, el primero nombra las características y condiciones de los trastornos generales del desarrollo y su relación con el Análisis de la conducta aplicada, el segundo describe su positiva extensión y llegada a nuestro país, gracias a profesionales en psicología consagrados y por último, inicio la reflexión, ante la negativa del Ministro de Seguridad

Social en Salud, en negarle a los pacientes con TGD, la posibilidad de aplicación de programas con terapia en Análisis de la conducta aplicada, aduciendo, que es un programa de metodología alternativa y de poca confiabilidad. Negándole la posibilidad no de una cura, pero sí de generar mejores condiciones.

El Análisis de la Conducta Aplicada y los Trastornos Generales del Desarrollo

Los trastornos generales del desarrollo¹², el autismo y el trastorno de espectro autista, son tal vez una de las condiciones humanas de mayor fascinación para el mundo de las ciencias de la salud y las sociales. Concebido, como un déficit de naturaleza orgánica y neurológica, tiene como antecedente una serie de explicaciones de tipo cultural, que no han logrado explicarlo, pero si, han logrado discriminarlo.

El inicio de los estudios, descriptivos y objetivos sobre el autismo y el síndrome de asperger, se lo debemos a los doctores, Leo Kanner, (1943) y Asperger, (1944, citados en Junta de Extremadura, 2007), quienes describirían las situaciones atípicas centradas en el lenguaje, la comunicación, el comportamiento y las relaciones sociales, de un grupo de niños y niñas que se marcaban con un patrón diferencial a los chicos de la época.

Sus bondades descriptivas serian nombradas como problemas psicoafectivos, psicopatías, esquizofrenia e idiotez, hasta llegar a la demostración de identificarse como problemas estructurados del desarrollo. Su reconocimiento y existencia, seria validada por la Asociación de Psiquiatría Americana y la Organización Mundial de la Salud, referenciándola en sus manuales, DSMIII, DSMIVTR, (Apa, 2002) y el CIE10, (OMS., 2000).

Pero si bien, su existencia ha sido demostrada, hace más de una década, a un hoy en día no existen teorías fuertes que permitan llegar a una explicación razonable, sobre el trastorno. Dejando en el aire, una serie de explicaciones y propuestas, que no describen con exactitud el origen de la problemática, similar condición se tiene para las propuestas terapéuticas, las cuales en su gran mayoría, han sido poco efectivas y en donde se encuentra, diversas gamas de propuestas, pasando desde la farmacología, hasta, tratamientos psicoafectivos, psicodinámicos y sociales, con baja validez y con poca demostración de cambio.

Solo es hasta a mediados del siglo XX y justificada por una necesidad de plantear una ciencia moderna y científica, es que emergen los primeros teóricos de la psicología experimental, logrando construir un paradigma, con cimientos y bases fuertes, que incluso hoy, después de más de 60 años, de creada la teoría, sigue siendo manejada y utilizada por un sin número de

¹² De ahora en adelante se utilizara la sigla TGD, para denominar trastornos generales del desarrollo.

terapeutas de las ciencias de la salud y la salud mental.

Es gracias a la llegada de las teorías conductuales y al establecimiento de principios, métodos y técnicas de validación, inventadas por autores como, Pavlov, Skinner, Thorndinke, entre otros, que llevarían a demostrar, la naturaleza de la complejidad humana. Y además lograrían el grueso de una serie de teorías que explican la conducta y el comportamiento, a través de sistemas de estímulos – respuestas, contingencias, reforzamiento, castigos y condicionamientos. Logrando la estructuración de un paradigma fuerte y con características de evaluación y validez. De esta forma la psicología conductual, abriría un nuevo mundo de ciencia, creando expresiones científicas de amplia importancia.

El resultado de este nuevo paradigma, permitirían la solidificación de una psicología experimental, pero también la estructuración de nuevas formas de ampliación y aplicación de la teoría. Es de esta manera como, Cooper, Herón & Heward, (2007, citados en Giraldo, B. 2013), refieren que ante el nuevo mundo de ciencia, las teorías conductuales generarían, tres grandes ramas.

Como son el conductismo, la cual es la filosofía de la ciencia de la conducta. La investigación básica, encargada del análisis experimental de la conducta, y el desarrollo

de la tecnología, que tiene el objetivo de mejorar la conducta, en esta última se inscriben teorías de potencia como la modificación de la conducta y el análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en Inglés), este último ha surgido como un enfoque terapéutico basado en la utilización de los principios del aprendizaje y la conducta, descubierto por medio del análisis experimental de la conducta, (Fisher, Groff & Roane, 2012, citado en Giraldo, B. 2013).

La autora, Mustaca, A. (2003), además ha descrito que el nuevo paradigma, basado en los resultados de la psicología experimental, logro su extensión en cuatro líneas fuertes de investigación. La primera centrada en el análisis experimental del comportamiento, la cual tiene el objetivo de estudiar los procesos básicos involucrados en la conducta. La segunda se enfocara en el análisis del comportamiento aplicado, desarrollando planteamientos e investigaciones, en la generación de tecnologías derivadas del análisis experimental del comportamiento aplicadas en problemas de tipo clínico, educativo y de la vida diaria, este último es también comprendido como el análisis de la conducta el cual tiene a uno de sus hijos más promisorios que son los modelos en ABA, (siglas en ingles de analysis behavior applied). Junto a esta última línea está la modificación de la conducta, centrada en el desarrollo de propuestas clínicas para el manejo control y transformación de la psicopatología humana y por último está el

análisis conceptual del comportamiento, centrado en el desarrollo de propuestas e investigaciones históricas, filosóficas, teóricas y metodológicas, (Mustaca, A. 2003).

El análisis del comportamiento aplicado o ABA¹³, existe gracias a los trabajos desarrollados en el análisis experimental de la conducta, quien tiene sus comienzos con los trabajos de Skinner, desde 1930 y con su libro titulado "la conducta de los organismos", (1937, citado en Mustaca, A, 2003).

Este análisis experimental de la conducta y el conductismo, son parientes cercanos, en donde sus conclusiones han logrado generar toda una revolución, sobre lo que entendemos como ser humano y sociedad, (Ardila, R., 1998, citado en Mustaca, A. 2003). Por algo uno de sus padres, el Doctor Skinner, será uno de los autores más nombrados en encuestas y está en el ranking de los 100 psicólogos más eminentes del siglo XX (Haggbloom, Warnick, Warnick, Jones, Yarbrough, Russell, Borecky, McGahhey, Powell III, Beavers y Monte, 2002, citados en Mustaca, A. 2003).

Retornando nuevamente a nuestro objetivo, describimos como un modelo de intervención de alta eficacia, como lo es el análisis del comportamiento aplicado, es parido, de los métodos científicos puros, y que se guía con los principios de la

psicología experimental. El cual tuvo un inicio con los laboratorios y experimentos con animales pero que más adelante sería instaurado en humanos.

Como lo demuestran los estudios de Watson y Rayner, en 1920, (citado en Giraldo, B. 2013), demostrando, que a través de sistemas y contingencias de condicionamiento clásico, se podía explicar el miedo, con conclusiones que develaban, el condicionamiento, la contingencia, el aprendizaje y desafiando para la época, las casi indestructibles teorías de la conducta gobernada por la genética humana.

Los estudios de Watson, serían la antesala de una serie de trabajos como los reportados en 1924, por Mary Cubierta de Jones, la cual no solo replicaría el trabajo de Watson, sino que también, crearía nuevos sistemas de condicionamiento clásico, esta vez para eliminar y modificar los miedos aprendidos, tal vez, estos se han los inicios de la terapia de la conducta y la modificación de la conducta, (Giraldo, B. 2014).

Para 1938, y con el célebre autor Skinner, se iniciarían los estudios de la conducta y de sus consecuencias, a través de la creación de sistemas de reforzamientos y castigos, su producción ampliamente estructurada llevaría a la creación de una teoría que es denominada como el condicionamiento operante. La generación de tecnologías como la caja de Skinner, y el

¹³ De ahora en adelante se utilizara la sigla ABA, para referenciar, analysis behavior applited, o su traducción como análisis del comportamiento aplicado.

descubrimiento de la operante libre y su forma de medirla mediante el registro acumulativo, con la descripción de los programas de reforzamiento. Abriría un nuevo camino infinito, lleno de posibilidades para el estudio de la conducta animal y humana, simple y compleja, (Harzem, 2000, citado en Mustaca, A. 2003).

Con el condicionamiento operante, se explicara el origen de los múltiples comportamientos humanos, a través de explicaciones objetivas centradas en contingencias de conducta y consecuencias. Consecuencias, que son el resultado de múltiples sistemas de acción reforzante y castigante. Capaces de generar en los seres humanos, el incremento y establecimiento de frecuencias conductuales, además de estructurar condiciones para la modificabilidad y la disminución de la conducta. El adelanto de estas propuestas llevaría también a generar tecnologías como la extinción, catalogado como uno de los métodos más eficaces para la eliminación de comportamientos.

La alta evidencia experimental y científica, llevarían a centrar el núcleo fuerte del conductismo y a generar una serie de publicaciones científicas como fueron los trabajos de Fred S. Keller y Nat Schoenfeld, que escribirían, los “principios de psicología”, (1950), quienes también escribirían para los estudiantes en la Universidad de Columbia, un texto en el

análisis experimental de la conducta en 1946 (Dinsmoor, 1989, citado en Giraldo, B. 2014).

Para, 1957, Charles B. Ferster & BF Skinner, publicarían, “*un programa de reforzamiento*”, elemento potente en la comprensión de la teoría del análisis del comportamiento aplicado y también en ese mismo año Skinner, publicaría, “*verbal behavior*”, un análisis histórico en el estudio del lenguaje, (Skinner, 1957, citado en Giraldo, B. 2014).

Su enorme avance científico llevaría a la generación de nuevos adeptos al nuevo paradigma que se consolidarían en 1958, a través de la Sociedad para el análisis Experimental de la Conducta en Estados Unidos, y la cual publicaría el primer número del Diario del Análisis Experimental del Comportamiento, una revista de psicología, que publicaba los originales, de experimentos relacionados con el comportamiento de los organismos individuales.

Ya para 1960, el autor, Murray Sidman, el cual sería uno de los analistas del comportamiento más distinguidos de la Universidad de Columbia, escribiría, “*las tácticas de la investigación científica*”, una cuenta influyente de la metodología de investigación, naciendo así la nueva ciencia del análisis de la conducta.

El Inicio de los TGD y el Análisis de la Conducta Aplicada

Los primeros trabajos publicados con pacientes con dificultades del desarrollo, tendrían su referente en 1949, con los estudios de Fuller, (citado en Giraldo, B. 2013). El cual describía el desarrollo de funcionamientos comportamentales a través de programas de condicionamiento operante. El tema era un muchacho de 18 años de edad con retraso mental profundo, que fue descrito en el lenguaje de la época como "idiota vegetativo".

El cual no era capaz de darse la vuelta y se limitó a mentir sobre su espalda. Fuller, explicaba en su artículo, que llenaba una jeringa con una solución de azúcar de leche caliente. La cual inyectaba en la boca del sujeto cada vez que el joven movía su brazo derecho, y a través de la continua frecuencia del reforzamiento, el paciente logro ser capaz de moverse, a pesar de que al inicio se movía con poca frecuencia.

El científico concluye que después de cuatro sesiones el joven movía su brazo en una posición vertical a una velocidad de 3 veces por minuto.

Según, Giraldo, B. (2013), otro de los resultados más impactantes del trabajo de Fuller, será el identificar, que después de su publicación, las publicaciones que le continuaron sobre temas similares se triplicarían en frecuencia.

Para 1959, Ayllon y Michael (citados en Giraldo, B. 2014), informaban de los efectos de las intervenciones llevadas a cabo por las enfermeras, con condicionamientos operantes en una unidad psiquiátrica. Su informe fue el primero en sugerir la generalidad de los métodos operantes a través de varios pacientes y varios comportamientos dentro de un ámbito hospitalario, (Kazdin, 1978, citado en Giraldo, B. 2014).

Pero es solo hasta, 1961, cuando Charles B. Ferster y Marian K. DeMyer, (Giraldo, B. 2013), realizarían su primer análisis experimental de la conducta con niños autistas, el cual fue publicado con el título, "el desarrollo de actuaciones en los niños autistas en un ambiente controlado de forma automática", que fue seguido por su reproducción y extensión en 1962, en el artículo, "un método para el análisis experimental del niño autista".

Después de su primera investigación del comportamiento, Ferster (1961, citado en Giraldo, B. 2013), proporcionaría un análisis conceptual, sobre los principios de la conducta autista, explicándolo en términos operantes. Señalando que las dificultades de los niños autistas se pueden explicar, en parte, como una falta de respuesta a los reforzadores condicionados con retraso, o a déficits de comportamiento tales como repertorios lingüísticos inadecuados, ausencia de ciertas formas de control de estímulos y de comportamientos sociales

aversivos. Anotaciones que aún son aceptadas, en los modelos de intervención de tipo conductual.

Charles B. Ferster y Marian K. DeMyer (1961, citado en Giraldo, B. 2013), también publicarían un informe de una página, en el Diario del análisis experimental del comportamiento, titulado, "aumento de actuaciones de un niño autista con la administración de proclorperazina". Este podría ser la primera investigación de farmacología conductual básica, (Morris & Fouquette, 2009, citado en Giraldo, B. 2013). Aunque Ferster, haría más investigaciones con farmacología, estas no fueron publicadas, además el autor y DeMyer, solo publicarían juntos hasta 1961.

Según Kazdin (1978) y Morris, Fouquette, Smith y Altus (2008, citado en Giraldo, B. 2013), la investigación e interpretación del comportamiento realizado por Ferster & De Myer, proporcionarían una base fresca para el estudio de la conducta autista y sería influyente para científicos, jóvenes como lo era, Sidney W. Bijou, el cual era seguidor y estudiante de B.F. Skinner.

Skinner, que para 1946 era el presidente del departamento de psicología en la Universidad de Indiana, recomendaría a Bijou, para unirse a la facultad y dirigir el programa de formación clínica recién formado.

Bijou, quien era seguidor de las clases de Skinner y de J.R. Kantor, y además participaba de las reuniones de laboratorio y grupos de discusión, lo cual impresionaba a Bijou. El mismo Bijou, describiría su fascinación por la manera estructural y ordenada, del manejo científico y del uso de una metodología clara y objetiva, en especial en la recolección de los datos y su forma de análisis en los laboratorios experimentales con animales. Esta motivación lo llevaría a generar programas científicos que evolucionaran en la replicación de estudios similares con animales pero también hacia la experimentación con niños pequeños.

En 1948, Sidney Bijou, dejaría de trabajar con la Universidad de Indiana y pasaría a ser profesor en la Universidad de Washington, (Ghezzi, 2010, p. 176, en Giraldo, B. 2013), en el programa de psicología, en el cual organizaría un laboratorio para estudiar la conducta normal y anormal de los niños.

Con el cual Bijou, tendría un gran éxito, logrando establecer un programa de clase mundial en la investigación básica y el análisis de la conducta, incluso llevándolo a crear un programa de formación de postgrado. Esto llevaría a la generación y formación de comunidades científicas altamente estructuradas en la comunidad de Seattle y los cuales serán denominados como los pioneros del análisis del comportamiento, entre estos científicos se cuentan, Don Baer, Mont Lobo, Todd Risley,

Betty Hart, Ivar Lovaas, Jay Birnbrauer, Hayden Mees, Bob Whaler, Rob Hawkins, Bud Wexler, Vance Pasillo, Jim Sherman, Eileen Allen, Howard Sloane, Barbara Etzel, Bob Orlando, Bill Hopkins, Bob Peterson, y Marion Ault, por nombrar sólo algunos, (Ghezzi, 2010, pp 176-177, citado en Giraldo, V. 2013).

Pero es desde, Washington, que llegan la primeras demostraciones de la aplicación de los principios y la metodología operante, en la modificación del comportamiento con un niño autista. Wolf, Risley y Mees, en 1964, presentarían un informe en el primer número de la revista de investigación y terapia de comportamiento, titulado, "la aplicación de procedimientos de condicionamiento operante a los problemas de comportamiento de un niño autista", en el cual describía la condición de Dicky, que era un paciente niño de 3 años de edad con autismo, que aparece con conductas de berrinches y autolesión y que estaba en riesgo de ceguera causada por no usar lentes de corrección después de una operación de cataratas.

En este artículo se muestran los primeros análisis de la conducta aplicada, entonces llamado "modificadores de conducta", en el diseño de reversión, ensayos discretos, procedimiento de tiempo de espera, sentarían las bases para lo que vendría a ser llamado "validez social", y que al finalizar el tratamiento, el autor describiría de la siguiente manera:

Según un informe de la madre seis meses después de regresar a casa del niño, Dicky sigue llevando sus gafas, no tiene rabietas, no tiene problemas para dormir, se está convirtiendo cada vez más verbal, y es una nueva fuente de alegría para los miembros de su familia (Wolf, Risley y Mees, 1964, p. 312, citado en Giraldo, B. 2013).

En Washington, Bijou y su equipo, siguen trabajando y publicando diversos números de artículos, seminarios, libros, entre otros.

La gran mayoría de trabajos están centrados en las discapacidades intelectuales y del desarrollo, el desarrollo del niño, la evaluación conductual y la terapia de la conducta del niño entre otros, siendo reconocidos los trabajos de, Allen, Hart, Buell, Harris, & Wolf, 1964; Bijou, 1955 / 57/58/61; Bijou y Baer, 1961/65/66; Birnbrauer, Bijou, Wolf, y Kidder, 1965; Birnbrauer, Wolf, Kidder, y Tague, 1965; Bijou y Sturges, 1959; Hart, Allen, Buell, Harris & Wolf, 1964, (citados por Giraldo, B. 2014).

En 1965 Bijou se mudó de Washington hacia la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign (Morris, 2008, citado en Giraldo, B. 2014). En el mismo año Baer, Wolf y Risley, pasaron a la Universidad de Kansas para iniciar su propio programa de análisis de la conducta, creando los primeros, laboratorios de investigación en el recientemente formado Departamento de Desarrollo Humano y la Vida Familiar

(Poulson, 2002, citados en Giraldo, B. 2013). En 1968, los tres pioneros definen formalmente el análisis aplicado del comportamiento y establecen las normas para su práctica (Baer, Wolf y Risley, 1968, citados en Giraldo, B. 2014).

Y en 1958 Sidney Bijou, le ofrece un puesto postdoctoral a Ivar Lovaas en el Instituto de Desarrollo Infantil, el cual inicia con trabajos con niños en edad preescolar y con programas de refuerzo en el desarrollo de expresiones vocales, replicando en si los trabajos de Greenspoon, de la época. (Lovaas, 1993, p. 618, en Giraldo, B. 2014).

Después de terminar su formación post-doc con Bijou, Lovaas acepta el puesto como profesor asistente en la Universidad de California-Los Ángeles (UCLA) en 1961 (Larsson y Wright, 2011, citado en Giraldo, B. 2014), lugar donde profundizaría sus estudios e investigaciones con niños con autismo, gracias a la financiación de becas y generación de subvenciones federales generadas por el congreso en 1963 y la Ley de Construcción de Retraso Mental y Centros de Salud de la Comunidad.

Desarrollando investigaciones en el Instituto de Neuropsiquiatría y en el Hospital Estatal de Camarillo. Al inicio Lovaas utiliza procedimientos aversivos (Lovaas, Schaeffer & Simmons, 1965; Lovaas y Simmons, 1969; Simmons & Lovaas, 1969, citado en Giraldo, B. 2014), pero que con el tiempo y con los avances de la investigación, decide

eliminarlos y nombra que este tipo de programas no son tan efectivos como los de reforzamiento, (Smith y Lovaas, 1997, en Giraldo, B. 2013).

Ya en la década de 1970, Lovaas, comenzó en la Universidad de California en Los Angeles (UCLA), el proyecto de autismo joven, que hizo hincapié en la intervención temprana. Los sujetos del estudio estaban entre las edades de dos y cuatro años. El currículo enfatizaba, el desarrollo del lenguaje, la interacción social y las habilidades de interacción con otros escolares. El cual para fortuna y después de 2 y 3 años de tratamiento, se informó que un 47% del grupo experimental con tratamiento intensivo, en si 9 de 19 niños y frente al 2% de los del grupo de comparación, 1 de 40 niños, lograron un "funcionamiento normal", (Lovaas, 1987; McEachin, Smith & Lovaas, 1993, citados en Giraldo, B. 2014).

Una réplica realizada por el Early Autism Proyecto Winsconsin, demostro la consistencia con lo reportado por Lovaas y colegas (Sauces y Graupner, 2005, citado en Giraldo B. 2014). Para junio de 1993, Catherine Maurice publicó, déjame oír tu voz, un caso de estudio autobiográfico de dos de sus hijos diagnosticados con autismo y los progresos que hicieron con Lovaas, a través de la terapia ABA (Perry, Cohen, y De Carlo, 1995; citado en Giraldo, B. 2014).

Similar condición nombra, Bryson, S.; Clark, B. & Smith, I. (2005), quien publico en la revista de psicología y psiquiatría infantil de la Universidad de Dalhousie, Nueva Escocia - Canadá, un artículo titulado, "primer informe de un estudio epidemiológico canadiense de los síndromes autistas", nombrado que la gran mayoría de estos pacientes son tratados con técnicas de psicología experimental denominada como ABA, y las cuales en un alto porcentajes se tienen resultados satisfactorios.

También los estudios de McEachin, J.; Smith, T.; & Lovaas, O.; (1993), publicados en el American Journal of retraso mental, titulado como "el resultado a largo plazo para los niños con autismo que recibieron tratamiento conductual intensivo precoz", concluyendo, que, después de una intervención conductual muy intensa en términos de frecuencia en un grupo experimental de 19 niños en edad preescolar con autismo lograron colocaciones escolares menos restrictivas y un coeficiente intelectual más alto del común de adolescentes autistas, incorporados en un grupo control de 19 niños similares por la edad, (Lovaas, 1987), además el estudio describe que el grupo de niños experimentales conservaron sus ganancias en un mayor tiempo, en 9 sujetos experimentales, 8 de ellos eran indistinguibles a la edad de los 7 años en el promedio de las pruebas de inteligencia y conducta adaptativa.

En Latinoamérica, los Argentinos, Matos, M. y Mustaca, A. (2005), han descrito que a través de un programa de manejo de contingencias con el método de desarrollo de porciones de Lovaas, I. y Cols. (1981), en una población de 9 niños, de los cuales 8 eran niños y una niña, diagnosticados con trastorno general del desarrollo, lograron que estos niños pudieran tener una mejor adaptabilidad en el 80% de sus áreas funcionales en comprensión del lenguaje, funciones del comportamiento, nivel de desarrollo mental y grado de autismo.

Análisis de la Conducta Aplicada y los T.G.D. en Colombia

En Colombia, los modelos de análisis de la conducta aplicada, tuvieron su origen en los programas de formación en psicología del país, (López, W.; Pérez, A., Gamboa, C.; Hurtado, C; y Aguilar, M.; 2006), y estuvieron basados en los estudios del análisis del comportamiento y la terapia del comportamiento.

El doctor Ardila, (citado en López, W.; Pérez, A., Gamboa, C.; Hurtado, C; Y Aguilar, M.; 2006), describe que para los años 60 la psicología Colombiana se enfocaba en estudios de tipo psicodinámico y psicométrico, pero gracias a la llegada de profesionales en psicología que realizaron sus estudios de posgrado en Estados Unidos, se comienza abrir el norte de estos nuevos paradigmas, enfocados en una psicología experimental y científica.

López, W.; Pérez, A., Gamboa, C.; Hurtado, C; y Aguilar, M.; (2006), nombran que para la época existían ya un grupo de científicos destacados en el análisis de la conducta, entre ellos estaban el Doctor, Rubén Ardila, Mateo Mankeliunas, entre otros, los cuales planteaban la relación legítima entre la ciencia y la psicología, enfatizándose en el modelo experimental como puente de esta relación, su nicho más prodigioso estaría en el programa de psicología de la Universidad Nacional.

Es así como para inicios de los 60 se publicaría la primera revista sobre el análisis del comportamiento en Colombia, titulada, "Behaviorismo: hacia una psicología científica", por Rubén Ardila y a partir de este momento se iniciaría un notable desarrollo sobre la creación intelectual del tema en nuestro país. Ya para 1969 Ardila, también fundaría en Bogotá, la revista latinoamericana de psicología, y también se crearía la Federación Colombiana de Psicología, que lograría su afiliación a la Unión Internacional de Ciencia Psicológica, IUPsyS, (Lopez, W.; Perez, A., Gamboa, C.; Hurtado, C; Y Aguilar, M.; 2006).

Para 1970, el doctor Ardila publicaría su libro titulado, psicología del aprendizaje y para ese mismo año, siendo Ardila el presidente de la Federación Colombiana de Psicología, organizaría el primer coloquio público sobre fenómenos del aprendizaje y terapia del comportamiento. Es notorio nombrar que para 1972 el doctor Emilio Ribes, visita el

país para presentar su libro, técnicas de modificación de conducta, el cual explicaba las aplicaciones de la modificación de conducta en pacientes con retardo en el desarrollo (Ribes, 1972, citados en Lopez, W.; Perez, A., Gamboa, C.; Hurtado, C; Y Aguilar, M.; 2006), este tal vez, sería el inicio de las teorías del comportamiento aplicado a pacientes con deficiencias del desarrollo y neurológicas.

Para esta misma época, la Universidad de los Andes, crea uno de los primeros laboratorios de análisis experimental de la conducta y para 1974, la Universidad Javeriana, establece un pensum académico con cátedras como el análisis experimental de la conducta y el análisis conductual aplicado. Los avances académicos y de desarrollo científico centrado en los programas de estas universidades llevarían a generar una ola creciente de autores y estudiantes que promoverán el modelo científico del análisis conductual experimental y aplicado.

Para 1975, Ardila, promueve la Asociación Latinoamericana de Análisis y modificación del comportamiento (Alamoc), y para 1976, se crea la primera maestría en psicología enfocada a la psicología clínica con enfoque comportamental. El desarrollo científico de la época se notaran en las tesis de grado de la Universidad Nacional, de los estudiantes, Rodríguez de Valencia, Cifuentes García y Ramírez (1972), titulada, "utilización de técnicas operantes en la socialización de

niños autista con retardo mental: un estudio experimental", (citado en López, W.; Pérez, A., Gamboa, C.; Hurtado, C; y Aguilar, M.; 2006).

Y en 1978, se forma en Bogotá, la Sociedad Colombiana de Psicología, y en junio del mismo año, se celebraría el II Congreso Latinoamericano de análisis de modificación del comportamiento, el cual conto con la visita de Emilio Ribes. El cual también dictaría un curso de interconductismo de Kantor, en la Universidad de los Andes.

Para los años 80, el desarrollo científico se ampliaría de forma desbordante y se celebraría, con el X simposio internacional de modificación de conducta. Al año siguiente Juan Alberto Aragón establecería el programa de psicología de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz con enfoque conductual. En 1982 Ardila, fundaría, la revista avances en psicología clínica Latinoamericana, y en diciembre del mismo año el profesor Leónidas Castro, fundaría la Asociación Colombiana de Análisis de Terapia del comportamiento (ACATC), el cual publicaría, una revista exclusiva para el análisis del comportamiento y la cual rápidamente se incluirá en la base de datos de la Apa, psychological abstracts, psyslit y psycinfo.

En los años 90 y según López, W.; Perez, A., Gamboa, C.; Hurtado, C; y Aguilar, M.; (2006), el modelo conductual se mantendría en los centros académicos y se desarrollaría

junto con los recién llegados paradigmas cognitivistas.

Ya para 1994 el doctor Aristóbulo Pérez Gonzales, publicaría el libro titulado, "psicología del aprendizaje: manual de laboratorio". Y en 1998, el profesor Arturo Clavijo y un grupo de estudiantes, expondrían los resultados de sus trabajos sobre el análisis experimental del comportamiento, con su libro, "manual del análisis experimental del comportamiento", (Ardila, López, Pérez – Acosta, Quiñones & Reyes, 1998, citados en López, W.; Pérez, A., Gamboa, C.; Hurtado, C; Y Aguilar, M.; 2006).

Para finales de los 90, el avance en modelos conductuales en el país, es de amplia acogida permitiendo desarrollar funciones académicas de avanzada, visitando al país en 1996, Julie Vargas Skinner, hija de B.F. Skinner y María E. Malott, secretaria ejecutiva de ABA, (Association for Behavior Analysis), el cual en julio de 1999, otorgaría, el aval para el funcionamiento de un capítulo de dicha institución en el país y nombrando como presidente al psicólogo Wilson López.

A partir de entonces ABA – Colombia, heredaría el legado de Alamo - Colombia y se constituiría como la asociación colombiana para el avance de las ciencias del comportamiento, facilitando publicaciones, artículos, boletines entre otros. De manera afortunada para el 2003,

el Dr. López López, sería nombrado por ABA internacional como director del comité de desarrollo internacional.

También en el año 2000, ABA- Colombia y el Colegio Oficial de Psicólogos de España, han realizado encuentros y congresos como lo fue el quinto congreso Iberoamericano de psicología de la salud realizado en Cartagena. En julio del 2002, ABA – Colombia, organizaría el III congreso Iberoamericano de psicología junto con el Colegio Oficial de Psicólogos de España, reconociéndose el desarrollo y la necesidad de ABA en el país.

Para 2005, Aldo Hernández y su grupo de trabajo, de la Universidad Católica de Colombia, recibieron el International Development of Behavior Analysis, como reconocimiento a su trabajo investigativo.

El Nuevo Siglo

Ya en los inicios del nuevo siglo, los avances del modelo conductual y sus aplicaciones en el análisis del comportamiento aplicado y modificación de la conducta, han mostrado un notable desarrollo, dejándose atravesar por propuestas científicas que integran las neurociencias y los modelos de teoría conductual, como lo muestran los trabajos de German Gutiérrez, Arturo Clavijo, Telmo Pena y Marisol Lamprea, sobre control y comportamiento en la Universidad Nacional. Mustaca, A. (2003), considera que las teorías comportamentales están profundamente

ligadas a los trabajos de las denominadas neurociencias y al desarrollo tecnológico derivada de ellas. La autora está plenamente convencida que el cerebro se transforma a través del desarrollo de la estimulación cerebral y el aprendizaje, permitiendo mejorar las condiciones de la conducta.

La autora, que ha trabajado en los modelos de reforzamiento propuesto por Skinner, ha encontrado la relación, tan importante entre la estimulación ambiental y la estimulación cerebral, y concluye que son los estímulos específicos, los que llegan a generar condiciones de desarrollo y aprendizaje al cerebro humano, además ha especificado que los procesos del aprendizaje no solo provocan cambios en la arquitectura cerebral, si no también genera transformación de condición genética a través de la transformación fisiológica y neuronal del ser humano, como lo confirman los trabajos de Heffner, Luttinger, Hartman y Seiden (1981, citados en Mustaca, A. 2003), sobre los cambios en el metabolismo cerebral de las catecolaminas bajo programas de reforzamiento de razón o de intervalo, delimitando las modificaciones a la región del caudado-putamen, el hipotálamo anterior y la amígdala.

El aprendizaje también influye sobre el sistema inmunológico mediado por los cambios cerebrales y hormonales. Por ejemplo, se mostró la existencia del condicionamiento del sistema inmunológico

(ver Mustaca, 2001 en 2003), inmunosupresión en ratas sometidas a frustración (Mustaca, 1999, en 2003) y relaciones entre emociones y sistema inmune (ver Mustaca y Bentosela, 1995 y Mustaca, 2001, citados en Mustaca, A. 2003), estudios que sugieren que los refuerzos primarios y secundarios tienen una misma base neuronal y establecen una conexión neurológica entre los procesos cognitivos y de motivación.

También se han nombrado los estudios que manejan técnicas de tomografía de emisión de positrones (TEP) y resonancia magnética nuclear y funcional, (RMf), con el fin de medir los cambios neurocerebrales de personas con patologías mentales como esquizofrénicos, depresivos, fóbicos y síntomas obsesivos compulsivos y su transformación positiva, ante la exposición de técnicas interventivas de análisis de la conducta y modificación de la conducta. Un ejemplo son los resultados obtenidos con pacientes que sufren anorexia nerviosa, en la cual la técnica de aproximación conductual considera que el origen y mantenimiento de este desorden tiene componentes que se pueden definir como una fobia a la comida y parte del tratamiento se realiza a través de una desensibilización sistemática, situación que ha hecho reducir los síntomas y transformar áreas neurocorticales, tendientes a la condición de ansiedad, (Kleinfeld, Wagner y Halme, 1996, citado en Mustaca, A. 2003).

Investigadores como Baxter, Schwartz, Bergman, Szuba, Guze, Mazziotta, Munford y Phelps (1992, en Mustaca, A. 2003), presentaron trabajos donde compararon los cambios cerebrales producidos por psicofármacos y la terapia comportamental, en pacientes con síntomas obsesivos-compulsivos, encontrando que los tratamientos conductuales cambian las respuestas neuronales de modo semejante a los psicofármacos.

Pero también se debe nombrar los resultados sorprendentes, en pacientes con autismo y la utilización de programas de reforzamiento positivo de Lovaas, I. en los que se comprueban como los cerebros estructurados con un perfil genético, pueden ser transformados a través de sistemas contingenciales de reforzamiento, produciendo cambios en las estructuras neurocerebrales.

Esto ha llevado a concluir a autores como, Kleinfeld, Wagner y Halme, 1996; citado en Mustaca, A. 2003), que las derivaciones científicas de los estudios comportamentales, a través del desarrollo de tecnologías como lo es el análisis experimental de la conducta, el análisis del comportamiento aplicado, la modificación de la conducta y la terapia cognitiva conductual, (esta última considerada como una redundancia en tanto los procesos cognitivos son también acciones de función conductual), son también consideradas

técnicas de modificación cerebral y de todo el organismo.

Son estas consideraciones y validaciones científicas lo que ha llevado a la ciencia conductual a convertirse en el pilar fundamental, de disciplinas científicas como la psicología, la psiquiatría, la neurología, neuropsicología, entre otras, a definirse como un eje fundamental en su formación, llevando incluso a asociaciones públicas y privadas a formar comunidades científicas que profundizan el tema y ofrecen servicios de condición terapéutica.

Por ejemplo en Estados Unidos, está la Asociación para el Análisis Comportamental, (Association for Behavior Analysis International), la Asociación Cambridge del centro de estudios comportamentales, centradas en el desarrollo científico y en la promoción continua de programas terapéutico para niños y niñas con la discapacidad. También se encuentra la clínica especializada, The Behavior Learning Clinic, en los Angeles, reconocida por sus tratamientos a pacientes con problemas de conducta y de adaptación, síndrome de down, trastornos generales del desarrollo, autismo, retardo mental, parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y dificultades de la conducta en la niñez y en la infancia, además del planteamientos de artículos y propuestas para la adaptación en ambientes pedagógicos y sociales, con parámetros y estándares para pacientes con autismo y asperger.

En Latinoamérica, se nombra a la primera organización y tal vez la de mayor trascendencia, Associacao Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental, (Asociación Brasileña de Psicología y Medicina Conductual; ABPMC), la cual cuenta con más de 2000 miembros y en su página web, nombran los adelantos científicos de amplia aplicabilidad en pacientes con autismo, discapacidad general y problemas de comportamiento, incluso nombran los avances en terapias estructurales para pacientes con dificultades de tipo mental o patología psicótica y esquizofrénica.

En Colombia, está la Asociación Colombiana de análisis y modificación del comportamiento (Aba-Colombia), y referencian similares condiciones de desarrollo y función científica estructural.

En Barranquilla, está la fundación E.S.C.O. la cual tiene el objetivo, de desarrollar procedimientos para la solución de problemas comportamentales, desde el año 2004 y en su página Web, describe, la amplia aplicabilidad y éxito en el desarrollo de las técnicas.

Aparte de ello, no se puede desconocer el amplio material bibliográfico y de publicaciones en revistas científicas de alto prestigio nacional e internacional, los cuales, siguen nombrando las condiciones de extensión terapéutico e interventivo de los análisis del comportamiento aplicado, lo que

lleva a concluir que no estamos ante un programa con técnicas alternativas, si no ante un programa de amplio reconocimiento científico.

El Análisis de la Conducta Aplicada y su Compresión Política

A pesar de nombrar las inmensas bondades del programa terapéutico y seguir describiendo su naturaleza claramente experimental y de alta fiabilidad. A un es difícil comprender como en Colombia, a un se escuchan los ecos, nombrados por el Ministerio de Salud, a cargo de Alejandro Gaviria, quien ha descrito la poca validez de los programas en análisis del comportamiento aplicado en el manejo de niños y niñas con TGD, su referenciación la ha hecho el periódico el Tiempo, en la publicación virtual del 10 de enero del 2014, quien la ha nombrado de la siguiente manera:

Meses antes, en su blog personal, el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, escribió: 'Terapias ABA: ¿otro fraude al sistema de salud?'. Gaviria, entonces, señalaba que la certeza sobre la efectividad de este método es poca y que es limitado lo que se sabe acerca de los efectos en la calidad de vida de los niños (El Tiempo, [versión electrónica], extraído el 13 de febrero del 2014).

A parte de ello, en el blog de Alejandro Gaviria, se ha publicado:

La evidencia sobre la efectividad y eficacia de las terapias ABA es escasa y preliminar. Poco o nada se sabe acerca de sus efectos permanentes sobre la capacidad cognitiva o la calidad de vida de los niños, (...)”, (Extraído el 13 de febrero del 2014, en la página web, <http://agaviria.blogspot.com/2013/06/terapias-aba-otrofraude-al-sistema-de.html>).

Estas situaciones, solo llevan a pensar sobre el desconocimiento y de la poca argumentación, que poseen los generadores de políticas para la salud, dirigida a las poblaciones más vulnerables de nuestra sociedad.

Esta situación solo niega la existencia y las necesidades de una población con características diferenciales únicas, pero que por el poco avance epidemiológico y político de nuestro país, no logran ser deslumbrados.

Las estadísticas de la discapacidad, nombran que en el mundo existen 25 personas diagnosticadas con trastorno general del desarrollo por cada 10.000 habitantes, según los datos del Medical Research Council, (citado en Aguirre, P.; Álvarez, R., Angulo, M.; y Prieto, I., 2008), y anuncia que estas cifras aumentan en tanto se inicie la identificación epidemiológica de síndromes recién descubiertos como el trastorno de espectro autista y el síndrome de asperger.

Solo este último sin tener cifras claras podría llegar a ser de una prevalencia de 48 por cada 10.000, habitantes. (Aguirre, P. y otros, 2008).

En la Unión Europea, García, A. (2008), ha nombrado una prevalencia de autismo de 16 sobre 10.000 habitantes, pero si se maneja la revisión con base en el espectro autista este podría ser de 63 sobre 10.000 habitantes. Sin embargo los datos de la organización E.S.C.O. (2014), organización privada para el desarrollo científico de las soluciones del comportamiento, refiere que el autismo es uno de los 3 síndromes de mayor frecuencia, superior al síndrome de down y que según sus estudios, su prevalencia es de 1 sobre 5000, niños y la Asociación Americana de Estados Unidos, ha nombrado de la existencia de 1.500.000, pacientes con autismo.

En Colombia, la situación es difusa en tanto no existen cifras claras y actualizadas, de problemas en salud física, ni muchos menos de los problemas de salud mental y ni hablar de problemas como los trastornos generales del desarrollo. Es así como solo se pueden nombrar los estudios realizados por Unicef en el 2002, describiendo que existe un 12% de la población equivalente a casi 5.000.000, de personas que presentan algún tipo de limitación especial sea esta de carácter cognitivo, sensorial o motor. Y de estas el 50% son personas menores de 18 años.

La doctora Ángela Sánchez, miembro activo de la Sociedad Americana de Autismo, ha nombrado que las cifras han venido cambiando para el continente de una manera rápida y considera que existen al menos 1 paciente con autismo por cada 88 niños, y anexa que en nuestro país su diagnóstico es aun demorado y equivocado, para los primeras etapas en el desarrollo del niño y solo es diagnosticado, después de la primera década de vida, teniendo el paciente que soportar condiciones inadecuadas por una ausencia de diagnóstico, (Prensa, 2014).

Posada, M. (2006), expresa su inconformismo al nombrar que en Colombia, no existen censos claros sobre la discapacidad general y mucho menos sobre el autismo o los trastornos generales del desarrollo, y solo atina a informar que existen entre 6.000.000 de habitantes con alguna discapacidad cognitiva, física, sensorial o mental, existiendo problemas políticos y de reglamentarios en déficit para ayudar ante esta necesidad. Sin embargo la autora, encarnada en mostrar una lucha en Colombia, en favor de los niños con autismo, ha logrado encontrar algunos datos de la Secretaria de Educación Distrital de Bogotá, en la cual para el año 2006, se identificaban 308 estudiantes con síndrome autista, 66 con parálisis cerebral, 192 con síndrome de down y 3692 con retardo mental, en una de las 11 localidades de la ciudad.

García, A. (2008), en varios trabajos epidemiológicos, ha venido concluyendo que las cifras de niños y niñas con TGD, es superior a la nombrada o por lo menos siempre habrá una tendencia a aumentar, en tanto describe que las formas metodológicas con que se hacen los estudios en la Unión Europea y que son copiadas en Latinoamérica, son fallidas, ya que estas, no cuentan la incidencia de los trastornos generales del desarrollo a largo plazo, además de que para la gran mayoría de clínicos en la Unión Europea, a un tienen un amplio desconocimiento del trastorno de espectro autista, no logrado su identificación temprana, sino hasta edades de adolescencia y juventud, momentos en los que ya no han sido clasificados, ni mucho menos intervenidos.

A parte de ello un diagnóstico en la adolescencia y la juventud, es negativo, porque la gran mayoría de estudios sobre el desarrollo neurológico y cerebral, han demostrado, que entre más temprana sea identificada la dificultad y haya la posibilidad de tratamiento rápido y oportuno, se logra un mayor avance en las funciones conductuales, cognitivas, del lenguaje y sociales del paciente, incluso permitiéndoles avanzar hasta el ingreso a la universidad aumentando su capacidad de adaptabilidad, autonomía e independencia, (Lovaas, I. 1989).

El problema aun ofrece grandes enigmas como su tendencia a ser diagnosticado

para el caso del autismo en una frecuencia de 4 sobre 1 a favor de los niños que en las niñas, además que se describe de ser un trastorno que afecta a todas las razas sociales y en todos los estratos socioeconómicos, (E.S.C.O., 2014)

La existencia de los TGD, es prevalente dentro de todas las sociedades y las culturas y desde luego de nuestro contexto, el cual casi poco hace para su comprensión, análisis e intervención. De ahí que son múltiples los pacientes y sus familias, que asisten a diversos programas de salud, en búsqueda de mejores condiciones.

Amparados por los planteamientos de la Organización Mundial para la Salud y la ley de protección social en salud Colombiana, en la cual se afirma que todos los niños y niñas de nuestro país, tienen el derecho a la salud pública y además de tener las garantías suficientes para el sano desarrollo integral.

Es de esta forma como la ley y el estado, promueven la inclusión y la igualdad de los derechos humanos y los derechos ampliamente democráticos para el paciente con TGD. Paciente que tiene todo el derecho de ser evaluado, diagnosticado e intervenido, no solo con programas de evidencia experimental y científica, como lo son los programas del análisis del comportamiento aplicado, si no también, con programas con técnicas alternativas.

En sí y dentro de los parámetros de clasificación y organización mundial de la salud, se ha nombrado que los trastornos generales del desarrollo, no tienen cura y que son caracterizados por avanzar en su naturaleza típica del desarrollo, lo que identifica la generación de programas de intervención continua con valoraciones periódicas y sistemáticas en los diferentes estadios de la vida del paciente y de la generación de programas interventivos a largo plazo, que lo acompañe desde la niñez hasta casi la juventud, (Riviere, A. 1997, citados en García, A.; 2008).

A pesar de que el sistema general de seguridad social en salud del estado Colombiano, y como lo nombra en su carta magna, están presentes las propuestas de la OMS, como derecho constitucional. El estado Colombiano, insiste en negar la existencia de pacientes con este diagnóstico y además de negarles una posibilidad interventiva de manejo exitoso, haciendo que tanto pacientes como familiares inicien una carrera engorrosa, desafiante y despiadada.

Haciendo que estos pacientes terminen discriminados y marginados por la sociedad, y además de hacerle un ofrecimiento en la gran mayoría de casos de propuestas diagnósticas e interventivas tardías. Es por esta razón, que múltiples pacientes y familiares, se han ido en contra de las propuestas del estado y han solicitado se les cumplan sus derechos a través de

mecanismos como tutelas, demandas y otras acciones jurídicas.

Como lo muestran la página web de la Corte Constitucional Colombiana, (2014), quien referencia la ponencia del magistrado Nelson Pinilla Pinilla, en la sentencia T-765/11, nombrando que el derecho a la salud de niños y niñas es fundamental y describe conceptualmente las condiciones y necesidades de los niños con discapacidad así:

En circunstancia de discapacidad es aquel que presenta un déficit, reflejado en las limitaciones de su desempeño dentro del contexto (...), lo cual le representa una clara desventaja frente a los demás, debido a las barreras físicas, ambientales, culturales, comunicativas, lingüísticas y sociales que se encuentran en dicho entorno. La discapacidad puede ser de tipo sensorial, como sordera, hipoacusia, ceguera, baja visión; de tipo motor o físico; de tipo cognitivo, como síndrome de Down; u otras discapacidades caracterizadas por limitaciones significativas en el desarrollo intelectual y en la conducta adaptativa, o por presentar características que afectan su capacidad de comunicarse y de relacionarse, como el síndrome de Asperger, el autismo y la discapacidad múltiple (Corte Constitucional Colombiana, 2011- 2014).

En esta mismo documento y en la ponencia, el magistrado describe que la Ley Colombiana, ampara a los pacientes con discapacidad y nombra que el objetivo

primordial de la salud, es el buen desarrollo de las facultades, físicas, mentales, psicológicas e integrales de un paciente. En donde el estado se compromete a hacer cumplir estos objetivos, generando condiciones de salud integral y otorgando mejoría a los pacientes a través del uso de tratamientos tradicionales, científicos e incluso alternativos, los cuales deberán ser ofrecidos por la ley de seguridad social en salud, cobijada por los estatutos Colombianos.

Aparte de ello nombra con claridad los objetivos y metas a lograr con los programas interventivos para el paciente con discapacidad:

Mejorar los comportamientos, (...) ayudarlos en la autonomía, independencia y desarrollo de la salud mental, condiciones comportamentales, escolares y sociales del paciente. Generando también autoestima, aprehensión de valores para vivir en sociedad, compartir con su familia y la búsqueda de poder compartir con otros niños de similar o diferente condición y fomentar su incorporación a la vida social, buscando las medidas para permitirles la mayor autonomía posible (Corte constitucional colombiana, 2011, 2014).

Objetivos que son comunes con los programas de intervención científica del análisis del comportamiento aplicado para pacientes con trastornos generales del desarrollo, como también lo validan la

Fundación Discapacidad en Colombia, (2014), nombrando en su página web, que las técnicas y terapias ABA, son altamente válidas para el mejoramiento clínico y terapéutico de pacientes con autismo, asperger, retardo mental, trastornos generales del desarrollo, trastornos del comportamiento y otros.

La página de la Fundación para la Discapacidad en Colombia, (2014), nombra que es común que las entidades prestadoras de salud, Eps, en Colombia, nieguen los servicios de salud y tratamientos, para los pacientes, e informa que el paciente y el padre de familia, pueden hacer la solicitud bajo derecho de tutela, y exigir un tratamiento responsable y válido y que no existe argumento científico alguno, real, en Colombia, que nombre la invalidez de los programas en ABA.

Así mismo la página web de la Defensoría del Pueblo de Colombia, (extraído el 13 de febrero del 2014), tiene en su link, un listado continuo de documentos y sentencias, que apoyan los procesos de aplicación de programas en ABA, para el mejoramiento de las condiciones integrales de los pacientes.

En conclusión, se redacta un texto, que presenta tres elementos, que son el primero la descripción que integra de manera afortunada los trastornos generales del desarrollo y el análisis de la conducta aplicada en Estados Unidos, seguido de la

descripción de cómo se desarrolla en Colombia, gracias a la llegada de profesionales capacitados en Estados Unidos y comprometidos por el desarrollo de la psicología científica, y terminamos con una reflexión sobre como el estado, discrimina y niega la existencia de los niños y niñas con TGD y además niega el desarrollo de programas científicos de alta validez que no son la cura, pero si, permiten mejorar las condiciones de estos pacientes. Sea este el llamado para continuar con el desarrollo científico, para continuar con la integración de la psicología científica a procesos de característica política, a generar un discurso que atraviese la política de salud mental en este país.

Referencias

American Psychiatric Association – APA. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSMIVTR) - Breviario, Criterios Diagnósticos*. Madrid – España. Edición Española. Masson S.A.

Aguirre, P.; Álvarez, R., Angulo, M.; y Prieto, I., (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo*. Junta de Andalucía - Consejería de educación. Andalucía – España.

Ascofapsi, (2014). *Asociación Colombiana para el análisis del comportamiento. ABA – Colombia*. [Versión electrónica]. Extraído el

14 de febrero del 2014, de http://www.ascofapsi.org.co/b_sitios_interes.htm

Association for behavior analysis international. (2014), Extraído el 14 de febrero del 2014, de <http://www.abainternational.org/>

Associacao Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental. (2014). Extraído el 14 de febrero del 2014 en <http://abpmc.org.br/site/>

Aba – Colombia. (2014). Extraído el 14 de febrero del 2014 en <http://www.abacolombia.org.co/postnuke/index.php>

Baron-Cohen, S, & Bolton, P, (1993) *Autism: the facts*. Oxford. University Press.

Belinchon, M., y Olivar, J. (2003). Trastornos del espectro autista en personas con (relativo). Alto nivel de funcionamiento: diferenciación funcional mediante análisis multivariado. [Version electrónica]. *Rev. Acción Psicológica*. 2, (3). Pp. 223-238. Extraído el 27 de diciembre del 2013 de <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/533/471>

Bryson, S.; Clark, B. & Smith, I. (2005). *First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes*. [Versión electrónica]. Extraído el 18 de enero del 2014 de

http://www.researchgate.net/publication/19891445_First_report_of_a_Canadian_epidemiological_study_of_autistic_syndromes

Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas y terapia de modificación de conducta*. México D.F. Siglo XXI.

Colombia - Corte constitucional de Colombia. (2011). Derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes. Extraído el 14 de febrero del 2014, de, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-765-11.htm>

Colombia - Defensoría del pueblo. (2014). Extraído en febrero del 2014, en http://www.defensoria.org.co/?_es=0&_s=ojc&_palabra=mesada+pensional&_a=5&_q=2

Caballero, R. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo*. Andalucía – España. Junta de Andalucía. Consejería de educación.

Discapacidad (1999). *Discapacidad intelectual y psiquiátrica*. [Versión electrónica]. Extraído el 26 de enero del 2014, de, www.discapnet.es.

Discapacidad en Colombia. (2014). Extraído el 12 de enero del 2014, de, <http://www.discapacidadcolombia.com/mod>

[ules.php?name=Content&pa=showpage&pid=134](http://www.autistas.com/ules.php?name=Content&pa=showpage&pid=134)

Encuentro para soluciones de comportamientos. E.S.C.O. (2014). Extraído el 14 de febrero del 2014, de, <http://www.autistas.com/>

García, A. (2008). Espectro Autista: definición, evaluación e intervención educativa. Mérida - España. Consejería de Educación.

Giraldo, B. (2013). Educando con amor. Ponencia presentada en Sugar Land – Texas.

Giraldo, B. (2014). Análisis de la conducta aplicada y trastornos del espectro autista: los comienzos de una relación exitosa. [Versión electrónica]. Extraído el 14 de febrero del 2014, en web. http://educandoconamor.com/ABA_ASD_-_History.html

Junta de Extremadura. (2007). Guía para la atención educativa del alumno con trastorno generalizado del desarrollo (autismo). Mérida – España. Consejería educativa.

Kenneth, H.; y Eller, B., (2000). Psicología educativa para la enseñanza eficaz. Thomson. Mexico. D.F.

Lovass I. (1989). The Me Book. [Version electronica]. Traducción Del Barrio Victoria. Madrid – España. Extraído el 20 de febrero del 2014 en

<http://www.psicodiagnosis.es/downloads/librolovaas.pdf>

López, W.; Pérez, A., Gamboa, C.; Hurtado, C; y Aguilar, M.; (2006). Análisis del comportamiento en Colombia: antecedentes y perspectivas. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 24. Pp. 59-69. Bogotá – Colombia. Fundación para el avance de la psicología.

López - Escobar, M. (2008). *Detección, diagnóstico y evaluación de los alumnos con síndrome de asperger*, en, *manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo*. Andalucía – España. Consejería de educación - Junta de Andalucía.

McEachin, J.; Smith, T.; & Lovaas, O.; (1993). *Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment*. [Versión electrónica]. Extraído el 27 de enero del 2014 en http://www.researchgate.net/publication/14771003_Longterm_outcome_for_children_with_autism_who_received_early_intensive_behavioral_treatment

Martos, J. (2001). *Autismo: un trastorno penetrante del Desarrollo*. en Martos, J. y

Pérez, J. (comp). *Autismo. Un enfoque orientado a la formación en logopedia*. Ed. NAU Llibres.

Mustaca, A. (2003). Análisis experimental del comportamiento y neurociencias. *Revista acta colombiana de psicología*. 10. Buenos Aires – Argentina. Universidad de Buenos Aires.

Matos, M. y Mustaca, A. (2005). *Análisis Aplicado comportamental (ACA) y trastornos generalizados del Desarrollo (TGD): su evaluación en Argentina*. [Versión electrónica]. Extraído el 20 de enero del 2014 en http://www.researchgate.net/publication/26446841_Analisis_comportamental_aplicado_ACA_y_trastornos_generalizados_del_desarrollo_TGD_su_evaluacin_en_Argentina

Martin, P. (2004). *El síndrome de asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social?* España. Alianza – Editorial.

NewYorkTimes, (2014). Sección de la salud – Autismo. [Versión Electrónica]. Extraído el 14 de febrero del 2014 en <http://www.nytimes.com/health/guides/disease/autism/overview.html>

Organización Mundial para la Salud- OMS., (2000). *Clasificación internacional de enfermedades, décima versión- CIE10*. Estados Unidos. Editorial Panamericana.

Posada, M. (2006). *La educación uno de los caminos en el tema del autismo. Seminario internacional – La voz del autismo preparándonos para el futuro- Memorial*. [Versión electrónica]. Bogotá – Colombia.

Extraído el 18 de enero del 2014, de, http://www.bdigital.unal.edu.co/4955/1/Seminario_Internacional_La_Voz_del_Autismo_Prepar%C3%A1ndonos_para_el_Futuro.pdf

Puche, R.; Orozco, M.; Orozco, B.; Correa, M.; (2009). *Desarrollo infantil y competencias en la primera infancia*. [Versión electrónica]. Bogotá – Colombia. Ministerio de Educación Nacional- Republica de Colombia Extraído el 23 de marzo del 2014, de, http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles178053_archivo_PDF_libro_desarrolloinfantil.pdf

Rivière, A. 1997. *Desarrollo Normal y Autismo*. Extraído el 24 de febrero del 2013, de, www.autismoespana.es

Repeto, J., (2006). La naturaleza de los trastornos del espectro autista. En los trastornos generales del desarrollo: una aproximación desde la práctica. *Los trastornos del espectro autista. Vol. 1.* (pp. 8-26). Andalucía – España. Consejería de Educación – Junta de Andalucía.

Rodríguez Lina, (en prensa, 2014). El autismo, un trastorno lleno de obstáculos.

[Versión electrónica]. Diario ADN. Extraído el 28 de febrero del 2014, de <http://diarioadn.co/vida/salud/ni%C3%B1os-autistas-en-colombia-1.15101>

Staats, A. (1983). *Aprendizaje, lenguaje y cognición*. México D.F. Editorial Trillas.
Unicef - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2002). *La niñez Colombiana en cifras*. Bogotá – Colombia. Oficina de Área para Colombia y Venezuela.

Vargas, J. (2008). *Análisis Conductual Básico y Aplicado: lecturas para un seminario*. México. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

Zubiria, J. (2002). *Teorías contemporáneas de la inteligencia y la excepcionalidad*. Bogotá- Colombia. [Versión electrónica]. Extraído el 12 de febrero del 2014, de, <http://www.sibiup.up.ac.pa/bd/captura/upload/155413p2.pdf>.

Zuluaga, J. (2007). *Neurodesarrollo y estimulación*. Bogotá – Colombia. Panamericana.

Alexander Ortiz Ocaña*

Universidad del Magdalena / Colombia

¿CÓMO SE ENTRENAN Y SE MODIFICAN LA MENTE Y EL CEREBRO HUMANO?

147

HOW ARE TRAINED AND AMENDING THE MIND AND THE HUMAN BRAIN?

Referencia Recomendada: Ortiz-Ocaña, A. (2014). ¿Cómo se entrenan y se modifican la mente y el cerebro humano?. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 147-163.

Resumen: En este artículo se propone una nueva concepción del aprendizaje basada en el funcionamiento del cerebro humano: la Teoría del Aprendizaje Neuroconfigurador, que a su vez constituye la base para un nuevo modelo pedagógico, emergente y pertinente para el tercer milenio, el modelo de la Pedagogía Configuracional. Los principales postulados expresados contribuyen a comprender cómo aprende el estudiante y cómo deberían enseñar los docentes. Se aportan los elementos didácticos estructurales que permiten investigar, diseñar, desarrollar y evaluar los procesos de enseñanza y aprendizaje basados en el funcionamiento del cerebro humano. Lo anterior constituye la base de la Psicología Configurante y de la Pedagogía Configuracional, respaldada por la Teoría del Aprendizaje Neuroconfigurador que se propone, asume y sustenta, a partir de la conceptualización del Aprendizaje Neuroconfigurador. Finalmente se reflexiona sobre cómo se entrenan y se modifican la mente y el cerebro humano.

Palabras Clave: Aprendizaje, Cerebro humano, Teoría del Aprendizaje Neuroconfigurador, Modelo pedagógico, Pedagogía Configuracional, Procesos de enseñanza y aprendizaje.

Abstract: This article proposes a new theory of learning based on the operation of the human brain: the brain-

configuring learning theory, which in turn forms the basis for a new model of teaching, emerging and relevant for the third millennium, the pedagogy configurational model. The main postulates expressed contribute to understand how students learn and how teachers should teach. Provides the educational structural elements that allow research, design, develop, and evaluate the functioning of the human brain-based processes of teaching and learning. The foregoing constitutes the basis of the configuring psychology and pedagogy configurational, supported by the theory of the learning brain-configuring which intends, assumes, and supported, starting from the conceptualization of the learning brain-configuring. Finally he reflects on how he trained and the mind and the human brain are modified.

Key Words: Learning, Human brain, Brain-configuring learning theory, Pedagogical model, Configurational pedagogy, Teaching and learning processes.

Recibido: 2 de Julio de 2014

Aprobado: 19 de Noviembre de 2014

Notas: Resultado de la Investigación Doctoral “Teoría del pensamiento configuracional infantil en la actividad lúdica libre, mediada por situaciones problemáticas matemáticas” (Doctoranda: Mileidy Salcedo Barragán, Tutor y coinvestigador: Alexander Ortiz Ocaña).

* Doctor en Ciencias Pedagógicas, Universidad Pedagógica de Holguín, Cuba. Doctor Honoris Causa en Iberoamérica, Consejo Iberoamericano en Honor a la Calidad Educativa (CIHCE), Lima. Perú. Magíster en Gestión Educativa en Iberoamérica, CIHCE, Lima. Perú. Magíster en Pedagogía Profesional, Universidad Pedagógica y Tecnológica de la Habana. Contador Público. Licenciado en Educación. Recibió el premio a la excelencia educativa 2007 y 2008 otorgado por el CIHCE con sede en Lima, Perú. Mejor pedagogo novel de Cuba en el año 2002. Ha realizado asesorías pedagógicas, talleres y conferencias en Cuba, México, Brazil, Ecuador, Venezuela y Panamá, así como en múltiples Instituciones Educativas y Universidades de Colombia. Docente de planta de tiempo completo de la Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia. Investigador del Doctorado en Ciencias de la Educación de RUDECOLOMBIA. Coordinador del grupo de investigación GIDECOM: Desarrollo y evaluación de competencias. Correo electrónico: alexanderortiz2009@gmail.com

Introducción

El aprendizaje es básico e imprescindible para el comportamiento del ser humano, es un proceso y una cualidad inherente al sujeto. Es una actividad intrínseca a su vida. El aprendizaje ha sido definido de muchas maneras y éstas varían según el enfoque o la teoría de donde provenga la definición. Para las teorías del condicionamiento, el aprendizaje es una asociación entre dos eventos, o el resultado de una asociación entre un estímulo y una respuesta, que sigue las reglas del condicionamiento. Para las teorías cognitivas, es un proceso mental por el cual se adquieren o reestructuran los conocimientos; es el resultado de un proceso de reorganizaciones que hacemos sobre nuestro conocimiento con el fin de alcanzar la comprensión de un fenómeno. Para las teorías contextuales - culturales, el aprendizaje es un proceso de transformación interna, mediado por el contexto socio - cultural. Es el proceso de apropiarse o asimilar la cultura a través de la actividad y de la influencia del entorno natural y socio - cultural del individuo.

A partir de estas teorías, se han dado diversas definiciones que facilitan la comprensión del concepto de aprendizaje. Para Hurlock (1966) el aprendizaje es *"el desarrollo que se produce por el ejercicio y por el esfuerzo por parte del individuo. Por medio del aprendizaje el individuo realiza cambios en su estructura física y en su conducta y adquiere competencia en el uso*

de sus recursos hereditarios" Por ejemplo, si el estudiante aprende una postura corporal incorrecta, puede provocar acortamientos musculares o algún problema específico como una escoliosis. Asimismo, si un estudiante paralítico aprende a pararse poniendo más peso en su pierna no afectada e intenta marchar desde esta posición (arrastrando su lado hemipléjico), aprenderá a caminar con claudicación (cojera), la cual será muy difícil de corregir más adelante. A no ser que tenga oportunidades para aprender, muchos de sus potenciales hereditarios nunca alcanzarán su desarrollo óptimo. Por ejemplo, un estudiante puede tener una gran aptitud para la música debido a su organización neuromuscular superior, pero si se le priva de oportunidades para practicar y formarse sistemáticamente, no alcanzará su potencial hereditario.

Papalia y Wendkos (1995) definen el aprendizaje como *"un cambio relativamente permanente en la conducta que resulta de la experiencia. Esta experiencia puede tomar la forma de estudio, instrucción, exploración, experimentación o práctica"* Por ejemplo, los estudiantes en el periodo sensorio motor aprenden de lo que ven, oyen, saborean, tocan, huelen y exploran. De esta manera, aprenden cómo es un ave, la suavidad de sus plumas, el sonido que emiten, el número de patas que posee, cómo camina, cómo vuela. También la experiencia proviene de la interacción entre un estudiante y un educador o formador (profesor, auxiliar

pedagógica, instructor, compañero de aula, amigo del barrio, familia, o el autor de un texto determinado).

Klein (1994) define el aprendizaje como *"un cambio relativamente permanente de la conducta, debido a la experiencia, que no puede explicarse por un estado transitorio del organismo, por la maduración o por tendencias de respuesta innatas"* (p.37). Esta definición de aprendizaje tiene tres componentes importantes: en primer lugar, el aprendizaje refleja un cambio en el potencial de una conducta, lo cual no equivale a la realización de la misma, en segundo lugar, los cambios en el comportamiento producidos por el aprendizaje no siempre son permanentes. Por ejemplo, como consecuencia de una nueva experiencia puede que una conducta previamente aprendida no vuelva a producirse; y en tercer lugar, los cambios en la conducta pueden deberse a otros procesos distintos del aprendizaje, tales como la motivación o la maduración y el desarrollo, aunque sabemos que el aprendizaje estimula el desarrollo y viceversa.

Tomilson (1984) define el aprendizaje como *"un proceso mediante el cual cambian las capacidades (aprendizaje cognitivo) o las tendencias (aprendizaje motivacional), como resultado de una acción o de una experiencia"* (p.32). Dentro del aprendizaje cognitivo se incluyen los conocimientos (conceptos), el aprender que $4 \times 5 = 20$, y

los procesos (habilidades, destrezas), el aprender cómo hacer cometas. El aprendizaje motivacional hace referencia a la adquisición de preferencias, de valores, de tendencias a actuar, a reaccionar, pensar, juzgar; es el aprender a huir frente a los ladrones, por ejemplo. El aprendizaje también puede definirse como un cambio de actitud. Para que se produzca deben participar en el proceso los tres componentes de la actitud: el cognoscitivo (saber), el afectivo (ser) y el comportamental (saber hacer).

Si sólo se tiene en cuenta el aprendizaje de un componente, se pueden generar problemas, de esta manera, si solo se trabaja el componente cognitivo descuidando los otros dos, se crean personas que saben mucho, pero nunca llevan a la práctica su conocimiento, ni comprenden el impacto que éste puede tener en las demás personas. Por ejemplo, aprenden las razones por las cuales no debe contaminarse la tierra, pero como el conocimiento es teórico no los conduce a sentirse responsables por el planeta, ni a una acción coherente al respecto. Por otro lado, si solo se trabaja el componente afectivo, resultan personas emocionales, intuitivas, de mucho sentimiento pero que carecen de una sustentación teórica que justifique las acciones que realizan. Por ejemplo, las personas paternalistas que dan el pescado porque sienten compasión, pero no enseñan a pescar. Por último, si solo se trabaja el componente comportamental se

logran personas que hacen muchas cosas pero no reflexionan sobre ellas y no se percatan de su impacto en los demás. Por ejemplo, una persona que aprende dinámicas de grupo, al realizar un trabajo con la comunidad, se dedica a hacer cuantas dinámicas ha escuchado decir que funcionan, las que ha leído, las que ha vivido, pero no tiene claridad en el por qué las elige, qué piensa obtener con ellas, cuándo no debe aplicarlas, ni cuál es el impacto de las mismas en la comunidad.

Good y Brophy (1995) entienden el aprendizaje como *"un cambio relativamente permanente en la capacidad de ejecución, el cual ocurre por medio de la experiencia"*, la cual puede implicar interacción abierta con el ambiente externo o puede implicar procesos cognitivos como la reflexión interna sobre experiencias anteriores o la manipulación de conceptos abstractos. Ahora bien, para que un cambio se califique como aprendizaje debe ser *"producto de la experiencia o interacción del individuo con su entorno"* (Woolfolk, 1996). Los cambios que se deben más a la maduración, como el cambio de voz en los adolescentes, o que son resultado de una enfermedad, un accidente o de una situación fisiológica, no se consideran aprendizaje, aunque en la manera como se responde a estas situaciones sí influye el aprendizaje.

Brenson (1994) define el aprendizaje como *"una realidad co-creativa en la que cada uno de los que interviene (educador -*

estudiantes) aporta algo. El conocimiento resultante es nuevo, varía del conocimiento que se poseía y del que aportaron las personas implicadas" Con base en esto, puede decirse que el aprendizaje es un acto completamente personal, por este motivo la persona que enseña lo promueve, lo induce, lo facilita; pero el que aprende es quien lo produce y por tanto lo construye. El aprendizaje es *"un proceso que se desarrolla en el individuo; los educadores no pueden forzarlo, ni imponerlo, ni realizarlo por los estudiantes, pero si pueden facilitarlo y potenciarlo mediante las condiciones adecuadas"* (Tausch, 1981, p.43). El aprendizaje también puede definirse como un proceso de interacción entre el sujeto y los objetos (estos últimos pueden ser concretos o virtuales, personas o cosas), el cual modifica o transforma las pautas de conducta del sujeto y en alguna forma, a los objetos mismos.

En un intento atrevido de integrar todas estas definiciones, Sarmiento (1999) plantea que el aprendizaje es:

Un proceso de cambio que se produce en el individuo, en sus capacidades cognitivas, en la comprensión de un fenómeno (componente cognitivo), en su motivación, en sus emociones (componente afectivo) y/o en su conducta (componente comportamental), como resultado de la acción o experiencia del individuo, la apropiación del contexto sociocultural, las reorganizaciones que se hacen sobre

el conocimiento, y/o la asociación ante un estímulo y una respuesta (p.45).

Ahora bien, teniendo en cuenta los avances de las Neurociencias en estos últimos 10 años, defendiendo la idea de que el aprendizaje debe ser neuroconfigurador.

Según Llinás (2003), el aprendizaje:

Es un medio para facilitar que la función del sistema nervioso se adapte a los requisitos de la naturaleza, del mundo en que vivimos. Aunque a primera vista los detalles del mundo externo parecen pertenecer al dominio ontogenético, probablemente son las características filogenéticamente prefijadas del organismo las que permiten darle el significado al detalle, al ámbito de lo que está sucediendo ahora (p.228).

Es decir, el estudiante puede aprender perfectamente la palabra que denota, indica, expresa o manifiesta el color rojo, pero la percepción de dicho color no se aprende mediante un proceso ontogenético sino que se aprende y se recuerda de forma filogenética. Según Llinás (2003), esta percepción *"tiene un sustrato físico y, excepto por alguna lesión en el SNC, es una capacidad que no podemos ni aprender ni olvidar – esto se sale de nuestras capacidades biológicas"* (p.207).

Desde hace más de 10 décadas proliferan múltiples teorías acerca del carácter neuronal del aprendizaje. A inicios del siglo XX, Ramón y Cajal, uno de los verdaderos

pioneros intelectuales y experimentales de la neurociencia, introdujo la llamada doctrina neuronal, según la cual todos los cerebros son fruto del cableado entre células individuales, las neuronas. Cajal (1911) propuso que el aprendizaje a largo plazo ocurre por el reforzamiento de las conexiones sinápticas y por la generación de nuevas conexiones entre neuronas (Citado por Llinás, 2003, p.218).

Según nuestro enfoque neurocientífico (neuro-bio-socio-psico-pedagógico), el aprendizaje neuroconfigurador es considerado como un proceso neuropsicosocial, de configuración, creación y/o modificación de redes y circuitos neuronales que permiten la transformación relativamente permanente del modo de actuación del estudiante, que modela y remodela su experiencia en función de su adaptación a los contextos en los que se concreta el ambiente con el que se relaciona, ya sea en la organización educativa, en la familia o en la comunidad; modificación que es producida como resultado de su actividad y su comunicación, y que no se puede atribuir solamente a su proceso de crecimiento y maduración.

Me parece una idea genial que podamos investigar diseñar, desarrollar y evaluar el currículo teniendo en cuenta estos procesos cerebrales. ¡Al fin podemos tener un proceso de enseñanza – aprendizaje menos modelado, más científico, menos espontáneo, más compatible con el

funcionamiento del cerebro humano!, y si logramos estructurar el proceso con estas características, ya eso sería una gran proeza pedagógica, una hazaña nunca antes vista en la historia de la educación.

Desarrollo

Las nuevas investigaciones sobre el cerebro y los grandes descubrimientos que se han realizado en estos últimos 30 años (Malaguzzi, 1991; Gardner, 1988, 1994, 1995, 2001, 2007; Damasio, 1992, 1994, 2007, 2010; Marina, 1993, 1996, 2000, 2004; González, 1995, 1999; Bermeosolo, 1997; Begley, 1998, 2008; Grinder & Blander, 2001; Carter, 2002; García, 2002; Cruz, 2003; Llinás, 2003; Jensen, 2004; Enciso, 2004; Antunes, 2005; De Zubiría, 2004, 2006, 2007, 2009; Ander-Egg, 2008; Alper, 2008; Ortiz, 2009, 2011, 2012, 2013, Ramachandran, 2011; Martínez, 2012), tienen una extraordinaria implicación en el aprendizaje, y sobre todo en la capacidad de aprender de todos los estudiantes. Hoy se sabe que nuestro cerebro tiene un inmenso potencial para aprender, que nuestro conocimiento anterior, nuestras emociones y nuestros ideales afectan significativamente nuestro aprendizaje y que las actividades que hagamos con nuestros estudiantes, de una u otra manera pueden contribuir a crear y configurar nuevas redes y circuitos de comunicación neuronal.

Santiago Ramón y Cajal¹⁴, en el año 1913, expresó que *"en los centros adultos, algunas veces los conductos nerviosos son inalterables, determinados e inmutables"*.

Esta aseveración se implantó como un dogma en la comunidad científica durante casi un siglo en la neurociencia, de manera que se aceptó la invariabilidad de las redes y circuitos del cerebro humano, el carácter estático de su estructura y organización, su inmutabilidad, la predeterminación de su forma y funciones, lo cual significaba que los seres humanos adultos debíamos resignarnos a aceptar a nuestro cerebro con sus limitaciones y posibilidades, y no teníamos ninguna acción configuradora sobre él.

Esta concepción ha cambiado en las últimas dos décadas, hoy se acepta que *"el cerebro se adapta o se expande en respuesta a patrones repetidos de actividad, de tal modo que, en un sentido real, el cerebro que nosotros desarrollamos refleja la vida que llevamos"* (Dalai Lama; citado por Begley, 2008, p. X), de hecho, *"el cerebro contiene la materialización de la personalidad y el conocimiento, del carácter y las emociones, de los recuerdos y las creencias"* (Begley, 2008, p.6).

En el año 1998, en su libro *El arte de la felicidad*, el Dalai Lama sugirió *"la*

¹⁴ Eminente neuroanatomista español que recibió el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1906.

configuración de nuestros cerebros no es estática ni fijada de una manera irrevocable" (citado por Begley, 2008, p.28), sino que el cerebro humano es altamente adaptable, de manera que los hábitos de estudio, trabajo, producción e investigación, generan cambios en el cerebro y son reflejo de dichos cambios.

El notable psicólogo estadounidense William James, en 1890 postuló que *"la materia orgánica, especialmente el tejido nervioso, parece estar dotado de un grado extraordinario de plasticidad"*¹⁵ (citado por Begley, 2008, p.4). Sin embargo, esta afirmación de James no tuvo trascendencia porque él era tan sólo un psicólogo y hace un siglo, en la época en que él hizo tal aseveración no existían aún los neurocientíficos, en cambio, hoy es aceptado que el cerebro tiene una docilidad, elasticidad y plasticidad extraordinarias, *"incluyendo el poder de reparar regiones averiadas, de desarrollar nuevas neuronas, de relocalizar regiones que cumplían una función y hacer que se encarguen de otra, de transformar circuitos, de conformar redes neurales que nos permiten recordar, sentir, sufrir, pensar, imaginar y soñar"* (Begley, 2008, p.7).

Lo anterior tiene significativas implicaciones para los efectos del desarrollo de acciones

de aprendizaje cotidianas, especialmente en el potencial positivo de la disciplina de la lectura, de la práctica sistemática de la solución de problemas y del esfuerzo mental en el ejercicio del pensamiento divergente, reflexivo, crítico, creativo y configuracional. El cerebro humano no es una entidad fija, estática, ni rígida, está sujeto al cambio constante, es adaptable, puede modificarse, lo cual no es tan fácil como se dice o se escribe, ya que *"la neuroplasticidad es imposible sin la atención y el esfuerzo mental. Para poder cambiar, debemos querer cambiar (independientemente de cualquier factor). Pero el potencial puede ser inmenso si existe voluntad para hacerlo"* (Begley, 2008, p.28).

Si nos lo proponemos, podemos incidir positivamente y modificar los varios miles de millones de neuronas que existen en los circuitos de nuestro cerebro. Charles Stevens, hace una estimación informal acerca de las redes y circuitos neuronales del cerebro humano. Según este neurobiólogo del Instituto Salk, *"el número de sinapsis formadas entre estas neuronas es de más de diez billones, y la longitud de los cables de los axones que forman los circuitos neuronales son varios cientos de miles de kilómetros"* (citado por Damasio, 2007, p.295), sin embargo, a pesar de la complejidad de nuestro cerebro, podemos modificar estas estructuras mediante el entrenamiento mental, de manera que nuestras emociones, sentimientos, actitudes,

¹⁵ Fue William James, el padre de la psicología experimental en los Estados Unidos, el primero en introducir el término *plasticidad* en la ciencia del cerebro.

valores y pensamientos pueden contribuir a la configuración de nuestro cerebro.

Las dos herramientas psicopedagógicas y didácticas con mayor potencial configurador del cerebro humano son la metafectividad y la metacognición, acompañadas de un alto esfuerzo intelectual mediante preguntas problematizadoras. La configuración cerebral implica el desarrollo de procesos de especialización, metamorfosis y reorganización de las neuronas, remodelación de las áreas, zonas y sitios cerebrales, y creación y/o modificación de las redes y circuitos neuronales. Es decir, el cerebro se rediseña, a partir de su maleabilidad. Y esta reconfiguración cerebral es tan novedosa, original y creativa que el cerebro incluso *"es capaz de reclutar neuronas saludables y que generalmente están cerca, para que cumplan las funciones propias de las deterioradas. Ahora es evidente que la neuroplasticidad hace que el cerebro varíe las funciones originalmente asignadas a las neuronas"* (Begley, 2008, p.153).

En el año 2004 el Instituto para la Mente y la Vida organizó un encuentro entre neurocientíficos y budistas para debatir el tema de la relación entre el cerebro y la mente. En dicho encuentro, el Dalai Lama escribió: *"El concepto de la neuroplasticidad sugiere que el cerebro es altamente maleable y está sujeto al cambio continuo como resultado de la experiencia, de tal forma que pueden formarse nuevas conexiones*

neuronales e incluso generarse nuevas neuronas" (Citado por Begley, 2008, p.27).

Las evidencias de que el cerebro es dinámico y flexible, y que se remodela, se rediseña y se delinea a sí mismo continuamente en respuesta a la experiencia y a la influencia del entorno social, habían sido acumuladas por los logros de las neurociencias desde mediados del siglo pasado. Es evidente que *"mientras más conectado esté un cerebro, mejor funciona, permitiéndole a la mente relacionar hechos recientes con los más remotos, extraer recuerdos, e incluso establecer relaciones entre hechos aparentemente inconexos, que es la base de la creatividad"* (Begley, 2008, p.86), y de otros procesos cognitivos importantes para interpretar, comprender, valorar y transformar el mundo que nos rodea y a nosotros mismos, utilizando los procesos mentales engendrados por nuestro cerebro.

Ahora bien, la educación recibida en la infancia puede marcar nuestra vida adulta:

La forma en que nos tratan durante la infancia realmente moldea al menos algunos aspectos de nuestro temperamento. Rasgos tan básicos como el temor, la curiosidad, la apertura a nuevas experiencias y la neurosis, no están asociados de manera inmutable a nuestro ADN, a pesar de los continuos descubrimientos sobre los genes. Ni tampoco están grabados de manera irrevocable en nuestros circuitos cerebrales (Begley, 2008, p.228).

Según Begley (2008):

La especialización del cerebro no es una función anatómica ni está dictada por los genes, sino que es un resultado de la experiencia. Aquello que somos y cómo funcionamos es algo que proviene de nuestras percepciones y experiencias. Es el mundo exterior el que determina las propiedades funcionales de las neuronas cerebrales (p.134).

Sin embargo, Llinás (2003) plantea que en el estado de sueño, el cerebro humano también puede sentir, percibir y procesar funciones cognitivas, a partir de las propias imágenes recreadas cuando estamos dormidos, sin necesidad de un contacto con el mundo exterior, lo cual es comprensible si tenemos en cuenta que durante el día el cerebro está en constante relación con el mundo que le rodea, activando sus neuronas, configurando redes, estructurando nuevos circuitos que se movilizan al menor recuerdo, modificando así el cerebro a lo largo de nuestras vidas en respuesta a los estímulos recibidos, a la experiencia acumulada y al contexto en el que vive.

Begley (2008), afirma que *"el cerebro es el órgano del comportamiento y el depósito del aprendizaje y la memoria, el cerebro cambia de una manera real y física cuando adquirimos conocimientos nuevos, dominamos una nueva destreza y nos olvidamos de las cosas que han ocurrido"*

(p.5). Es decir, en el proceso de enseñanza – aprendizaje de la educación, el docente universitario puede lograr que sus estudiantes modifiquen sus estructuras mentales, a nivel cognitivo, instrumental y afectivo, provocando así cambios físicos estructurales en su cerebro, en las diversas redes y circuitos neuronales que conforman sus áreas, zonas y sitios, de ahí que *"cuando las neuronas se activan simultáneamente, sus conexiones sinápticas se hacen más fuertes, aumentando la posibilidad de que la activación de una estimule la activación de la otra"* (Begley, 2008, p.36).

Esto indica que la expresión fisiológica del aprendizaje y la memoria es precisamente la formación de nuevas sinapsis, que no es otra cosa que los diversos puntos de conexión entre las neuronas, así como el fortalecimiento de los ya existentes, proceso mediante el cual *"surgen algunas dendritas adicionales para que las neuronas puedan comunicarse más con sus vecinas, como un hogar que tuviera una línea telefónica adicional"* (Begley, 2008, p.5). Incluso, en el mismo proceso de desarrollo del cerebro humano pueden aparecer nuevas neuronas, por cuanto el cerebro humano:

No está limitado a las neuronas con las que nace, y ni siquiera las neuronas que lo pueblan después del gran desarrollo que ocurre en la primera infancia; estas nacen incluso después de los 80 años, se dirigen a diversas estructuras y se incorporan a los circuitos del cerebro, y tal vez forman la base de otros circuitos

nuevos (Gage; citado por Begley, 2008, p.81).

O sea, el cerebro humano no se limita a funcionar con las neuronas que ya posee, organizándolas en nuevas redes, grupos y circuitos, sino que puede adicionarle a sus circuitos y redes nuevas neuronas, jóvenes, saludables, fuertes, con energía suficiente para producir intelecto, afecto y destrezas, mediante la construcción de nuevos caminos y vías de mayor acceso para establecer la sinapsis, lo cual indica que *"la neuroplasticidad podría ofrecer los medios para cambiar los circuitos cerebrales de aquellas personas cuyo pasado las ha encaminado hacia el egoísmo, los prejuicios, la actitud defensiva y otros males de la humanidad"* (Shaver, citado por Begley, 2008, p.230).

Lo anterior es posible entrenando la mente, ya que, aunque las neurociencias siempre han afirmado que nuestros procesos mentales son el resultado de procesos cerebrales, constituyen su efecto, nacen de la actividad cerebral, es decir, el cerebro humano crea, estructura y configura la mente, sin embargo, según Goleman, las últimas investigaciones en este campo demuestran que existe *"una doble vía de causalidad, en la que la actividad mental sistemática produce cambios en la estructura misma del cerebro"* (citado por Begley, 2008, p. XIV), en las redes y circuitos de comunicación neuronal que lo conforman, demostrando así la flexibilidad cerebral y su

plasticidad, es decir, que el cerebro puede modificarse estructuralmente como resultado de los pensamientos que hayamos tenido, sin necesidad de que interactúe con el medio que nos rodea

Según Davidson, *"todo lo que la mente es, hace y siente, puede rastrearse y reducirse al cerebro"* (citado por Begley, 2008, p.277). Dime lo que sientes y te diré cómo tienes estructuradas tus áreas y zonas cerebrales, dime lo que haces y te diré cómo se configuran las redes y circuitos neuronales de tu cerebro. Esto indica que los pensamientos pueden modificar las emociones y los sentimientos, la mente puede modificar la conducta humana, es decir, independiente de que la mente (emociones, pensamientos, sentimientos y otros procesos cognitivos) es un producto creativo del cerebro humano, y que los sentimientos, emociones, pensamientos y comportamientos son expresiones de la actividad cerebral, existe una causalidad bilateral, de dos vías, ya que la mente también puede influir en el cerebro y provocar cambios físicos en éste, no sólo en sus áreas, zonas y sitios, no sólo en sus redes y circuitos neuronales, sino además en la sinapsis, en su estructura y funciones.

Como consecuencia de lo anterior, podemos asegurar que *"la actividad mental afecta, e incluso estimula, la neuroplasticidad. Es decir, que ésta ocurre sólo cuando la mente se encuentra en un estado particular, caracterizado por la*

atención y la concentración" (Begley, 2008, p.163). En este sentido, podemos hacer un símil, marcando la distancia entre las comparaciones, y presumir que el cerebro humano es el hardware y la mente es el software que hace funcionar ese hardware. En efecto, la mente humana puede lograr determinados resultados y actitudes del cerebro, independientemente de que los procesos mentales fueron creados precisamente por el cerebro. De hecho, un software no funciona sin un hardware, y viceversa, un hardware no cumple funciones sin un software. Es algo parecido al clásico problema del huevo y la gallina. ¿Quién surgió primero, el huevo o la gallina?, el huevo, ¿y de dónde salió el huevo?, de la gallina, ¿y de dónde salió la gallina?, del huevo.

El cerebro crea los pensamientos y éstos cambian el cerebro. Ambos se modifican entre sí, estableciendo una relación dialéctica entre ellos, por cuanto *"todo lo que hace la mente tiene al parecer una contraparte en el cerebro, una correlación física que en primer lugar genera la actividad mental"* (Begley, 2008, p.279), impactándose mutuamente ambas, la mente y las zonas cerebrales, lo intangible y lo tangible, los pensamientos y las neuronas.

En 1992, Davidson y sus colaboradores informaron que la actividad en la corteza prefrontal detectada por un electroencefalograma refleja el estado emocional de la persona. Davidson definió

como estilos afectivos a la activación asimétrica en esta región del cerebro, y en este sentido afirmó que:

Cuando la actividad en la corteza prefrontal izquierda es notoria y crónicamente mayor que la de la derecha, las personas dicen sentirse alertas, llenas de energía, entusiastas y alegres, que disfrutan más de la vida y tienden a ser más felices. Cuando hay una mayor actividad en la corteza prefrontal derecha, las personas manifiestan sentir emociones negativas que incluyen la preocupación, la ansiedad y la tristeza. Expresan malestar con la vida y muy pocas veces experimentan emoción o alegría. Si la asimetría están extremada que la actividad en la corteza prefrontal derecha es mucho mayor que en la izquierda, la persona corre un gran riesgo de sufrir un depresión clínica (Davidson, citado por Begley, 2008, p.281).

Lo anterior es muy importante para la psicología, para la pedagogía y para la didáctica, por cuanto las actividades de interacción con los seres humanos deben estar encaminadas precisamente a crear emociones positivas en dichos sujetos.

La meditación u otras formas de entrenamiento mental pueden producir cambios al recurrir a la neuroplasticidad del cerebro, especialmente en patrones de activación neuronal, y quizá incluso en la estructura de los circuitos neuronales, en lo referente a las conexiones y a la fortaleza de

éstas, y que dichos cambios son responsables de la felicidad y otras emociones positivas. Si es así, entonces al explorar el potencial del cerebro para cambiar su funcionamiento, los terapeutas e incluso los individuos podrían restaurar ese órgano y, por ende, la mente y la salud emocional. (Davidson, citado por Begley, 2008, p.276)

Davidson afirmó que la felicidad es algo que podemos cultivar deliberadamente por medio del entrenamiento mental que afecta al cerebro. Por lo tanto, igual que algunas personas *"son conscientes del valor de ejercitar su cuerpo con frecuencia a lo largo de la vida, lo mismo sucede con las habilidades emocionales"* (Begley, 2008, p.287), una persona puede lograr, intencionalmente, impactar en las zonas cerebrales que controlan los afectos, emociones y sentimientos, provocar transformaciones físicas allí, crear y/o modificar redes y circuitos de comunicación afectiva entre las neuronas, mediante sinapsis de felicidad.

En efecto, la felicidad se educa, de ahí que el estudiante puede aprender a ser feliz, es decir, puede entrenarse en la felicidad, con atención, concentración, esfuerzo, práctica, persistencia, voluntad, puede constreñir a su cerebro para que éste, a su vez, fabrique, genere y produzca sentimientos de felicidad, de ahí que *"la felicidad puede ser conceptualizada no sólo como un estado o rasgo, sino como el producto de habilidades*

que se pueden aprender y mejorar a través del entrenamiento mental" (Davidson, citado por Begley, 2008, p.286)

En sus investigaciones, Davidson ha venido atando cabos, según él:

Aunque no sepamos con exactitud por qué la meditación sobre la compasión puede despertar emociones positivas, descubrir que la actividad cognitiva modifica la actividad en una de las regiones del cerebro encargadas de la emoción respalda la esperanza de que el entrenamiento mental puede modificar el punto nodal de la felicidad. Si es así, entonces ese punto no es el único que puede modificarse (citado por Begley, 2008, p.287).

Sino además los circuitos que impulsan o controlan el miedo, por ejemplo.

Según Davidson, *"la señal en la amígdala (que genera el miedo) puede modificarse con el entrenamiento mental"* (citado por Begley, 2008, p.290), y en ese sentido, una persona puede aprender a no tener miedo ante ninguna situación adversa, o al menos, controlarlo, regularlo y reducirlo a expresiones casi imperceptibles. Y lo mismo se podría lograr con cualquier emoción o sentimiento, con cualquier configuración afectiva, o con cualquier configuración cognitiva.

Las investigaciones desarrolladas por Davidson con los budistas y su intensa actividad mental de meditación, confirman

que *"generar un sentimiento de amor, amabilidad y compasión tiene equivalentes neurales en los cerebros de todas las personas que meditan, bien sean expertos o principiantes"*, lo cual indica que *"el entrenamiento mental dirigido a la concentración y al pensamiento, puede alterar las conexiones entre el cerebro pensante y el cerebro emocional"* (Begley, 2008, p.295). Es decir, al igual que lo afectivo regula lo cognitivo, se puede lograr lo contrario con una actividad profunda, amplia e intensa de ejercicio intelectual, se puede lograr que lo cognitivo genere lo afectivo, es decir, podemos rediseñarnos como realmente queramos, podemos ser lo que deseemos si así nos lo proponemos de manera consciente e intencional, y si concebimos, estructuramos, ejecutamos y evaluamos un plan riguroso de entrenamiento mental y emocional. Ahora bien, para comprender a plenitud de una manera satisfactoria el comportamiento humano, su mente y su cerebro, *"el cerebro que fabrica la mente humana y el comportamiento humano, es necesario tener en cuenta su contexto social y cultural"* (Damasio, 2007, p.297).

Podemos ser mejores seres humanos, mejores docentes o estudiantes, podemos cambiar, podemos automodelarnos, automodificarnos, autoconfigurarnos como queramos, ya que *"la conducta produce cambios en el cerebro, así como éste produce modificaciones en la conducta"*, como lo demostraron en el año 2005, Álvaro

Pascual-Leone y sus colegas (Citados por Begley, 2008, p.304).

Conclusiones

A través de las estrategias neuroconfiguradoras podemos activar las neuronas, hacer que crezcan y se conecten con otras neuronas mediante la sinapsis, a través de las señales que reciben de otras neuronas por medio de las dendritas y del axón, que es el encargado de enviar el mensaje. Igualmente, podemos lograr la formación y configuración de nuevas redes y circuitos de neuronales para tomar y comunicar información del cuerpo y del mundo, pasar la información en patrones, reconocer los patrones y decidir qué hacer con ellos.

Por otro lado, podemos activar los neurotransmisores para que algunas células les envíen sustancias químicas estimulantes a otras a través de la sinapsis, de manera que cada célula reciba cantidad suficiente de paquetes de sustancias químicas al mismo tiempo, se estimule y así envíe una señal eléctrica al axón, quien transmitirá su mensaje a través de una sinapsis a otras neuronas o a un efector, que cumplirá la orden de la neurona. En efecto, podemos hacer crecer nuevas conexiones entre las neuronas, contribuyendo así al crecimiento de las dendritas. Y es precisamente a estas conexiones entre las neuronas a las que nos referimos cuando hablamos de aprendizaje neuroconfigurador. Comprender y aplicar

este proceso tan maravilloso contribuye a potenciar y acelerar el aprendizaje humano, objeto de estudio de la Neurodidáctica.

Para lograr cambios físicos significativos en la actividad cerebral, es necesario que el estudiante muestre un alto desarrollo de sus procesos volitivos. La neuroplasticidad y la capacidad del cerebro para cambiar como resultado del entrenamiento mental cuestionan el papel de los genes en la conducta. Los genes influyen pero no determinan el comportamiento humano. Este es el resultado de una fuerza física y real, muy poderosa, que puede modificar considerablemente el cerebro: la voluntad, que nace, crece y se desarrolla de cualidades tan inexplicables como el estado mental, la intensidad, calidad y estabilidad de la atención y concentración del estudiante, es decir, de su pensamiento configuracional.

Referencias

- Alper, M. (2008). *Dios está en el cerebro. Una interpretación científica de la espiritualidad humana y de Dios*. Bogotá: Editorial Norma.
- Ander-Egg, E. (2008). *Claves para introducirse en el estudio de las inteligencias múltiples*. Argentina: Ediciones HomoSapiens.
- Antunes, C. (2005). *Educación en las emociones. Nuevas estrategias para el desarrollo de las inteligencias múltiples*. Argentina: Editorial San Benito.
- Begley, Sh. (1998). *How to Build a Baby's Brain*. Newsweek. Edición especial primavera/verano.
- Begley, Sh. (2008). *Entrena tu mente. Cambia tu cerebro*. Bogotá: Editorial Norma.
- Bermeosolo, J. (1997). *Cómo aprenden los seres humanos*. Dpto. Educ. Especial. PUC.
- Brenson, G. (1994). *Adaptación laboral, seminario de integración*. Albán. FICITED, Fundaempresa, fundación neohumanista, fundación Carvajal.
- Cruz, C. (2003). *Los genios no nacen, ¡se hacen! Cómo programar tu mente para triunfar y ser feliz*. Bogotá: Editorial Planeta Colombiana.
- Damasio, A. R. & Damasio, H. (1992). Prosopagnosia: Anatomic basis and behavioral mechanisms. *Neurology*. 32: 331-341.
- Damasio, A. R. (1994). *El error de Descartes. La razón de las emociones*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Damasio, A. R. (2007). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Crítica.

Damasio, A. R. (2010). *Y el cerebro creó al hombre. ¿Cómo pudo el cerebro generar emociones, sentimientos, ideas y el yo?* Barcelona: Destino.

De Zubiría, M. (2004). *El mito de la inteligencia y los peligros del cociente intelectual*. Bogotá: Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual Alberto Merani.

De Zubiría, M. (2006). *Psicología del talento y la creatividad. Cómo explorar, identificar y desarrollar el talento y la creatividad de todos los niños y jóvenes*. Bogotá: Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual Alberto Merani. Tercera reimpresión.

De Zubiría, M. (2007). *La afectividad humana. Sus remotos orígenes, sus instrumentos y operaciones, cómo medirla con escalas y afectogramas*. Bogotá: Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual Alberto Merani.

De Zubiría, M. (2009). *ABC de Pedagogía Conceptual 2. Formar, no sólo educar*. Bogotá: Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual Alberto Merani.

De Zubiría, M. (2009). *ABC de Pedagogía Conceptual 3. Las teorías de Pedagogía Conceptual*. Bogotá: Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual Alberto Merani.

De Zubiría, M. (2009). *ABC de Pedagogía Conceptual 4. Cómo funciona la mente humana. Más allá de la Psicología Cognitiva*.

Bogotá: Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual Alberto Merani.

Enciso, O. (2004). *Aprendiz y maestro con programación neurolingüística*. Colombia: Ediciones Ayala Ávila y Cía.

García, J. L. (2002). *Creatividad: La ingeniería del pensamiento*. Bogotá: Trillas.

Gardner, H. (1988). *La nueva ciencia de la mente*. Barcelona: Paidós.

Gardner, H. (1994). *Estructuras de la mente. Teoría de las inteligencias múltiples*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica. Segunda edición.

Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples la teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós.

Gardner, H. (2001). *La inteligencia reformulada*. Barcelona: Paidós.

Gardner, H. (2007). *Estructuras de la mente. Teoría de las inteligencias múltiples*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica. Sexta reimpresión.

González, F. (1995). *Comunicación, personalidad y desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

González, F. (1999). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación.

- Good, T. & Brophy, J. (1995). *Psicología educativa contemporánea*. México: MacGraw – Hill.
- Grinder, J. & Bandler, R. (2001). *De sapos a príncipes. Transcripción del seminario de los creadores de la programación neurolingüística (PNL)*. España: Ediciones Gaia.
- Hurlock, E. (1966). *Principios del desarrollo infantil*. Madrid: MacGraw – Hill.
- Jensen, E. (2004). *Cerebro y Aprendizaje. Competencias e implicaciones educativas*. Madrid: Narcea.
- Klein, S. (1994). *Aprendizaje, principios y aplicaciones*. Madrid: McGraw – Hill.
- Llinás, R. (2003). *El cerebro y el mito del yo. El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humanos*. Bogotá: Norma.
- Malaguzzi, L. (1991). "La integración de la diversidad. Contexto social en que se produce". En: *Infancia*, No. 6, marzo-abril, 1991.
- Marina, J. A. (1993). *Teoría de la inteligencia creadora*. Barcelona: Anagrama.
- Marina, J. A. (1996). *El laberinto Sentimental*. Barcelona: Anagrama.
- Marina, J. A. (2000). *El vuelo de la inteligencia*. Barcelona: Plaza y Janes.
- Marina, J. A. (2004). *La inteligencia fracasada*. Madrid: Anagrama.
- Martínez, M. (2012). *El paradigma emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica*. México: Trillas.
- Ortiz, A. (2009a). *Aprendizaje y comportamiento basado en el funcionamiento del cerebro humano*. Barranquilla: Litoral.
- Ortiz, A. (2009b). *Cerebro, currículo y mente humana*. Barranquilla: Litoral.
- Ortiz, A. (2011). *Hacia una nueva clasificación de los modelos pedagógicos*. Revista Praxis. Santa Marta: Universidad del Magdalena.
- Ortiz, A. (2012). *El pensamiento como configuración de configuraciones: análisis de caso en la primera infancia*. Revista Praxis. Santa Marta: Universidad del Magdalena.
- Ortiz, A. (2013). *Epistemología e Investigación Configuracional en las ciencias humanas y sociales*. Santa Marta: Editorial Universidad del Magdalena.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1995). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: MacGraw – Hill.
- Ramachandran, V.S. (2012). *Lo que el cerebro nos dice. Los misterios de la mente humana al descubierto*. Barcelona: Espasa.

Sarmiento, M. I. (1999). *Cómo aprender a enseñar y cómo enseñar a aprender*. Psicología educativa y del aprendizaje. Colombia: Universidad Santo Tomás.

Tausch, R. & Tausch, A. M. (1981). *Psicología de la educación*. Barcelona: Herder.

Tomilson, P. (1984). *Psicología educativa*. Madrid: Pirámide.

Woolfolk, A. (1996). *Psicología educativa*. México: Prentice – Hall.

Marcos Díaz Videla *

Universidad de Flores / Argentina

INTERACCIÓN HUMANO-ANIMAL: ¿POR QUÉ LA GENTE NO AMA A SUS MASCOTAS?*

165

HUMAN-ANIMAL INTERACTION: WHY DO NOT PEOPLE LOVE THEIR PETS?

Referencia Recomendada: Videla-Díaz, M. (2014).

Interacción humano-animal: ¿Por qué la gente no ama a sus mascotas?. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 164-179.

Resumen: La tenencia de mascotas ha generado interrogantes socioeconómicos y evolutivos en tanto éstas no desempeñan tareas claramente utilitarias. Estos interrogantes pueden acentuarse considerando que el apego a estos animales resulta un fenómeno extendido ampliamente a través de la historia y en todo el mundo. Una hipótesis plantea que las mascotas funcionarían como parásitos sociales manipulando respuestas humanas para elicitare cuidados; la tenencia de estos animales iría en detrimento de la aptitud humana y configuraría un comportamiento desadaptativo. Contrariamente, basada en investigaciones sobre los beneficios de la tenencia de mascotas, otra hipótesis caracteriza el vínculo humano-animal de compañía como un caso de mutualismo, y la tenencia de mascotas como genuinamente adaptativa. Se exponen y articulan desarrollos de ambas perspectivas y se argumenta a favor de la hipótesis mutualista.

Palabras Clave: Animal de compañía, Antrozología, Apego, Interacción humano-animal, Mascota, Parasitismo social.

Abstract: Pet keeping has given rise to evolutionary and socioeconomic concerns since pets do not perform any clearly utilitarian task. These concerns may increase if we take into account that the attachment to these companion animals is a widespread phenomenon throughout history and all over the world. One hypothesis poses that pets function as social parasites and manipulate human responses in order to elicit care; the act of having these animal would damage the human aptitude and would imply a maladaptive behavior. On the contrary, another hypothesis based on research on pet keeping benefits characterizes the human-pet relationship as a case of mutualism and considers it genuinely adaptive. Both standpoints are explained and expounded; it is argued for the mutualism hypothesis.

Key Words: Anthrozoology, Attachment, Companion animal, Human-animal interaction, Pet, Social parasitism.

Recibido: 25 de Julio de 2014

Aprobado: 14 de Diciembre de 2014

* Lic. en Psicología (Universidad de Buenos Aires), aspirante a Dr. en Psicología (Universidad de Flores). Miembro del Laboratorio de Investigación de Ciencias del Comportamiento de la Escuela Sistemática Argentina. Correo electrónico antrozologia@gmail.com

** En este artículo se argumenta contra la hipótesis que considera la tenencia de mascotas como un caso de parasitismo social. La misma es explicada en detalle por el investigador en psicología evolucionista John Archer en su artículo *Why do people love their pets?* (¿Por qué la gente ama a sus mascotas?), de 1997. De ese trabajo deriva el nombre a este artículo.

Introducción

La mascota o animal de compañía es aquel que se encuentra bajo control humano, vinculado a un hogar, compartiendo intimidad y proximidad con sus cuidadores, y recibiendo un tratamiento especial de cariño, cuidados y atención, que garantizan su estado de salud (Bovisio et al., 2004; Savishinsky, 1985). Profesionales dedicados a la medicina veterinaria, bienestar animal e interacción humano-animal, prefieren el término animal de compañía antes que mascota, para connotar el vínculo psicológico y la relación mutua (ver <http://deltasociety.org>).¹⁶ De todas formas, las definiciones coinciden en marcar una diferenciación entre los animales no humanos mantenidos fundamentalmente por motivos sociales, emocionales o sentimentales (i.e., mascotas), y aquellos mantenidos por propósitos económicos o prácticos (i.e., animales de trabajo, ganado, animales de experimentación); aunque se reconozca que ambas categorías puedan superponerse en la práctica como en el caso de perros guía o perros pastores (Serpell & Paul, 2011).

A las mascotas se les destina enormes cantidades de dinero, tiempo y afecto: se

ofertan recompensas cuando estos animales se pierden, se paga por su aseo y el cuidado de su salud, se les compra regalos y, por supuesto, se los alimenta (Archer, 1997).

Particularmente en las ciudades las mascotas no realizarían trabajo útil y no proveen ningún beneficio evidente a pesar de sus costos, planteando así una paradoja económica que demanda preguntas sociológicas acerca del rol de estos animales en los hogares modernos (Albert & Bulcroft, 1988). Esta paradoja se intensifica cuando se considera que la tenencia de mascotas no está confinada a las sociedades modernas y ricas, sino que se distribuye también entre quienes subsisten de la caza y horticultura; pese a que sus oportunidades de comprometerse en un comportamiento que no provea beneficios a su estado son aparentemente mucho más restringidas, la tenencia de mascotas entre éstos parece ser la norma más que la excepción (Serpell & Paul, 2011). Desde una perspectiva Darwiniana la tenencia de mascotas puede resultar aun más misteriosa, en tanto implica proveer a un miembro de otra especie, a cambio de lo cual no habría beneficios aparentes en cuanto a la aptitud (Archer, 1997).

Sin embargo, en la mayoría de las culturas modernas las mascotas se han convertido en una característica siempre presente en la vida familiar. Su estatus de familia es confirmado por la clase de cosas que la gente hace con sus animales de compañía

¹⁶ De manera similar ven a los propietarios como compañeros humanos, custodios o cuidadores (Faver & Cavazos, 2008; Walsh, 2009), aunque se reconozca que las mascotas pueden pertenecer legalmente a sus cuidadores. A lo largo de este trabajo se utilizará esta terminología de manera indistinta.

(Serpell & Paul, 2011). En un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires por el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur, se encontró que entre las actividades cotidianas que 407 dueños compartían con sus animales de compañía: 99% les hablaba; 98% jugaba con ellos; 60,4% les hacía regalos; 89,9% los fotografiaba; y 53,1% les permitía dormir en su cama (Bovisio et al., 2004).

Los intentos de explicar la tenencia y el vínculo establecido con los animales de compañía como resultado de una deficiencia en los vínculos humanos o como consecuencia del estilo de vida moderno, no logran sostenerse cuando son confrontados con las evidencias de que el apego a las mascotas resulta ser un fenómeno ampliamente extendido a través de la historia y en todo el mundo (Archer, 1997; Serpell, 1996).

Otra explicación posible a este problema evolutivo plantea que las mascotas actúan como parásitos sociales manipulando las respuestas humanas que han evolucionado para facilitar las relaciones que se dan principalmente, aunque no de manera exclusiva, entre padres e hijos (Archer, 1997).

El parasitismo social implica que una especie manipule el comportamiento de otra para obtener beneficios; los cuales resultan mayormente o exclusivamente a favor del parásito. Desde esta perspectiva la tenencia de mascotas es considerada un

comportamiento desadaptativo (Archer, 2011). En contraposición a esta concepción se plantea otra hipótesis para dar cuenta de la tenencia de animales de compañía, en la cual se destaca que la convivencia con éstos reporta diversos beneficios tanto para los animales como para sus dueños.

En este trabajo se articularán desarrollos correspondientes a estas dos perspectivas, y se argumentará a favor de esta última concepción, la cual entiende la tenencia de mascotas como un caso de mutualismo.

Para evitar superponer diferentes niveles de análisis es conveniente realizar una distinción entre la teorización respecto de los orígenes evolutivos de la tenencia de mascotas, y las hipótesis respecto de sus posibles consecuencias funcionales (Serpell & Paul, 2011). La argumentación se centrará fundamentalmente en las consecuencias, ya que refieren a los efectos y a la funcionalidad de este comportamiento. La perspectiva desadaptativa de la convivencia con animales de compañía seguirá principalmente los desarrollos de Archer (1997; 2001; 2011); y la perspectiva opuesta seguirá principalmente a Serpell (1996; 2003; Serpell & Paul, 2011).

Origen evolutivo de la tenencia de mascotas

Existe evidencia arqueológica de que hace más de 14.000 años ya había lobos domésticos, ancestros de los perros, que vivían en asentamientos con humanos

(Serpell, 1996); estos fueron los primeros animales en ser domesticados. Valorados por su inteligencia, sentidos agudos y lealtad, los primeros perros fueron respetados como guardianes, guías y compañeros de pesca y caza. Hace 9.000 años tanto perros como gatos asumieron roles cruciales en el desarrollo de la agricultura de las comunidades, asistiendo en tareas de granja y pastoreo, eliminando roedores que transmitían enfermedades, y protegiendo las cosechas de granos. Aunque tratados como subordinados de sus dueños humanos, gradualmente fueron convirtiéndose en valorados compañeros (Walsh, 2009).

Los cambios morfológicos, fisiológicos y comportamentales ocurridos durante la domesticación fueron producto de un largo proceso evolutivo que implicó tanto al hombre como al animal (Gerzovich Lis, 1998) y que habrían permitido a las mascotas formar relaciones cercanas con sus dueños humanos (Archer, 2011).

Para Sable (2013) es necesario comprender aspectos ligados al apego para que la devoción hacia las mascotas tenga sentido. La teoría del apego se basa en la premisa de que los humanos, como muchos animales, están biológicamente predispuestos para buscar y mantener contacto físico y conexión emocional con figuras selectas que se vuelven familiares, a las que se les confía protección física y psicológica. A la aproximación de tradición

psicoanalítica de búsqueda de objeto Bowlby (1998) agregó principios etológicos para explicar que los comportamientos de búsqueda de proximidad fueron diseñados a través del curso de la evolución para asegurar la proximidad física y disponibilidad emocional de figuras de apego cuando fuera necesaria. Una figura de apego adulta para una persona puede ser un esposo, un miembro de la familia, un amigo cercano o bien una mascota (Sable, 2013).

La implicancia evolutiva de los vínculos de apego formados con otras personas es clara en tanto están al servicio de funciones biológicas obvias como la paternidad, o la ayuda a los familiares, o la formación de alianzas mutuamente beneficiosas (Archer, 1997). Esto plantea la pregunta de por qué las personas formarían similares apegos con miembros de especies diferentes. Si bien la existencia de pocos contactos sociales, la falta de cónyuge o hijos podría acentuar el apego a las mascotas (Albert & Bulcroft, 1988) no existe evidencia de que las personas con una deficiente capacidad para las relaciones humanas adultas se vuelva a las mascotas como sustitutos (Archer, 1997).

De hecho, la evidencia transcultural e histórica (Serpell, 1996) indica que la tenencia de mascotas es frecuente aun cuando hay redes familiares extensas presentes, y que las diferencias observadas en la tenencia de mascotas entre culturas se encuentra más asociada a las diferentes tradiciones y creencias sobre los animales

que a la extensión de las redes sociales (Archer, 1997).

Un área que ha recibido mucha atención a este respecto se refiere a las respuestas humanas hacia los infantes. La atracción hacia las criaturas que parecen bebés aparentemente es tan fuerte que es activada también por los jóvenes de otras especies: Ver un animal bebé parece ser suficiente para activar algo similar a las conductas que los padres humanos generalmente dirigen hacia su propia descendencia (Serpell, 1996).

La neotenia se refiere a la retención de características juveniles en la edad adulta y fue uno de los fenómenos acrecentados durante la domesticación (Gerzovich Lis, 1998). Estas características neoténicas se encuentran involucradas en los mecanismos que permiten a las mascotas elicitare cuidados de los humanos (Archer, 1997). A esto subyacen las disposiciones humanas que originalmente ayudaron a las personas a ocuparse de sus propios hijos.

Las respuestas paternas al esquema infantil son adaptativas en su contexto primario, facilitando los estadios de apego iniciales de la madre, u otros familiares adultos, al infante (Archer, 2011). Estas respuestas pueden desviarse fácilmente a circunstancias inapropiadas donde las mismas características infantiles, como ojos grandes y mejillas abultadas, se presentan en un individuo que no es humano (Archer, 2001).

La operación de estas respuesta en otros contextos puede ser considera como el costo de la inflexibilidad de los mecanismos implicados (Archer, 2011). Una posibilidad es que la tenencia de mascotas, la cual puede entenderse como la "*adopción cruzada de especies*", se haya originado en la era paleolítica como consecuencia de un comportamiento parental mal dirigido (Serpell & Paul, 2011). Sin embargo, de esto no se desprende necesariamente que las mascotas son parásitos sociales, ni que las personas están siendo sutilmente manipuladas para brindar atención y cuidados que de otra manera hubieran destinado a su descendencia (Serpell, 1996).

Otra característica ligada a la adopción de mascotas estaría en relación con la atribución de procesos mentales a los organismos parecidos a los humanos. Los animales de compañía mamíferos poseen ciertas características comportamentales similares a las de los humanos, que habilitan a las personas a interactuar con ellos como si fueran miembros humanos de la familia (Archer, 1997). El antropomorfismo puede ser definido como la atribución de estados mentales humanos —pensamientos, sentimientos, motivaciones y creencias— a animales no humanos, y es un rasgo casi universal entre los dueños de los animales de compañía (Serpell, 2003). Esta capacidad humana de pensamiento antropomórfico puede haber ayudado originariamente al proceso de asimilación de las primeras mascotas en las familias humanas a partir de

atribuirles características mentales humanas a estos animales luego de haber transcurrido el estadio infantil de dependencia y solicitud de cuidados (Serpell & Paul, 2011). Desde la postura parasitaria la atribución de procesos mentales puede ser vista como resultante de una característica altamente adaptativa al tratar con humanos, pero no cuando se la extiende a las mascotas (Archer, 2001). Desde la postura opuesta, el antropomorfismo proveyó la posibilidad de utilizar los animales como fuentes alternativas de apoyo social, y los recursos para beneficiarse emocional y físicamente de esto (Serpell, 2003).

Consecuencias funcionales de la tenencia de mascotas

El fenómeno del parasitismo en la cría de aves ha evolucionado en alrededor de 80 especies, aunque es típicamente ejemplificado por el ave europea cuco (*cuculus canarus*). Esta ave parasitaria merodea el nido del hospedador, el carricero (*acrocephalus*), hasta que éste se ausenta. Ahí es cuando el cuco invade el nido donde pone un sólo huevo, el cual está disfrazado con el aspecto de los huevos del carricero. Al nacer, el polluelo parásito desaloja a sus hermanos adoptivos del nido, y exagera aspectos ligados a la solicitud de cuidados de la descendencia de la pareja de carriceros, fomentando una intensa respuesta en éstos para ser alimentado asiduamente (Archer, 1997; Serpell, 1996).

Este mecanismo, por supuesto que no sólo no reporta beneficios al hospedador, sino que se desarrolla en franco detrimento de éste y su descendencia (Serpell, 2003).

Una pregunta que se plantea a partir de considerar la tenencia de mascotas como una forma de parasitismo social es por qué este comportamiento ha persistido y de manera tan extendida a pesar de sus costos.

Si bien las consecuencias de la tenencia de mascotas resultan obviamente menores a las de la cría de las aves parasitarias, aun cuando el costo es tan elevado como en el caso de las aves parasitadas por el cuco éstas han persistido alimentando al polluelo del cuco (Archer, 1997). Esto se debería a dos razones, las cuales también aplicarían al caso de las mascotas para la perspectiva sostenida por Archer: (1) la desventaja en la aptitud para los carriceros o humanos (i.e., desviando recursos de la familia humana) es probablemente baja comparada con la ventaja para el cuco o mascota al ser protegidos y alimentados; (2) el lapso de tiempo puede haber sido demasiado corto para que evolucionaran contramedidas.

En principio, cabe destacar que aunque ciertas áreas de nuestro comportamiento están probablemente influenciadas por predisposiciones biológicas, una diferencia fundamental entre las personas y estas aves, es que estas últimas no han advertido que están alimentado y cuidando un intruso de otra especie (Serpell, 1996; 2003). Pero más

allá de esto, el paralelismo entre el cuco y la mascota, asume que los animales de compañía no reportan beneficios para sus dueños. Pese a que la investigación acerca de los beneficios en la salud aportados por la tenencia de mascotas se encuentra todavía en un estadio temprano de desarrollo, ya ha arrojado una variedad de hallazgos interesantes (Serpell, 2003).

Diversos estudios ligaron la tenencia de animales de compañía con mayor supervivencia después de infartos (Friedmann, Katcher, Lynch, & Thomas, 1980; Friedmann & Thomas, 1995); menor presión sanguínea en adultos mayores hipertensos al realizar una tarea estresante (Friedmann, Thomas, Cook, Tsai, Picot, 2007), así como también niveles más bajos de colesterol y triglicéridos (Anderson, Reid, & Jennings, 1992). De hecho, se encontró la presencia de una mascota más efectiva que la de un cónyuge para disminuir los efectos cardiovasculares del estrés al realizar una tarea aritmética y al ser sometidos al "Cold Pressure Test" (Allen, Blascovich, & Mendes, 2002). Acariciar al animal mostró niveles más bajos en la presión sanguínea que el hablarle, o hablarle al experimentador (Vormbrock & Grossberg, 1988). La sola presencia de un animal amigable evidenció tener efectos sobre la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca de niños mientras descansaban, así como también mostró menor respuesta cardiovascular al realizar una tarea de lectura (Friedmann, Katcher, Thomas, Lynch, & Messent, 1983). De este

modo no resulta sorprendente que otro estudio asoció la tenencia de mascotas con una menor cantidad de consultas médicas en personas mayores (Siegel, 1990). En Alemania y Australia se realizó un estudio longitudinal, de representatividad a nivel nacional, encontrando que el grupo de personas que ininterrumpidamente había tenido mascotas era el más saludable, y que había realizado un 15% menos de consultas médicas (Headey & Grabka, 2005).

Al igual que con miembros humanos de las familias, se ha reportado que las mascotas también proveen beneficios psicológicos y sociales (Cohen, 2002). Aún más que el apego, la compatibilidad entre dueño y mascota mostró una asociación con la salud mental de los propietarios (Budge, Spicer, & St. George, 1998). También se encontró una asociación significativa entre el vínculo establecido por los niños con sus animales y sus puntajes en escalas de competencia social y empatía (Poresky & Hendrix, 1990).

Un estudio realizado con adultos jóvenes universitarios mostró que aquellos que habían tenido mascotas durante su infancia eran más empáticos, tenían mayor propensión a elegir carreteras ligadas a la ayuda, y estaban más orientados hacia valores sociales que aquellos que no habían tenido mascota durante su infancia (Vizek-Vidovic, Arambasic, Kerestes, Kuterovac-Jagodic, & Vlahovic-Stetic, 2001). La tenencia de mascotas fue asociada a su vez a menores sentimientos de soledad en

mujeres que viven solas (Zasloff & Kidd, 1994), y la presencia de un perro también se asoció a un incremento de las interacciones sociales con extraños (McNicholas & Collis, 2000). Desde un marco terapéutico e institucional, la sola presencia de un perro se relacionó con un incremento de la socialización entre hombres mayores residentes de un geriátrico (Fick, 1993).

Pacientes hospitalizados con diversos diagnósticos psiquiátricos mostraron menores niveles de ansiedad luego de estar en contacto con perros (Barker & Dawson, 1998); así como también se evidenció una disminución en los comportamientos de agitación en personas institucionalizadas con diagnóstico de alzheimer (Churchill, Safaoui, McCabe, & Baun, 1999; Fritz, Farver, Kass, & Hart, 1995).

En base a investigaciones como estas se sostiene la perspectiva que considera que la gente tiene animales como compañeros esencialmente por las mismas razones que usa abrigos para apartarse del frío: porque haciéndolo mejoran su salud y calidad de vida (Serpell, 2003). A esto se ha objetado que cualquier beneficio que las personas puedan percibir en términos de amor y sentimientos agradables a partir de interactuar con sus animales, en sí mismos no proveen beneficios en un sentido Darwiniano (Archer, 1997). Así, es probable que alimentar al polluelo del cuco sea para el carricero una actividad reconfortante y que satisfaga su necesidad de brindar

cuidados, pero esto no la convierte en adaptativa en un sentido evolutivo. La pregunta central en este asunto es si en lo que concierne a la aptitud humana los beneficios de la tenencia de mascotas superan los costos (Serpell & Paul, 2011).

Netting, Wilson, & New (1987) plantean que una perspectiva posible basada en la teoría del intercambio (Blau, 1964) considera la tenencia de mascotas como una elección racional a partir de la cual el vínculo sólo será mantenido cuando los beneficios excedan los costos. Archer (2011) reconoce que cuando los costos de los animales de compañía se vuelven demasiado grandes el vínculo con su propietario se quebrará, pero señala que de acuerdo a su perspectiva basada en un apego evolutivo el vínculo podría mantenerse más allá del punto en el que los costos excedan a los beneficios.

Se han realizado múltiples estudios acerca del abandono de animales. Si bien resulta complejo aunar los resultados por la variabilidad en los estudios y la falta de estandarización metodológica (Lambert, 2014), una revisión reciente destacó que las tres principales razones serían: (1) problemas de agresividad de los animales, (2) problemas relativos a mudanzas, alquileres y hogar, y (3) problemas personales y de salud de los propietarios (Coe et al., 2014).

Shore, Petersen, y Douglas (2003) encontraron que las personas que habían dejado a sus mascotas en un refugio por

problemas relativos a mudanzas tendían a tener altos puntajes de apego sobre el animal abandonado; muchos de los participantes de su estudio expresaron considerable tristeza por sus acciones, las cuales frecuentemente les habían resultado inevitables por su situación financiera y otros factores externos. Sin embargo, también existe evidencia contraria que relaciona la fortaleza del apego con el futuro de la mascota (Heath, , Beck, Kass, & Glickman, 2001; Heath, Voeks, & Glickman, 2001).

Dejando de lado momentáneamente este aspecto y retomando los hallazgos sobre los beneficios en los dueños de los animales de compañía, sería razonable argumentar que la tenencia de mascotas resulta genuinamente adaptativa en el sentido evolutivo de la palabra en tanto contribuye a la salud individual y a la supervivencia a partir de disminuir el estrés y las tensiones de la vida diaria (Serpell, 1996). Archer (1997) encuentra dos inconvenientes para considerar estos beneficios percibidos por los dueños de las mascotas: (1) si estos beneficios resultan suficientes para contribuir al éxito reproductivo; (2) si éstos compensarían los elevados costos de alimentar y cuidar al animal.

Ya desde los primeros años de la investigación humano-animal, diversos estudios demostraron que la gente tiende a ser percibida más positivamente cuando está acompañada por una mascota que cuando está sola (Serpell, 1996). Por

ejemplo, Robins, Sanders & Cahill (1991) reportaron que las perros exponían a las personas a encuentros con extraños en lugares públicos y facilitaban el establecimiento de confianza entre ellos.

Otro estudio encontró que personas en silla de ruedas recibían más saludos cuando estaban acompañadas de sus perros de servicio que cuando estaban solas; así también registraron un incremento en las salidas nocturnas de estas personas luego de haber adquirido sus perros (Hart, Hart, & Bergin, 1987). Si bien múltiples estudios reportaron efectos de los animales de compañía en la interacción social, podría objetarse que muchos de éstos se basaron en contactos no verbales o conversaciones superficiales más que en la posibilidad de establecimiento de relaciones más cercanas.

Un estudio más reciente encontró que el experimentador acompañado de su perro resultaba más exitoso para recibir ayuda y dinero de la gente, y para obtener el número de teléfono de mujeres jóvenes (Guéguen & Ciccotti, 2008). Otro estudio se refirió a los perros como "imán de chicas", destacando fundamentalmente la cantidad de acercamientos que los cachorros generaban en un espacio público (Petersen, 2011).¹⁷ En estos hallazgos resulta más

¹⁷ Esta facilitación social dependería en parte del tipo de animal (Serpell, 2011). Por ejemplo, un estudio encontró que experimentadores con cachorros tenían más aceptación que con perros adultos; y que una persona recibía menos reconocimiento con un rottweiler que con una labrador (Wells, 2004).

notable el efecto beneficioso sobre la aptitud de las personas, y los mismos resultan consecuentes con la teoría que plantea la tenencia de mascotas como una potencial forma de señalar o advertir a otras personas que uno es capaz de cuidar y hacerse cargo de alguien dependiente, elevando así su estatus social y quizás aumentando sus posibilidades de ser elegido como pareja (Serpell & Paul, 2011). Así, favorecería el éxito reproductivo.

Resumiendo, es posible fundamentar a través de los resultados de diversas investigaciones realizadas en el marco de la interacción humano-animal, que la tenencia de animales de compañía reporta beneficios sobre la aptitud de sus dueños: (1) aumentando la probabilidad de futura descendencia, ya que al demostrar habilidades parentales incrementa la probabilidad de ser elegido como pareja; (2) incrementando su éxito reproductivo, ya que tener mascotas provee una experiencia de parental y de brindar cuidados que se traslada a un mayor éxito reproductivo cuando el dueño de la mascota cría a sus hijos; y (3) aumentando su supervivencia, ya que la tenencia de mascotas provee al dueño de un amortiguador social contra los efectos negativos en su salud producidos por el estrés psicosocial (Serpell & Paul, 2011, en Emlen et al., 1991). Así, la tenencia de animales de compañía resulta un comportamiento adaptativo, el cual sobrepasa marcadamente los costos de cuidar y alimentar a una mascota.

Por último, la postura planteada por Archer (1997) asume que los perros y gatos domésticos se han beneficiado enormemente en términos de éxito reproductivo por su asociación con los humanos, en tanto su población se ha multiplicado en una forma que no habría sido posible sin la intervención de sus dueños humanos. Sin embargo, desde la perspectiva de los beneficios en la aptitud del animal podría también plantearse que no resultaría claro quién estaría siendo parasitado por quién (Serpell & Paul, 2011); tomando en consideración por ejemplo, que para mejorar su habilidad para servir como compañeros sociales gran parte de los animales son castrados, y que las prácticas eugenésicas de cría han dejado a muchos de ellos discapacitados con enfermedades genéticas o deformidades anatómicas (Serpell, 2003). Entonces podríamos así argumentar que estos animales son de hecho las víctimas del humano como parásito social, y que las características neoténicas que suscitan la respuesta de ternura de brindarles cuidados son producto de la selección de características que mejoran la habilidad de las mascotas de satisfacer específicas necesidades humanas (Serpell & Paul, 2011), y que pueden ir en detrimento de su bienestar y aptitud biológica.

Siguiendo esta línea opuesta de argumentación y retomando la teoría del intercambio, no es posible considerar esta teoría desde la perspectiva del animal, en

tanto para éste no es posible evaluar racionalmente el intercambio producido, ni tampoco terminar la relación. Sin embargo, sí podemos afirmar que el animal también se encuentra apegado¹⁸, y además atrapado, en esta relación. De este modo, sería lícito afirmar con seguridad que el animal sostendrá la relación más allá del punto en el que los costos superan los beneficios.

Finalmente sería posible asumir también que las personas se han beneficiado enormemente en términos de éxito reproductivo por su asociación con los perros y gatos, en tanto su población se ha multiplicado en una forma que probablemente no habría sido posible sin los beneficios aportados por sus amadas mascotas.

Conclusiones

Diversas hipótesis se han planteado para intentar dar respuesta al fenómeno de la tenencia de animales de compañía. Una de estas perspectivas considera a las mascotas como parásitos sociales que ejercen una manipulación de las disposiciones generales de los humanos a responder a rasgos infantiles, a atribuir procesos mentales a

entidades con características humanas, y a la formación de vínculos de apego. Esta perspectiva asume inicialmente que éstos animales no reportan ventajas en cuanto a la aptitud de las personas, aunque sí un costo; resultando de este modo su tenencia, un comportamiento desadaptativo. Sin embargo, este presupuesto puede ser falso y resulta cuestionable a partir de los hallazgos de estudios que reportan beneficios en la salud física, psicológica y social de las personas que tienen animales de compañía. Estos beneficios resultarían en un incremento de la posibilidad de tener descendencia futura, del éxito reproductivo y de la supervivencia, pudiendo fundamentar de este modo que la tenencia de mascotas como un comportamiento adaptativo. También es probable que los costos de la tenencia de animales de compañía sean cualitativamente distintos a los infringidos por las aves parasitarias y por ende no comparables. A su vez, si bien la relación establecida con las personas permitió a estas mascotas expandirse notoriamente, la misma tuvo consecuencias morfológicas, fisiológicas y comportamentales en detrimento del bienestar y la aptitud de los animales, con el propósito de satisfacer requerimientos humanos. Así sería más apropiado caracterizar la tenencia de mascotas como un caso de mutualismo, en el cual humanos y animales obtienen beneficios de la relación, así como también ambos deben afrontar costos. En este sentido el vínculo humano-animal (no humano) es definido

¹⁸ Odendaal & Meintjes (2003) encontraron indicadores de cambios fisiológicos mutuos durante interacciones positivas entre los amantes de los perros y los perros. Sus resultados mostraron que las concentraciones de β -endorfinas, oxitocina, prolactina, β -feniletilamina, y dopamina se incrementaron en ambas especies después de estas interacciones.

por la Asociación Americana de Medicina Veterinaria como una relación mutuamente beneficiosa y dinámica entre personas y otros animales, que es influenciada por comportamientos que son esenciales para la salud y el bienestar de ambos (Wollrab, 1998).

La gente no ama a sus mascotas por haber sido engaños y manipulados sutilmente a través de rasgos infantiles que logran confundirlas con sus hijos. Los dueños de mascotas claramente discriminan entre sus mascotas y su descendencia. Resultan asimismo falsas las afirmaciones sarcásticas lanzadas livianamente en contextos poco académicos de que en culturas como la nuestra las personas tratan a sus mascotas igual, o inclusive mejor, que a sus hijos: Las personas no abandonan a sus hijos cuando se aburren de ellos o cuando quieren ir de vacaciones; no los ponen a dormir cuando se han vuelto inmanejables, no los castran o esterilizan, ni los alimentan con una ininterrumpida dieta de conservas de vísceras; tampoco los golpean y les frotan la cara sobre el lugar donde defecaron en la casa. Sin embargo, la gente no sólo le permite a estos animales permanecer en su "nido", sino que busca activamente mantener esta relación y realizan considerables esfuerzos emocionales y financieros para mantenerla. La gente debe obtener de esta relación algo que es lo suficientemente grande, como para estar más allá de las consideraciones económicas (Serpell, 1996).

Resulta así más plausible que la gente ame a sus mascotas por un motivo más simple y poco intrincado: Por la sencilla razón de haber forjado con éstas un vínculo afectivo, que implica proximidad, cooperación y bienestar.

Referencias

- Albert, A., Bulcroft, K. (1988). Pets, families, and the life course. *Journal Of Marriage & Family*, 50(2), 543-552
- Archer, J. (1997). Why do people love their pets? *Evolution and Human behavior*, 18(4), 237-259.
- Archer, J. (2001). Evolving theories of behavior. *The Psychologist*, 14(8), 414-419.
- Archer, J. (2011). Pet keeping: A case study in maladaptive behavior. *The oxford handbook of evolutionary family psychology*, 281-296.
- Allen, K., Blascovich, J., & Mendes, W. B. (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 727-739.
- Anderson, W. P., Reid, C. M., & Jennings, G. L. (1992). Pet ownership and risk factors for cardiovascular disease. *The Medical Journal of Australia*, 157(5), 298-301.
- Barker, S. B., & Dawson, K. S. (1998). The effects of animal-assisted therapy on anxiety

ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 49(6), 797-801

Blau, P. M. (1964). Power and exchange in social life. *New York: J Wiley & Sons*.

Bovisio, M., Fracueli, M. C., González, B. B., Lencinas, O. E., Mestres, N. A., Varela, A. S., & Marcos, E. R. (2004). Características de la convivencia humano-animal en la ciudad de Buenos Aires y su relación con la prevención de zoonosis. *Trabajo original. Instituto de Zoonosis Luis Pasteur*.

Bowlby, J., (1998). *El apego y la pérdida 1: El apego*. Paidós.

Budge, R., Spicer, J., Jones, B., & George, R. S. (1998). Health correlates of compatibility and attachment in human-companion animal relationships. *Society and Animals*, 6(3), 219-234.

Coe, J. B., Young, I., Lambert, K., Dysart, L., Nogueira Borden, L., & Rajić, A. (2014). A scoping review of published research on the relinquishment of companion animals. *Journal of Applied Animal Welfare Science*, 1-21.

Churchill, M., Safaoui, J., McCabe, B. W., & Baun, M. M. (1999). Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 37(4), 16-22.

Cohen, S. P. (2002). Can pets function as family members?. *Western Journal of Nursing Research*, 24(6), 621-638.

Emlen, S. T., Reeve, H. K., Sherman, P. W., Wrege, P. H., Ratnieks, F. L., & Shellman-Reeve, J. (1991). Adaptive versus nonadaptive explanations of behavior: the case of alloparental helping. *American Naturalist*, 259-270. En Serpell, J. A., & Paul, E. S. (2011). Pets in the family: An evolutionary perspective. *The Oxford handbook of evolutionary family psychology*, 297.

Faver, C. A., & Cavazos Jr., A. M. (2008). Love, safety, and companionship: The human-animal bond and latino families. *Journal Of Family Social Work*, 11(3), 254-271.

Fick, K. M. (1993). The influence of an animal on social interactions of nursing home residents in a group setting. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(6), 529-534.

Friedmann, E., Katcher, A. H., Lynch, J. J., & Thomas, S. A. (1980). Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public health reports*, 95(4), 307.

Friedmann, E., Katcher, A. H., Thomas, S. A., Lynch, J. J., & Messent, P. R. (1983). Social interaction and blood pressure: Influence of animal companions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(8), 461-465.

- Friedmann, E., Thomas, S. A. (1995). Pet ownership, social support, and one-year survival after acute myocardial infarction in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *The American journal of cardiology*, 76(17), 1213-1217.
- Friedmann, E., Thomas, S. A., Cook, L. K., Tsai, C. C., Picot, S. J. (2007). A friendly dog as potential moderator of cardiovascular response to speech in older hypertensives. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 20(1), 51-63.
- Fritz, C. L., Farver, T. B., Kass, P. H., & Hart, L. A. (1995). Association with companion animals and the expression of noncognitive symptoms in alzheimer's patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(7), 459-463.
- Gerzovich Lis, C. J. (1998). *Nuestro perro: uno más en la familia*. Planeta.
- Guéguen, N., & Ciccotti, S. (2008). Domestic dogs as facilitators in social interaction: An evaluation of helping and courtship behaviors. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 21(4), 339-349.
- Hart, L. A., Hart, B. L., & Bergin, B. (1987). Socializing effects of service dogs for people with disabilities. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 1(1), 41-44.
- Headey, B., & Grabka, M. M. (2007). Pets and human health in Germany and Australia: National longitudinal results. *Social Indicators Research*, 80(2), 297-311.
- Heath, S. E., Beck, A. M., Kass, P. H., & Glickman, L. T. (2001). Human and pet-related risk factors for household evacuation failure during a natural disaster. *American journal of epidemiology*, 153(7), 659-665.
- Heath, S. E., Voeks, S. K., & Glickman, L. T. (2001). Epidemiologic features of pet evacuation failure in a rapid-onset disaster. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 218(12), 1898-1904.
- Lambert, K. (2014). *Summarizing Reasons for Surrender and Stakeholder Perceptions within the Published Literature on Companion-animal Relinquishment* (Doctoral dissertation).
- McNicholas, J., & Collis, G. M. (2000). Dogs as catalysts for social interactions: Robustness of the effect. *British Journal of Psychology*, 91(1), 61-70.
- Netting, F. E., Wilson, C. C., & New, J. C. (1987). The human-animal bond: Implications for practice. *Social work*, 32(1), 60-64.
- Odendaal, J. S. J., & Meintjes, R. A. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behaviour between humans and dogs. *The Veterinary Journal*, 165(3), 296-301.

Petersen, A. T. L. (2011). *From fur baby to chick magnet: A sociological view of dogs and their people* (Doctoral dissertation, The University of Montana).

Poresky, R. H., & Hendrix, C. (1990). Differential effects of pet presence and pet-bonding on young children. *Psychological Reports*, 67(1), 51-54.

Robins, D. M., Sanders, C. R., & Cahill, S. E. (1991). Dogs and their people. Pet-facilitated interaction in a public setting. *Journal of Contemporary Ethnography*, 20(1), 3-25.

Savishinsky, J. (1985). Pets and family relationships among nursing home residents. *Marriage & Family Review*, 8(3-4), 109-134.

Serpell, J. (1996). *In the company of animals: A study of human-animal relationships*. Cambridge University Press.

Serpell, J. A. (2003). Anthropomorphism and anthropomorphic selection—Beyond the "cute response". *Society and Animals*, 11(1), 83-100.

Serpell, J. A., & Paul, E. S. (2011). Pets in the family: An evolutionary perspective. *The Oxford handbook of evolutionary family psychology*, 297.

Shore, E. R., Petersen, C. L., & Douglas, D. K. (2003). Moving as a reason for pet

relinquishment: A closer look. *Journal of Applied Animal Welfare Science*, 6(1), 39-52.

Siegel, J. M. (1990). Stressful life events and use of physician services among the elderly: the moderating role of pet ownership. *Journal of Personality and Social psychology*, 58(6), 1081.

Walsh, F. (2009). Human-animal bonds I: The relational significance of companion animals. *Family Process*, 48(4), 462-480.

Vizek-Vidovic, V., Arambasic, L., Kerestes, G., Kuterovac-Jagodic, G., & Vlahovic-Stetic, V. (2001). Pet ownership in childhood and socio-emotional characteristics, work values and professional choices in early adulthood. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 14(4), 224-231.

Vormbrock, J. K., & Grossberg, J. M. (1988). Cardiovascular effects of human-pet dog interactions. *Journal of behavioral medicine*, 11(5), 509-517.

Wells, D. L. (2004). The facilitation of social interactions by domestic dogs. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 17(4), 340-352.

Wollrab, T. I. (1998). Human-animal bond issues. *Journal of American Veterinary Medical Association*, 212(11), 1675.

Zasloff, R. L., & Kidd, A. H. (1994). Loneliness and pet ownership among single women. *Psychological Reports*, 75(2), 747-752.

Leonardo Martín Dorony Saturno*

Asociación de Suicidiología de Latinoamérica y el Caribe / México

"LA CRISIS DEL VACÍO EXISTENCIAL" DESDE LA DEPRESIÓN HACIA LA LIBERACIÓN. UNA FORMA DE EXPRESIÓN DE LA VIOLENCIA SOCIAL ESTRUCTURAL, DESTRUCTIVA Y ANIQUILANTE

180

Referencia Recomendada: Dorony-Saturno, L. M. (2014). "La crisis del vacío existencial" Desde la depresión hacia la liberación. Una forma de expresión de la violencia social estructural, destructiva y aniquilante. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 180-195.

Resumen: El presente trabajo trata sobre un análisis y reflexión del momento histórico sobre las causas de la conducta suicida y la depresión como forma de expresión ante las políticas de la globalización. Dichas políticas provocan en la persona un complejo proceso en donde ésta se construye como objeto perdiendo su sentido y el significado de su vida. Esta situación se transforma en una de las variables que sustenta las nuevas enfermedades contemporáneas (adicciones, trastornos alimentarios, depresión, suicidio y profundiza generalizando la violencia en todos sus estilos). Se realiza un análisis y reflexión sobre los

diferentes cambios que produce la profundización del mercado y sus prácticas, las políticas de calidad, eficiencia y eficacia, así como las nuevas formas de control social y productivo a partir de las nuevas formas de tecnoburocratización. Los procesos de des-subjetivación y destrucción identitaria, rompiendo paulatinamente los lazos sociales y la confianza, en un entorno de injusticia, impunidad y destrucción de los procederes éticos. Al final, se da una propuesta de generar procesos de enfrentamientos y búsqueda de alternativas hacia la construcción de mejorar la calidad de vida y la promoción en salud de la comunidad.

Palabras Clave: Vacío, Existencia, Suicidio, Depresión, Hiperindividualismo.

Recibido: 7 de Mayo de 2014

Aprobado: 16 de Octubre de 2014

* Psicólogo, Dr en Psicoterapia, Docente a nivel de licenciaturas y posgrados, Investigador, Asesor de Políticas en prevención y promoción en Salud, Asesor y formador para Latinoamérica de sistemas de emergencia por el N.E.N.A-911. Miembro fundador y Representante en México de ASULAC - Asociación de Suicidiología de Latinoamérica y el Caribe. Especialista en Grupos, Formación a docentes y asesor de políticas educativas. Correo electrónico: leonardodorony@hotmail.com

Introducción

¿Por qué este tema?

Entiendo este tema como base de los malestares de nuestro momento histórico. Malestares contemporáneos como son las diferentes formas de violencia, hoy más centrada en la psicológica, promocionada e incentivada por los mass media y lo que involucra las diferentes formas de imposición identitarias (o des-identitaria) a partir de los parámetros y concepciones de la globalización y lo axiología posmoderna.

La globalización es hoy la moderna maquinaria tecnológica de una nueva forma de colonización. Ya no desde barcos y ejércitos armados, sino con la sutileza tecnología de los medios de comunicación, radio, periódicos, televisión y el mundo virtual de las redes sociales e información y desinformación del internet. Aunque por otro lado las estadísticas muestran el aumento a la violencia física, pienso que la violencia psicológica y simbólica son las que se erigen como generadora de la instauración de la violencia estructural de la sociedad.

Por otra parte, las nuevas prácticas sociales que se promueven desde las diferentes instituciones, promueven aconteceres y haceres de las personas en un medio hostil, corrupto, exaltando la impunidad, el doble discurso, el tránsito desde la hiper-burocratización a la tecno-burocratización,

la racionalidad de la irracionalidad, así como la normalidad de los aspectos y conductas anormales, construye haceres con la falta de ética, instaurando una moral que gesta los pilares de la injusticia tras las prácticas del terrorismo de estado y el uso de los vacíos legales de aquellos que ostentan el poder.

Estos haceres se van constituyendo desde a partir de procesos deshumanizantes y procedimientos deshumanizados, centrando las intenciones de toda política de cambio en el eje de la administración tecno-burocrata, en la cual no se permite ajustes, modificaciones, flexibilidades y por lo tanto, proscribire el cambio y la innovación, ya que lo que se prioriza es el proceso administrativo subordinando las políticas de acción e intervención a la política tecno-burocrática administrativa.

Desde estas realidades los gobiernos deben tirar presupuestos para que no se lo quiten en el próximo año, se prohíbe la praxis, subsumiendo a los proyectos en meras realizaciones en escritorios de oficinas centrales sin el contacto y confrontación con lo real, en la praxis que ajusta la idea con el campo de acción, la intención con la materialización en la intervención y por lo tanto, cercena el aprendizaje, la tolerancia a las diferencias, normativizando a la persona desde el "etnocentrismo", uniformando e imponiendo las realidades que se construyen desde los espacios del poder.

Por otra parte, mucho de éstos proyectos, están centrados en la captura de datos que solo remitan a las exigencias de esas políticas administrativas, abnegando en cada procedimiento las intenciones políticas que apuntan al cambio y la transformación.

Este tipo de prácticas, valorizadas a partir de lo tecnoburocrático, generar mayores frustraciones en quienes trabajan y a quienes les llega, promoviendo mayor desilusión y desesperanza así como también en la implicación de generar mayores gastos económicos, contrariamente a las políticas de austeridad que pregonan. Estas prácticas se tornan más costosas y menos eficientes, desmoralizando al profesional, al activista, al voluntariado y a la misma población, promoviendo haceres robotizados, donde la persona que los promueve solo tiene que repetir, no pensar y no sentir, transformándose en mero vehículo volqueta del escritorio y la oficina hacia el pantano de la sociedad y las personas.

Estas prácticas que se centran en lo administrativo, a través de la "calidad" de los formatos y procesos, no permite advertir el sufrimiento psicosocial existente ya que se centran en procedimientos cuantitativos, negando así el registro y la visibilidad de los sufrimientos humanos, quedando en el discurso el paradigma humanístico, materializándose procesos positivistas que valoran números descontextualizando el sentido y los significados anulando y excluyendo los procesos humanos. Estas

prácticas unidimensionan las diferentes condiciones sociales, mecanizando así las prácticas tanto organizativas como institucionales, promoviendo dispositivos que van transformando a la persona mediante la instauración de procesos productores de enfermedad.

Corporativos, bancos, accionistas anónimos, fomentan la pauperización moral y económica de las poblaciones, mediante la flexibilidad laboral, donde la persona va perdiendo los derechos históricamente conquistados por la lucha de los trabajadores y trabajadoras. Ya no existen las ocho horas, no es bien visto salir en el horario establecido y hasta puede ser argumento de despido por no comprometerse con la empresa, aunque no exista el pago de horas extras y a su vez, si llegas minutos tardes te los descuentan.

Otras dificultades son el libre tránsito de mercancías más no de personas, donde las empresas se instalan temporalmente diferentes Estados y países, según sea las prebendas fiscales, generando mayores bajas salariales, pauperización de las condiciones laborales y desocupación local y regional.

Se promueve el consumismo con la complicidad del marketing que fomenta que el Ser está en los artículos que uno tiene, donde la esencia de la persona es en el tener sino, uno deja de existir. Esta nueva forma de religión creada para adorar al

Dios-Mercado, ha logrado transferir la existencia de la esencia humana para los creyentes de Dios, que es potencia de vida para existir, hacia la esencia del Dios-Mercado en donde la potencia de vida se centra en el consumir y se existe si se obtiene las cosas, sino estamos excluidos y muchos, aniquilados.

Otros aspectos que se promueven para favorecer la adoración a este nuevo Dios-Mercado (Dorony, 2012), es el desmedro de las culturas y tradiciones regionales, formas de desarraigo que neutralizan los referentes históricos para dar realidad y única referencia a esta nueva secta religiosa llamada Globalización. La imposición de no ver ni hablar de acontecimientos históricos, de reflexionar sobre la cultura, costumbres y desvalorizar los recursos de comunidades milenarias, destruyen las identidades, autoestima, promoviendo la pasividad y las políticas paternalistas. Transforman a las personas en meros animales de engorde, encerrados y en espera que les den, quitándoles así el poder de construir, transformar y subjetivarse, generando la ilusión del paraíso en la cárcel, promoviendo evidencias en donde se perciba que la solidaridad, la libertad es peligrosa y el amor es destructivo, ya quien lo profesa queda aislado, excluido y puede ser aniquilado.

Lo humano siempre necesita de referentes que sostengan y construya su verdad, su realidad y ante la destrucción de los paradigmas y fundamentalmente de las

utopías, el sistema a través del mercado como su brazo ejecutor, promulga referentes efímeros, sin asideros y contradictorios. De esta manera logra imponer una forma de ver, sin verse que se impone, aduciendo la libre expresión del ser pero dentro de los parámetros permitidos y exigidos por el sistema y el mercado, argumentando que solo se existe y se es a través del tener y las cosas, produciendo vínculos laxos o nulos entre la población, relaciones interpersonales de cosificación, comprometiendo así la confianza entre la comunidad, favoreciendo la aparición de diversas patologías y principalmente conductas paranoicas que generan violencia, exclusión e impunidad. Otra dimensión que ataca es a la identidad, conformando identidades espectrales, sintiéndose la persona un fantasma y conviviendo con otros fantasmas, que no se ven, no se miran y se sienten inmaterial en una realidad diáfana, así como otros que se encierran y no permiten salir ni entrar nada, volviéndose un bulto, una piedra, un obstáculo para sí y para otros o cayendo en el hiperindividualismo como ilusión salvadora en un sálvense quien pueda, sin lograr darse cuenta que la solución individual es a partir de la solución en lo colectivo.

Dispositivos que envuelven a la vida entera de la persona, atacando todas sus dimensiones, biológica, psicológica, espiritual, social y cognitiva, logrando con todo éxito la manipulación social tras la expoliación

constante de la salud y la hiper-medicalización de la población. Desde estos aspectos, la familia, la comunidad, sus instituciones y organizaciones desde lo local y regional, se vuelve hoy en un baluarte como medio de producción y generadora de estilos y formas de vida, creadoras de realidades, mitos y tradiciones que estructura una teleología a partir de la promoción de espacios de salud en donde se facilite la producción de subjetividad, de reflexión y propuestas de acciones participativas.

En la mayoría de las nuevas patologías que se van produciendo, así como otras que emergen en profundizar el sufrimiento y la miseria de las condiciones humanas, subyace un vacío existencial, generando infinidades de síntomas (Frankl, 1999).

Adicciones, trastornos alimentarios, personalidades fronterizas y diferentes trastornos del carácter y de personalidad, psicosis, enfermedades mentales, violencia, bullying, depresión y suicidio, buscando desde los discursos del poder, el mero funcionalismo social, prevaleciendo técnicas y metodologías que su objetivo es que la persona solo sea funcional y adaptado al sistema en el mejor de los casos, más no un sujeto liberado y liberador, pensante, reflexivo y deseante desde el sí mismo. Los síntomas que promueves estas nuevas patologías, son inaudibles y se camuflajan, logrando colonizar nuestra mente y llegando a la profundidad de nuestro Ser.

Las nuevas tecnologías y técnicas, han permitido una nueva forma de colonización que, en el mejor de los casos, no se ven, no se sienten, no se perciben, logrando imponer una forma de mentalización robótica, alienante y aniquiladora de todo sujeto, transformando a la persona en máquinas, funcionales y sustituibles. Quizá la metáfora de matrix, puede ser muy explicativo a partir de la virtualidad de la vida ante la imposibilidad de una existencia humanizada.

Ante este contexto, se abre otro frente de lucha, en otro lugar, desde otra dimensión y haciendo uso de nuevas tecnologías. La necesidad de crear dispositivos que generen alternativas para que las personas nos orientemos a la vida, hacia la construcción, para hacer frente a la destrucción cotidiana, formas que humanicen más a la actual humanidad que va animalizándose caóticamente hacia el exterminio de su propia existencia y quizá el mismo contexto y el medio ambiente.

¿Qué es el vacío existencial?

Entiendo al vacío existencial como la pérdida del sentido de vida, construyendo por esta vía, personas que vivencian una soledad lacerante y destructiva. Es la pérdida de sentirse uno como sujeto, pasando a vivirse como objeto, alienante, mecánico, inmaterial ante la mirada de los otros y ciego para ver a otros. Es una

imposibilidad de encontrarse a sí mismo y menos, encontrarte con “un otro”.

El vacío existencial es la nueva enfermedad que nos inoculan volviéndonos zombis, destruyendo nuestro cerebro, sintiendo una incapacidad para evolucionar por estar inserto en el camino de la muerte y la destrucción, tanto de sí mismo, de los otros como del medio ambiente. Estamos insertos en una maquinaria de destrucción, de pulverización y desaparición. El vacío existencial es una técnica ideológica de dominación, creadora de formas de exclusión y aniquilación para todos aquellos que se oponen individualmente sin una alternativa utópica que sea incluyente del otro y de la comunidad.

¿Qué provoca este vacío?

La desesperanza, frustración, desilusión, la no historización de sí mismo y de la comunidad, son los aspectos centrales desde donde se sostiene la construcción de este vacío. La desesperanza ante un mundo que promueve la lucha constante pero sin llegar a nada, ya que en el momento de estar llegando al destino de nuestro objetivo, ya comienza otro y nunca nos podemos detener a disfrutar lo logrado. La sobre exigencia que promueve una inseguridad constante, una falta de algo que no se puede simbolizar, promoviendo el consumismo, no solo de mercancías, sino de conocimientos que se transforman en otras mercancías que hay que acumular. Los

nuevos y posmodernos acumuladores que solo apilamos papeles, reconocimientos, saberes, y poco se sabe el para qué usarlos, ya que solamente se promueve el saber hacer, mas no “el saber para qué hacer”. Este “para qué”, es una pregunta que hace a la propia existencia, a la dirección de nuestro acontecer existencial y a la misma orientación de nuestra vida (Buber, 1993). Es lo que nos permite llegar, permitiéndonos autovalorarnos y autorrealizarnos.

La frustración, es la consecuencia de la distancia entre las expectativas creadas, no solo por nosotros mismos, sino también impuestas por el imperialismo mediático tras la nueva colonización mental llamada globalización; y la realidad que se nos impone y nos interpela. La distancia que queda entre las expectativas y la realidad, es el tamaño de la frustración (Nietzsche, 1986).

A mayor desconocimiento de nosotros mismos, el no identificar nuestras limitaciones y los límites externos e internos, corremos en el corral que nos imponen con la puerta hacia el matadero. Un matadero mental, físico y espiritual. Jornadas laborales a los viejos estilos de la primera revolución industrial, desgaste mental, patologías que se instalan y otras que se retransmiten, adicciones de todo tipo con el solo fin de anestesiarnos y lograr cumplir expectativas que nunca son suficientes. Depresión, suicidio, falta de placer, mecanización y robotización de la labor, la pérdida del sentido de la producción y lo peor, de mi

lugar en la producción, despersonalizando mi quehacer y mi creatividad, terminando con lo humano, alienándonos, llegando a pararnos en el andén de la muerte como mera ilusión del descanso y la paz.

La no historización, hace a que perdamos el sentido del presente, ya que el no saber desde donde partimos, menos sabemos en dónde estamos y peor aún, no sabemos en cómo llegamos, perdiendo la posibilidad del aprender, de hacer experiencias y solo nos basamos en vivencias. Vivencias que se transforman en sentimientos efímeros y la pérdida de anhelos. El deseo que se expolia de la persona y se transforma en una imposición desde el afuera, transformándonos en el burro tras la zanahoria que representa al mercado. Hoy deseamos lo que quieren que deseemos, perdiendo el ser sujeto y transformándonos en objetos. Esta no historización imposibilita la instauración de una ética y por lo tanto, de una práctica moral (Levinas, 1994). Ya que para establecer una ética debe existir el pasado, ya que evaluamos nuestras acciones una vez producida y observamos en un balance si fue lo correcto o no, aprendiendo en y desde ese mismo proceso. La falta de ética se transforma en la valorización de lo conseguido para lo individual, de la meta por la meta en sí y no evaluando nuestro andar. Genera otros principios centrados en el producto, en los objetivos y no en la producción, sus medios y sus formas.

Aquí es donde desaparece el ser humano y aparece el ser máquina, objeto que es intercambiable y no imprescindible ya que existen muchos repuestos y cada vez más baratos. Esta no historización hace la existencia de una sola posibilidad utópica, este mismo sistema. Un sistema que instaure el no permitir visualizar la posibilidad de crear otras condiciones, otras utopías, primando de esta manera y asegurándose su posible y anhelada existencia hasta el fin de la humanidad, aunque este sea su autodestrucción. El miedo, la desazón, la desesperanza y la desilusión, se instauran para garantizar la existencia de este sistema.

La desilusión es el proceso final, generando el producto que permite la continuidad y la garantía que nada ni nadie se atreva a cuestionar, ya que quien cuestiona, será aniquilado, devorado. Nuevas formas de inquisición tecnificadas, ya no solo en tortura y desaparición, sino en marginalización hasta llegar al infierno terrenal de la exclusión social. Nuevas tecnologías de poder y dominación, colonización mental e inquisición tecnificada, desde lo material hasta en lo virtual. Creación de pseudorealidades y avatares, mientras los cuerpos, la mente, la carne y lo espiritual, se consume en el fuego de la exclusión y la realidad material. Cegadora para aquellos que intentan reflexionar y más, para aquellos que quieran mirar atrás, al mundo prohibido, castigándolos hoy el Dios Mercado, así

como fue a aquellos que miraron hacia Sodoma y Gomorra.

La constatación de estos eventos se dan en el momento que se intenta acercarse a un otro real, encontrando miedo, pánico y complicidad en las mismas personas que te rodean o que contabas para apoyarte.

Producto de la destrucción de los vínculos sociales, el hiperindividualismo que destruyen los lazos sociales y con esto, las capacidades de ser solidario, empático y colaborativo. Primando cada vez más los intereses personales, individuales, ante los comunitarios, promoviendo el derecho sin las obligaciones, cambiando la escala axiológica, primando la falta de ética y por ende, construyendo haceres amorales. Se reverencia al producto mercantilista, transformando las relaciones humanas en relaciones de objeto, no de sujeto a sujeto, a decir de Martín Buber (1993), en una relación del yo-ello en vez del yo-tu, transformando al otro en una cosa, sustituible como cualquier mercancía, desechable, como cualquier producto en sobreproducción, así como un vaso de unicel con patas, desechable, necesitándose para la fiesta y una vez que esta se termina, se desecha al basurero y hasta molesta.

Muchas situaciones de uso y abuso de sustancias como las anfetaminas, el éxtasis, son para lograr negar esta situación, perder el miedo y sentir la hermandad, el contacto, mientras dura el efecto. El miedo de sentir-

se es también el miedo a vivir tu existencia, a darse cuenta en la miseria humana en que se vive. Muchos de los que enferman, son producto de su inteligencia por haberse dado cuenta en la paradoja que se encuentran, si se quiere vivir te exterminan y si te conformas con lo que te tienes que hacer, te matan. Hoy casi no es posible querer hacer, ya que el mandato de este Dios-Mercado es la libertad de tener que ser y hacer de lo que él dicta y manda, contando con gran cantidad de carceleros y vigilantes como garante de su poder.

Esta paradoja y estas formas de socialización vigilada y regida por la ley del Dios-Mercado, generan vivencias que hacen a enfrentarse y reconocerse en un vacío, en un sentirse solo, aunque no se esté solo. En un momento histórico que prevalecen las vivencias ante las experiencias y que gran parte de pensadores humanísticos la promueven, ya que en el vivenciar no se aprende, solo la experiencia te permite resignificar, aprender, referenciarte con tú ética y con este acto, generar nuevos recursos para seguir creciendo en interacción con el otro, el contexto y el medio ambiente. No es solo el sentir, ya que también los animales sienten, no es solo razonar ya que también somos un cuerpo; se trata de sentir, pensar y hacer, a partir de una teleología que dicta la ética, la moral y nos permite direccionarnos y orientar toda la potencia de vida hacia aspectos anhelados y humanos, buscando intencionalmente la constante de la

humanización en cada actuar a toda la humanidad.

Al quedarse fuera de la temporalidad, presente, pasado y futuro, se impone el instante, dejando así el actuar ético y la moral por el solo hecho de sobrevivir ese instante sin trascendencia por no tener futuro. A partir del instante vivido, son frustradas las ilusiones y las esperanzas ante una realidad tanto negada, o quizá también no percibida, por esperar algo de un afuera prometedor en tanto discurso recibido, conectándose con el propio vacío interno, creando la negatividad, el agujero negro que todo absorbe y no puede dejar salir nada. En un todo abierto para recibir, para consumir, pero no para dar y menos para reflexionar. El instante no puede esperar, en la paradoja que no existe la temporalidad pero el tiempo apremia. La frialdad, la falta de luz de este agujero negro, la inmaterialidad, la negatividad, se apodera del momento así como de cada persona, desconociendo al otro así como también se desconoce el sí mismo. Este abismo que genera un vértigo, un sentimiento de imposibilidad ante la sensación de la no existencia de algo a que asirse, ya que todo fluye hacia el mismo fin, toca y nos invade la misma angustia por estar vivos. Esta inmaterialidad, este transitar solo de vivencias, sin historias, sin tiempos, promueve el sentirse un espectro, flotando, deambulando por el mundo en completa soledad, pero un deambular que se hace

entre la multitud, también transparente, mutante y en el eterno instante paralizado.

Solo estableciendo experiencias es lo que permite tener un arraigo, un asirse a algo. La experiencia es lo que nos permite aprender y aprehender de la realidad, conceptualizarla, simbolizarla, es la que nos brinda la posibilidad de adquirir un nuevo recurso que lo transformamos en herramienta. Es la que tiene temporalidades, es la que presenta historia, es la que logra transformar lo vivido mediante la reflexión en una experiencia existencial y el poder decir aquí estoy yo. Persona deseante, histórica, que trasciende sus circunstancias para transformar y ser transformado. La falta de experiencias, o mejor dicho, el solo vivenciar la vida, nos hace correr o ser simples espectadores, sin compromisos, sin toma de decisiones, siguiendo la corriente que lo arrastra junto a los deshechos de otros.

Percepción y sensaciones de vivirse en desgarró profundo, un sentirse en pedazos, fragmentado y mezclado entre otros pedazos de quien sabe quiénes, carencias afectivas que se busca mitigarlas desde lo material, aumentando los desencuentros y el hambre afectivo. Este transitar entre pedazos que se mueven y se mezclan, deja ver solo una gran masa cuasi uniforme desde donde la percepción no logra crear una distinción, salvo lo efímero que en ese instante se pueda tener, aunque en el momento mismo de tenerla, ya caducó.

Búsqueda frenética de otros objetos para hacer notar el propio objeto de uno ante los otros. Búsqueda de diferenciación que lo único que logra es la uniformización de la necesidad y la soledad. La paradoja de la unidimensionalidad que devora todo lo que hay alrededor, buscando llenarse cuando se vacía al unísono con mayor velocidad. Ausencia de referentes y figuras estables, promoviendo entornos con creciente inseguridad y violencia ante la desesperación de la soledad. Aniquilación de la persona para conformarse con y en una existencia de objeto. La lucha por la existencia exige a muchos resignarse en ser objetos, ya que la amenaza por ser persona es la exclusión y la posible aniquilación.

¿Cómo se expresa?

Son varias las formas que adopta la expresión de este vacío. Más allá de lo que implica el consumismo como intento fallido de alimentar este vacío, así como las disímiles formas que adopta la violencia, lo que caracteriza más a estos estados y conductas es *la indiferencia*. Indiferencia ante lo que pase en el contexto, insumidos en ver el propio vacío e instalarse en un círculo hacia sí mismo, mientras el afuera corrompe, corroe y se alimenta de la misma miseria humana que inculca, promueve y se valoriza ante las exigencias de este nuevo Dios-Mercado. La nueva religión que trasciende países y regiones, globalizando la misma miseria y condena de la humanidad (Dorony, 2012).

Otro de los aspectos podríamos circunscribirlo a través de la conducta y las políticas del *abstencionismo*. No solo un abstencionismo electoral, sino los mitos que se van construyendo sobre la base del “no te metas”, de la política de la “no denuncia”, promoviendo la impunidad y la misma desilusión en esperar y anhelar cambios. La falta de ilusiones y esperanzas de crear otra posible vida, otro posible mundo, otra posible utopía, hace a la repetición cíclica que transmite y retransmite la violencia, dejándonos arrastrar hacia el matadero como única realidad posible con la fantasía de un mundo y vida mejor después de la muerte. El infierno en la vida y el paraíso tras la muerte. Este abstencionismo promueve la instauración de *las apatías*, donde el deseo es el deseo de un otro, estando el yo a expensas de ese deseo impuesto desde el afuera. Un mandato que se inscribe en lo social de cómo debemos ser, de cómo debemos hacer y de cómo no debemos pensar para no darnos cuenta hacia donde nos conduce este camino. Evitando problematizar y criticar la vida cotidiana para cristalizarla y naturalizarla, escondiendo así el poder aniquilador tras la alienación de la persona. Esta alienación, esta destemporalización, eternizando el instante, fabrica el sentimiento y significado de la intrascendencia.

La intrascendencia termina sepultando el sentido de la misma vida y con éste, sepulta los símbolos que nos unen desde

generaciones así como desde lo que es ser humano.

El borramiento de lo diacrónico promueve el caos en lo sincrónico y con este, la falta de referentes comunes y temporales, destruyendo el ser histórico, desterrando a la persona. Esta intrascendencia gesta las nuevas patologías postmoderna, malestares sin gritos, con apariencia asintomática, trastornos vagos y difusos, cuando otros transitan anestesiados, sin comprender lo que le está pasando, salvo viéndose uno mismo o al otro despedazarse con el sentimiento que nada se puede hacer.

Muchos caos sin tragedia, vivencias de voracidad que se tragan a la misma trascendencia. La angustia que se grita enmudecida, provoca la exacerbación de la búsqueda de un Salvador, pero "con garantía y sin caducidad". Servidumbre, falta de empoderamiento, vaciamiento del cuerpo. Pérdida del ser deseante buscando por lo menos ser deseado, alienándose en ser un objeto ante otro objeto, nuevos zombis que caminan por la tierra.

¿Cómo se evidencia?

A través del hiper-individualismo, así como construir "los nuevos desechables con pies", personas objetos que solo sirven un rato, solo se le valora para lo que puede servir y no por su ser, objetos que se usan y saben que van a ser usados, generando lo recursivo del úselo y tírelo. Estos procesos

profundizan el rompimientos de lazos sociales y el trastoque de las dimensiones, donde lo real es lo virtual, la fantasía y lo irreal eres tú. Pasamos de ser el actor principal de la dramatización de nuestra vida, del teatro de la realidad material, a ser un espectador en la vida. Solo en el teatro virtual, es cuando nos constituimos en el actor principal, siendo en lo material el director en la obra de nuestra muerte. Este cambio de dimensión transforma nuestro sentido del Ser, construyendo identidades que se sustentan según lo que se tiene y no según lo que se es.

Estas identidades, que se basan a partir de los ornamentos, de las exterioridades, exigen personalidades que estén totalmente hacia afuera, mimetizándose con el entorno, camaleónicas; y otras, polarizadas a éstas, son las que se insumen eternamente hacia adentro, hiper-diferenciadas, aisladas con la fantasía de mantenerse puro, esterilizado, sin contaminación, siendo que ambas personalidades tienen que estar sin contacto con un "otro". Cuasi una fobia a la existencia de un otro, provoca las nuevas formas de violencia, aniquilación, exclusión, bullying, intentando hacer desaparecerlo al menor atisbo de presentarse como nueva existencia presente. Al parecer solo puede existir uno solo, no hay cabida en esta dimensión para un otro.

Otro aspecto que se observa, es el crear y sostener discursos, verdades y construcciones de realidades a partir de

mostrar una supuesta racionalidad de lo irracional. Hoy se enarbola la bandera de la normalidad de lo anormal. No solo crea locura, desconcierto, inseguridad, sintiéndonos vulnerables ante la existencia, sino que nos hacen comulgar con los conceptos de calidad, desarrollo y crecimiento, viendo como contrapartida la pauperización creciente y acelerada de la población y la miseria humana.

Hoy se dedican a salvar a los bancos con trillones de dólares, pero no hay dinero para proyectos sustentables. Hoy la justificación para aprobar un proyecto está en cuánto se gane y no en lo que se necesita, se invierte para ganar, aunque se destruya el medio ambiente y las personas en su proceso y no para salvar vidas y mejorar la calidad de vida. Hoy se ha mercantilizando a la salud, no ofreciendo lo que se necesita para satisfacer a las personas sino lo que satisface a las empresas químicas y armamentistas. No hay espacios ni políticas públicas para salud mental y el bienestar de la persona, pero sí hay espacios para las guerras y la medicalización de la sociedad. El hiper individualismo nos conduce a la metáfora del caníbal, comiéndome al otro para ser como el otro sin lograr jamás ser yo mismo. La destrucción de los vínculos sociales hace a la destrucción de lo comunitario, a la destrucción social. La ley del más fuerte, es hoy la ley del que tiene más poder, siendo este poder el tener más que el saber, estratificando a la sociedad en infinitos

niveles en una cuasi cadena alimenticia humana.

¿Algunas formas de enfrentarlo?

Una de las maneras es luchar por la clínica en la salud mental. Una clínica que tenga como objetivo rescatar y hasta construir un ser sujeto, liberándolo de las cadenas del ser objeto. Es una clínica de la transformación y no de la adaptación pasiva, funcionalista a la sociedad. Muchas terapias posmodernas se han ocupado de que este objeto sea funcional, aplaudidas y apoyadas por el mercado, ya que su interés es mantener a zombis funcionalmente para evitar cambiar el status quo. Transformar la clínica es pensar el lugar que ha ocupado hasta ahora, del consultorio estilo confesionario para trabajar la culpa, hacia la creación de un espacio de encuentro para verse nacer, con esa mirada cuasi materna del encuentro terapéutico. Buscar un lugar para existir, buscando el "re-pararse" y no el arreglarse lo roto, sino el construir algo nuevo. Es gestar, yendo hacia el vientre materno para acompañar a un "re-parirse". Pasar del mito de Edipo al de Hamlet, donde las identificaciones primarias son importantes pero si no llegamos a reconocer nuestro Ser, nos perdemos en la infinitud del limbo, ni vivos, ni muertos.

Reconociendo la propia singularidad y el darse cuenta de la soledad, descubriendo que si existe una singularidad, es porque existe una multiplicidad y con esta, la

existencia de otros, logro darme cuenta que no estoy solo. Este sentimiento de soledad intrínseca en la vida humana, propia de la angustia de la vida misma, al reconocerla, nos permite valorar la existencia de un otro, pudiéndonos reconocernos a nosotros mismos, valorando esa otra existencia que me permite ser yo a partir del otro. Este camino de existencias, nos permite construir el lugar del “nosotros”, un lugar que permite transitar y coexistir todas las existencias, orientándonos hacia la pluralidad y la comunidad.

¿Qué se puede hacer?

Es imprescindible desenmascarar la actual secta fundamentalista del Dios-Mercado. Denunciando la utopía actual que es negada discursivamente por sus propios mentores y reflexionarse, historizarse, empoderarnos de nuestro propio ser para recuperar al sujeto, creando nuevas utopías por donde se dirijan otros caminos alternativos (Dorony, 2012).

Utopías que abran otras puertas y ventanas para ver y disfrutar la vida y no ver la muerte al final del túnel. Pasar de un “yo – nada/todo” al “yo – tu” para crear “el nosotros”. Tener la intencionalidad y el posicionamiento desde donde creamos otros referentes (May, 2000). Llegar a todos los rincones sociales desde donde se amplifiquen las voces logrando que sean audibles, visibles y perceptibles tras el reconocimiento del otro y con éste, el reconocimiento de uno mismo,

descubriéndonos a través de la nebulosa que nos sigue encerrando, cegando y confundiendo. Aceptar lo diferente, potenciar la tolerancia, es poder asignar y asignarme, aceptarme a mí mismo, reconociéndome en y a través de mi Ser. El vacío existencial es llenado por el Ser, pudiendo desde aquí abrazar a ese objeto en un andar espiritualizado, unido con la vida y sintiéndome en la vida con todo lo que me rodea, para que logre el otro llegar a ser un otro como persona. En el proceso de la depresión, llegar a tocar, reconocer y aceptar esta condición de soledad como sentimiento y vacío, es la oportunidad que la persona tiene de dar un salto cualitativo, reconfigurando su percepción, reconocerse en el mundo y asumir la responsabilidad que solo desde sí mismo, desde su Ser, es posible abrirse a la vida. El sentirse reconocido con este sentimiento de soledad, abre las puertas a un darse cuenta de que no estamos solos, valorizando al otro en su existencia y esto, hace valorizar mi propia existencia en conjunto con todo lo que me rodea. Es un nuevo amanecer que comienza a dibujar el camino hacia la liberación y la construcción del ser sujeto.

¿Cómo?

Creando redes y comunicándonos, compartiendo “haceres”, multiplicando, creando y colectivizando experiencias. Reconociendo e impulsando todas las reivindicaciones, desde las mínimas, personales, grupales, locales, regionales,

hacia las máximas, planetarias. Logrando construir la mundialización para cerrarle el paso y terminar con la globalización, en donde se reconozcan las sabidurías locales, las experiencias históricas, las construcciones culturales y la trasmisión de los descubrimientos en pos de compartir para crear en conjunto y promoviendo la mundialización. Uniendo las ciencias con la filosofía, recuperando lo que nos fue expoliado como humanidad, para que esta marque un camino con intencionalidad y en pos de la calidad de vida y satisfactores para la humanidad y no para los grupos de poder.

Reconocer que es necesario trascender los vínculos de sangre y que éstos no tienen que ser excluyente de otros tipos de vínculos. Ya no hay reinados con sangre azul, hoy existen personas de diferentes colores, en diferentes países y regiones, pero con la misma miseria. El énfasis está en la comunidad como familia, en donde la familia grupal pueda verse y confrontarse con esa otra familia que se me representa en imagen y contacto, en comunicación y en acción.

Romper el silencio lacerante y desunificante que atenta contra la construcción de una identidad sólida y transformadora, fomentando la escucha que une y genera encuentros, terminando con la fragmentación. Hablar también desde lo positivo en la vida y con la vida, de lo que son capaces las personas de crear, innovar,

compartiendo lo vital y hacer notar la potencia de vida que nos trasciende. Transformar la desesperación profunda en una esperanza de lucha, a partir de reflexionar y lograr visualizar y simbolizar los efectos del actual sistema económico y social. No solo se trata de prevenir la conducta y el acto suicida, sino comenzar a prevenir el pensamiento suicida, desmitificándolo desde la literatura, la música y el folclore, buscando desestigmatizar. Crear mitologías de vida y por la vida, valorizando la trascendencia de cada acto vital y no la de muerte. Mejorar las relaciones interpersonales y comunitarias, respeto a la diferencias, empatía con las personas que atraviesan conflictos y situaciones difíciles, crear espacios de desarrollo de la creatividad y la expresión de sentimientos, buscando compartir experiencias.

Hacer uso de los lugares públicos, comunitarios para crear espacios de salud, promoviendo la transformación desde la muerte hacia la vida. Generar políticas incluyentes y cultura “de y por” la vida, vinculándose desde la vida con el empoderamiento del Ser, requiere de abordajes sociales con aspectos bio-psico-sociales y con actos éticos en donde se presente la persona.

Políticas que trasciendan las disciplinas, con abordajes desde la praxis mediante las técnicas de investigación acción participativa, en donde se involucren y

comprometan todos los sectores ampliando la base social para la prevención del suicidio y tomando en cuenta los disímiles factores que intervienen, en donde las políticas públicas dicten las políticas administrativas y no que éstas las subordinen. Crear planes y políticas por la vida según las realidades locales y regionales, apoyadas en los recursos de cada comunidad y referenciados desde lo histórico y cultural, compartiendo la generación de conocimiento y alternativas con la comunidad. Tomar en cuenta la comorbilidad con la diabetes, corazón, trastornos del sueño, ansiedad, problemas gástricos, alergias entre muchas otras, teniendo un diagnóstico a tiempo como forma de recibir tratamiento y atención adecuada.

¿Para qué?

Para lograr transitar por el camino propio de la realidad latinoamericana, desde nuestras propias culturas, recursos y acciones, construyendo una praxis liberadora. Partir de la valorización de las nuevas propuestas que surjan en cada rincón de nuestro continente, de nuestra región, para humanizar lo humano. Para romper con la irracionalidad y darle un sentido a la ciencia, que permita subordinarla a las necesidades humanas y no a las de un poder o una variable económica.

Los conocimientos son propiedad de la humanidad, a esta le pertenece en todo.

Dejar de ser los latinoamericanos los conejillos para pruebas, dejar de sentirnos sub desarrollados y descolonizar nuestras mentes hacia el camino de la salud, del desarrollo de las capacidades humanas, hacia la solidaridad, la tolerancia y la liberación.

Para darle dirección y un sentido a este movimiento que lucha por la vida y por lo humano, es imprescindible abandonar los conceptos etnocentristas de jerarquías sociales y terminar con este tipo de geopolítica que nos insumen en meros técnicos y material para laboratorio.

Latinoamérica también tiene el poder de usar la ciencia, también los conocimientos, pero más, las intenciones y la necesidad de libertad. Para crear conciencia de vida, de libertad y de evolución, asumamos nuestra responsabilidad como parte de la humanidad toda y descolonicemos nuestras mentes para darnos cuentas que en nosotros se está gestando un mundo nuevo, otra utopía, donde las personas pasemos a ser sujetos de nuestra propia existencia

- Latinoamérica unida gritando por la vida.
- No más sangre de los caídos
- Caminando juntos por la salud, la ecología, la justicia y la dignidad
- Defendiendo la creatividad, las diferencias, las historias, y toda la sabiduría, tras la bandera de la libertad

Referencias

Buber, M. (1993). *Yo y tú*. Madrid: Caparrós Editores

Dorony, L. (2012). *El deseo, la sociedad líquida y la alcantarilla*. México: Congreso de SOPAC (Sociedad de psicoanálisis y psicoterapia A. C.)

Frankl, V. (1999). *El hombre en busca del sentido último*. Barcelona: Paidós.

Levinas, E. (1994). *Dios, la muerte y el tiempo*. Madrid: 1994.

May, R. (2000). *Amor y Voluntad*. Barcelona: Gedisa.

Nietzsche F. (1986). *El crepúsculo de los ídolos*. México: Editores Mexicanos Unidos

Nicolasa María Durán Palacio *
Fundación Universitaria Luis Amigó / Colombia

PSICOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO: RAZONES PARA UNA NUEVA MANERA DE PENSAR

196

Referencia Recomendada: Durán-Palacio, N. M. (2014). Psicología y desarrollo humano: Razones para una nueva manera de pensar. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 196-204.

Resumen: Este artículo transmite una serie de reflexiones sobre el desafío que supone para la psicología científica las premisas del Enfoque del Desarrollo Humano, cuya orientación ha constituido el eje de trabajo del Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo desde hace más de quince años. Se propone reconocer el modelo científico en el que surgió la disciplina psicológica y el tipo de modelo de desarrollo social en el que se inscribió y apoyó. Insiste además, en que no existe disciplina alguna en Ciencias Sociales que no ofrezca una concepción del desarrollo humano y que no se refiera al proyecto social que busca generar. Toda acción científico-profesional acontece en una cultura, cuyos símbolos, valores y experiencias definen los sentidos y significados de sus prácticas.

Palabras Clave: Desarrollo Humano, Psicología, Naciones Unidas, Cultura, Ciencias Sociales (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract: This article conveys a series of reflections on the challenge to scientific psychology premises of the Human Development Approach, whose orientation has been the focus of the work of the United Nations Program for Development for over fifteen years. Is proposed to recognize the scientific model in which the psychological discipline and type of social development model in which enrolled and supported arose. Also insists that there is a social science discipline that does not offer a conception of human development and not related to the social project that seeks to create. All scientific and professional action happens in a culture whose symbols, values and experiences define the senses and meanings of their practices.

Key Words: Human Development, Psychology, United Nations, Culture, Social Sciences (source: MeSH, NLM).

Recibido: 7 de Mayo de 2014

Aprobado: 16 de Noviembre de 2014

* Psicóloga. Magister en psicología. Docente Tiempo Completo Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, Antioquia. Colombia. Dirección electrónica: nicolasa.duranpa@amigo.edu.co - nimadupa@gmail.com

Introducción

Cualquier teoría psicológica que aborde el estudio del desarrollo humano, debe partir del reconocimiento de dos aspectos incontrovertibles en la condición humana: Por un lado, la necesidad innata, prolongada de la compañía de otros para que acontezca el desarrollo personal, y por otro, la capacidad que tenemos los humanos para recrear la realidad y reinventar la cultura que heredamos.

Las personas no crecemos exclusivamente de manera natural, ni sin ayuda. No estamos totalmente determinadas por la historia, ni por las estructuras fisiológicas, ni las operaciones lógicas de nuestros procesos mentales. En gran parte dependemos del apoyo social, de la disponibilidad y de los recursos que la cultura nos ofrece para llegar a ser lo que podamos ser y elegir el estilo de vida que queremos vivir; en este sentido el origen de la vida mental y de nuestro desarrollo humano es sociocultural. Mente y cultura son inseparables, se constituyen mutuamente (Markus & Hamedani, 2007).

Para comprender la formación de los pensamientos y las características psicológicas de las personas, es necesario recurrir al estudio de los contextos en los que éstas participan, y para entender las culturas, tenemos que identificar los sentidos y significados que hombres, mujeres, niños y niñas han construido y siguen construyendo

mediante la apropiación de los distintos artefactos culturales: el lenguaje, la técnica, las tecnologías, las ciencias, el arte, las instituciones sociales y de socialización.

Críticas a la noción de Desarrollo en Psicología Evolutiva: Urge una nueva manera de pensar

En tanto las personas somos responsables de la creación de ciertas realidades al interpretar, valorar, discutir aquello que nos sucede y rodea, entonces la cultura y sus discursos no pueden ser vistos como algo alejado de la condición humana. De este modo podríamos afirmar que la psicología en tanto constructo e ingenio de la cultura es promotora de sentidos, significados, prácticas que definen y generan descripciones de la naturaleza humana y su desarrollo. Estas descripciones una vez aceptadas en la cultura, tienden a *producir* una realidad social con los hechos que explica, y en cierto sentido tautológico, estos hechos se citan como su fundamento.

Las teorías evolutivas de la psicología, con sus indicaciones y prescripciones acerca de lo que es el desarrollo humano, crean normas que legitiman y sirven de fundamento a la creación de instituciones que utilizan los argumentos científicos para determinar el criterio de crecimiento, desarrollo y progreso estándar. Todo aquello que se desvía de tal modelo homogéneo, es considerado como anormal. Aun así, las nuevas teorías psicológicas

científicas llegan a ser definidoras, prescriptivas y normativas del desarrollo humano, tanto o más que las teorías psicológicas tradicionales que rempazan y pretenden superadas.

La imagen del desarrollo humano en la psicología científica, ha estado fundamentada en la idea moderna de progreso de la especie humana, entendida como la instauración de la Razón en la sociedad que suponía la salida definitiva de la ignorancia y la superstición, que impedían la aplicación de las formas racionales al gobierno y a la convivencia. Este progreso es similar al paso de la infancia a la adultez, de la inmadurez y de la ignorancia a la madurez y al pensamiento lógico. En otras palabras, el acceso del niño a la responsabilidad razonada. Así las cosas, el desarrollo psíquico del infante humano es la recapitulación de la evolución filogenética anterior de la especie, y, en consecuencia la reproducción de un progreso. La figura del adulto era la imagen ideal impulsora del desarrollo infantil. Estas consideraciones trajeron aparejadas dos consecuencias: El desarrollo psíquico *normal* se organizó en etapas en relación con la edad cronológica, y, mediante la observación, la medición y la estandarización fue explicado lo que es normal, adecuado, y lo desviado. Para lograr este cometido, la psicología necesitó de la matemática para conseguir sus propósitos.

Por su parte, E. Burman (1994), también ha considerado el concepto de desarrollo, tal como se ha definido e investigado en la psicología evolutiva, como una noción ligada al proyecto moderno del *progreso económico*, caracterizado en términos de continuidades y ascendentemente vertical, establecido por jerarquías de estadios o fases de desarrollo psicológico, prerequisites para la adquisición de habilidades futuras. Un ejemplo de ello son las consideraciones del desarrollo de los niños en relación con las fuerzas del desarrollo económico y la manera cómo estas fuerzas configuran las formas de vida ideales para ser vividas y desarrollarse dentro de ellas.

Las sutilezas económicas y políticas implicadas en la cultura, permean el discurso psicológico, configuran discretamente sus modos de investigar, las preguntas y los instrumentos de investigación, (Burman, 2013). De esta manera la psicología del desarrollo de la niñez produjo un niño prototípico, de invención, abstracto, desligado del género, la raza, las clases sociales, de las dinámicas de la exclusión social. La invención del niño de la psicología evolutiva sirvió para evadir el análisis de las circunstancias histórico-sociales, culturales, económicas, políticas y de las diferencias individuales; las maneras cómo estas circunstancias delimitan el tipo de infancias y niñez asequible para ser vividas.

La psicología en lo que atañe al desarrollo humano, ha tenido que ir de la mano de las ciencias naturales para justificar sus teorías. Al proclamarse neutral en sus teorizaciones, implícitamente ha dado argumentos de normalización de la conducta humana, tan necesarios para el control social del Estado. Cuando en sus indagaciones el psicólogo — investigador asume acríticamente las exigencias profesionales de su comunidad científica, éste se comporta como un funcionario “desinteresado”, que niega los intereses político-económicos con los que se utilizan tales conocimientos científicos.

La ética del investigar y del conocer la condición humana, suscita o necesita en sí misma una conciencia ética propia, la del investigador. Es ilusorio seguir pensando que existe una ciencia psicológica desinteresada políticamente, y, lo que es peor aún, mantener la ficción de la existencia de una política fundada científicamente, lo que desencadena acciones y decisiones estratégicas con pretensiones de objetividad.

Por otro lado, el modelo ecológico del desarrollo humano sostiene que las acciones en el mundo social están implicadas en la trama de interacciones, en la que afectamos y somos afectados por las acciones de los otros, y que tales afectaciones pueden tomar rumbos distintos a los deseados o esperados. Es necesario intentar decididamente superar la ilusión objetivista y tomar en serio la cuota de

responsabilidad ética que tiene la disciplina psicológica en las exclusiones a la que ha dado lugar su discurso científico sobre el desarrollo humano *normal*, en razón del mito unificador de la modernidad.

Comprender la noción del Desarrollo Humano como el proceso en el que las personas son el centro de su propio despliegue potencial y no la economía o la ciencia, supone asumir que tanto las ciencias como los saberes disciplinares, la política y la economía, deben estar puestas al servicio del aumento de las posibilidades, para que las personas de todo el mundo puedan disfrutar de la libertad para elegir la vida que estiman digna de ser vivida (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010). Los seres humanos somos seres complejos con existencias complejas, capaces de manifestar una flexibilidad adaptativa respecto a nuestros entornos, con aptitudes potenciales para imaginar y crear nuevas formas de vida. Toda vez que esto acontece, hay un aumento de complejidad comportamental, de constitución de nuevos desarrollos.

Capacidades, libertades y oportunidades

Libertad y creatividad son dimensiones inherentes a la vida misma. La libertad tiene sus raíces en la indeterminación microfísica de las células vivas, en las combinaciones complejas que producen una auto-organización azarosa (Morin, 1982, p. 165). Esta auto-organización contingente implica

un principio de flexibilidad que permite una serie de desarrollos combinatorios, que crean al mismo tiempo una riqueza de potencialidades internas y de posibilidades de elección en la acción. La creatividad tiene también sus fundamentos en los orígenes de la vida. Cada mutación genética es un acto de creación morfogenética que da un carácter nuevo a la configuración de la estructura de la vida. Desde sus orígenes la vida propia de cada individuo se crea y se re-crea sí misma en diversas posibilidades de creación. Libertad, creatividad, flexibilidad, adaptabilidad son las condiciones iniciales que dieron origen a la vida humana en la tierra y al desarrollo de las sociedades humanas. Libertad, creatividad, flexibilidad son características definitorias de la humanidad que no pueden ser atribuidas a las máquinas, por lo tanto atributos que no pueden ser objeto de la ciencia, ni pueden ser reducidos a algoritmo alguno, por muy complejo que este sea.

El desarrollo humano desde una perspectiva compleja (Morin, 1982, p. 247), siempre tendrá un carácter aleatorio. Lamentablemente la psicología científica ha reducido esta compleja noción y la ha ceñido al progreso, en el sentido de acumulación de riquezas, de consumos y de acopio de bienes. La noción de Desarrollo Humano difícilmente puede ser conceptualizada, en tanto que éste es incierto y azaroso, además de organizado.

El despliegue de lo humano no puede ser concebido sin la libertad, la creatividad, la incertidumbre, la novedad, la autopoiesis¹⁹. Pero tampoco puede ser pensado sin la *accumuläre, accretio* y el *progressus*. Para el Desarrollo Humano acontezca, se requieren de ciertas condiciones ambientales y sociales favorables para la expansión de las potencialidades y las capacidades (*accumulare y accretio*). Demanda además de la libertad para actuar desde sí mismo y superándose a sí mismo, en otras palabras, ser para sí mismo (*progressus*). El Desarrollo Humano es único, por tanto, requeriría de una teoría original e incompleta, abierta, pluralista. La psicología del desarrollo está aún en las preliminares de este nuevo sentido del Desarrollo Humano.

La concepción del Desarrollo Humano como libertad de Amartya Sen (2000, p. 19), considera la exigencia de la eliminación de las principales fuentes de privación de la libertad humana: la pobreza, la tiranía, la escasez de oportunidades económicas, las privaciones sociales sistemáticas, la dejadez en el mantenimiento de los servicios públicos, la intolerancia, el exceso de intervención de los Estados represivos. La falta de libertades básicas está relacionada directamente con la pobreza, la exclusión, el hambre, cada vez más experimentadas por un inmenso número de personas en este

¹⁹ Maturana y Varela (1971), definen la autopoiesis como la capacidad que tienen los sistemas vivos para crear o destruir elementos del mismo sistema, como respuesta a las perturbaciones del medio.

mundo contemporáneo que, paradójicamente, va aumentando su nivel de opulencia en tan sólo unos pocos habitantes del planeta.

Des-ideologizar la psicología para re-pensar el Desarrollo Humano

De manera decidida el enfoque del Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas PNUD, representa un desafío para los psicólogos/as, quienes en ocasiones reproducimos en nuestro quehacer modelos hegemónicos, pero que también tenemos la posibilidad de pensar en nuevas maneras de forjar una psicología para las personas y su desarrollo humano.

Esta nueva visión de la humanidad, requiere no solamente la revisión de las lógicas de nuestra disciplina, sino también un insistente examen crítico de las acciones y consecuencias del actual orden mundial. No todo aquello que es bueno y deseable para unos países y sus pobladores, lo es para otros. Las dimensiones políticas, económicas no son ajenas a los discursos disciplinares y científicos.

El desconocimiento o la negación de tal consideración, nos aleja de lograr comprender la relación existente entre injusticia social y racionalidad tecnocrática, entre exclusión social y ciencia burocrática y lo que es peor aún, la burocratización de nuestras vidas. En el mismo sentido, el psicoanalista W. Reich (1965, p. 22) señaló

que la estructura del carácter de una persona es la cristalización del proceso psicológico de una determinada época. Todo orden social crea aquellas formas caracterológicas que necesita para su preservación.

Las ideologías de una determinada sociedad pueden llegar a tener un poder material para alterar efectivamente las estructuras del carácter de las personas. Lo curioso de esto, es que no se trata de una búsqueda intencional de un cierto tipo de sistema político; se trata más bien de una característica de flexibilidad y adaptabilidad de las formas vivientes, tal como ya lo habíamos señalado. Pero tampoco descartamos la utilización de esta característica por algunos sistemas de gobierno. Si se asume este supuesto de la interdependencia entre organismos vivos y ambientes, entonces tendremos que reconocer que no existe un sistema político que no influya eficazmente sobre los sujetos, y que al examinar los sistemas políticos inevitablemente se reconocen sus fundamentos utilitarios en las ciencias.

Si el objetivo básico de este contemporáneo enfoque del Desarrollo Humano consiste en ampliar las oportunidades y las opciones de la gente para lograr un desarrollo más democrático y participativo, en crear ambientes propicios para que la gente disfrute de una vida larga, saludable y creativa (Nussbaum, 2012, p. 53), por lo tanto, una de las demanda más directas a la

disciplina psicológica es su audaz intervención en la promoción de las capacidades humanas para identificar oportunidades, opciones y ser actores del propio desarrollo.

Esto cambia radicalmente la posición positivista de la psicología, cuyo objetivo apuntaba a que las personas fuesen más adaptadas y maleables al funcionamiento de un Estado político específico, y a los fines de un modelo educativo- económico industrialista centrado en la labor y la producción. Por el contrario, se trata de una psicología que interroga rigurosamente sus prácticas profesionales, ante el reto de concebir el desarrollo humano como un proceso de libertad y libertades de las personas para alcanzar situaciones, valores y aspiraciones, *decidiendo* el tipo de vida que quieren vivir.

Consideraciones finales

Las nuevas consideraciones sobre el Desarrollo Humano, comprendido en términos de capacidades, derechos y oportunidades, requieren de un discurso psicológico libre, pluralista y liberador. No podemos estar de acuerdo con una visión cientificista de una psicología limitante y patologizadora del ser humano, que enfatiza más en el déficit, el pathos y la anormalidad, con el propósito de regular las formas de vida, presentadas bajo la égida de asistencialismos rehabilitadores, que en lugar de potenciar, paralizan y excluyen

otras formas de ser, de existir, emocionar, pensar y actuar.

El desarrollo humano está íntimamente relacionado con recursos y contextos propicios para la satisfacción de las necesidades humanas, el despliegue del ser y sus potencialidades. Es un grave error evaluar la salud psicológica de un ser humano sin tomar en consideración el contexto en que habita, su lugar en él, el nivel de satisfacción de sus necesidades básicas, las relaciones con quienes convive, las oportunidades que el sistema político de su país le otorga, entre otros aspectos. La salud psicológica involucra tanto al quién en desarrollo como al quién del cuidador o los cuidadores, implica tanto al contexto como a las circunstancias político- sociales. La psicología no puede reducir el desarrollo personal al proceso orgánico y a la jerarquía del mismo en etapas lineales ascendentes. Los ambientes facilitadores del desarrollo humano y las progresivas modificaciones adaptadas a las necesidades individuales, debían ser un objeto de estudio permanente de en materia de salud psicológica. Antes que evaluar individuos, la psicología debía evaluar contextos de relación.

Se requiere que la psicología del desarrollo humano se ocupe más de la salud, de examinar los términos de referencia para describir el sufrimiento psicológico. Esta psicología debe decidir si ha de limitar sus estudios sobre el desarrollo a la medición,

categorización de las inteligencias, investigaciones sobre trastornos del desarrollo generalizado o específico, a la clasificación de éstos mismos, o por el contrario, dedicarse al examen del significado de la salud y en ella a la salud psicológica, vincular la salud con el vivir, al poder elegir, a la participación en la vida de la comunidad a la que se pertenece, a la sensación de finalidad y continuidad existencial.

Referencias

- Bourdieu, Pierre y Jean Claude Passeron (1998) *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, México: Fontamara.
- Burman, E. (1994). *Deconstructing Developmental Psychology*, London and New York: Routledge, Press.
- _____. (2003) *Beyond the Baby and the Bathwater: Postdualistic Developmental Psychologies for Diverse Childhoods. Academy for the Study of the Psychoanalytic Arts*. Disponible en: www.academyanalyticarts.org/burman.html, Fecha de consulta: 21/08/2013
- Diccionario esencial *latín-español* (2011), Barcelona: Vox Bibliograf S.A.
- Foucault, Michel (1984) *Vigilar y Castigar*, México: Siglo XXI.
- Freire, Paulo (1970) *Pedagogía del Oprimido*, México: Siglo XXI.
- Markus, H. & Hamedanni, M. (2007). Sociocultural Psychology: The Dynamic Interdependence among Self Systems and Social Systems. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 3-39). New York: Guilford Press.
- Martí-Baró, I (1977). *Psicología, ciencia y conciencia*. Compilación de textos, San Salvador: UCA editores.
- _____. (1995). Psicología de la acción política. En M. Montero (ed.), *Psicología de la acción política*, Barcelona: Paidós
- _____. (1998). *Psicología de la liberación*, Madrid: Trotta.
- Maturana, H. & Varela, H. (1973). *De máquinas y seres vivos. Una teoría sobre la organización biológica*, Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Morin, E. (1982). *Ciencia con consciencia*. Disponible en: www.edgarmorin.org, Fecha de consulta: 30/08/2013
- Nussbaum, M. (2001). *El cultivo de la humanidad: una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*, Barcelona: Andrés Bello.

_____. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*, Madrid: Katz editores.

_____. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*, Barcelona: Paidós.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2007-2013). *Informes de Desarrollo Humano*. Disponible en: www.pnud.org, fecha de consulta: 26/07/2013

Reich, W. (1965). *Análisis del carácter*, Buenos Aires: Paidós.

Sen, A. K. & Nussbaum, M. (1993). *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*, Barcelona: Planeta.

_____. (2002). *Rationality and Freedom*, Cambridge: Harvard University Press.

_____. (2009). *The Idea of Justice*, Harvard University Press; London: Allen Lane.

Winnicott, D. (1994). *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*, Barcelona: Paidós

_____. (1994). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Paidós.

_____. (2009). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Paidós



Estudios o Reportes de Caso

Ayme Báez Bofill*

Universidad de la Habana / Cuba

206

DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE DESARROLLO PSICOLÓGICO EN UN INFANTE DE SIETE AÑOS

Referencia Recomendada: Báez-Bofill, A. (2014). Diagnóstico del nivel de desarrollo psicológico en un infante de siete años. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 206-229.

Resumen: Estudio de caso donde se evalúa y diagnóstica el nivel de desarrollo psicopatológico, en un infante de siete años de edad; considerando para esto el método histórico-cultural. Se utilizaron fuentes directas donde la información se recibió del niño y fuentes indirectas provenientes de adultos vinculados de forma emocional,

afectiva y educativa. Realizándose recomendaciones que les permitan a los padres desarrollar métodos educativos para una mejor planificación de los hábitos de estudios y de vida del sujeto

Palabras Clave: Psicología, Desarrollo psicopatológico, Niño, Método histórico-cultural.

Recibido: 17 de Octubre de 2014

Aprobado: 30 de Diciembre de 2014

* Estudiante en ultimo curso de la Licenciatura en Psicología de La Universidad de La Habana. Autora de varios estudios de casos adscritos a las áreas de la psicología clínica, educativa, comunitaria, organizacional y psicopedagogía. Realizando practica preprofesional en el Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay y en el Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. Laborando actualmente como asistente personal del Director del Centro de Desarrollo de Informática Industrial CEDIN. Correo electrónico: yohana@uci.cu

Introducción

La psicología clínica infantil es la especialización de la Psicología que estudia los procesos de desviación del desarrollo de la personalidad, ya que, en tanto personalidad en formación, no se puede asumir, como generalidad, desde el punto de vista psicopatológico, ni abordar ni trabajar con los criterios tradicionales de la Psicología Clínica.

El trabajo clínico infantil logra cada día mayor relevancia en su alcance, especialización y búsqueda de métodos de evaluación, diagnóstico y psicoterapéuticos cada vez más eficaces, dada la existencia, de una cultura psicológica que alerta sobre la importancia del desarrollo armonioso de la personalidad desde edades muy tempranas; lo que facilita el detectar en muchos casos, o prevenir en otros, la presencia de desviaciones del desarrollo psicológico de manera precoz.

En este sentido, nuestra responsabilidad como profesionales de la salud, consiste en lograr métodos y técnicas que nos permitan un mayor conocimiento de nuestro objeto de estudio y de esta manera corresponder a una mejor atención al niño con alteraciones psicológicas y a su familia.

Es por todo lo anterior que el objetivo fundamental de este trabajo es la evaluación y diagnóstico del nivel de desarrollo psicológico o psicopatológico (de ser este el

caso), en un infante de siete años de edad; considerando para esto el método histórico-cultural propuesto por L. S. Vigotsky por ser el más oportuno en cuanto a la integración de los aspectos más cruciales, tanto de los procesos del desarrollo psicológico como de su potenciación.

Identificación

Datos generales del menor:

Nombre y apellidos: YJP

Fecha de nacimiento: 27 de Febrero de 2006

Escolaridad: 1er grado.

Dirección particular:

Teléfono: NO

Nombre y apellidos de la madre: DMB

Nombre y apellidos del padre: YJG

Datos generales del especialista:

Nombre y apellidos: Ayme Báez Bofill

Localización: Ave 91 # 19610 entre 196 y 198, La Lisa.

Teléfonos: 261-26-34

e-mail: yohana@uci.cu

Fecha en que fue realizada la evaluación: Septiembre de 2014

Fundamentación

Se utilizaron fuentes directas donde la información se recibió del niño y fuentes indirectas provenientes de adultos vinculados de forma emocional, afectiva y educativa al niño en cuestión. Las técnicas

que se emplearon para la evaluación y diagnóstico de nuestro estudio de caso fueron:

- Fuentes directas

Técnicas no verbales. Dibujo libre y dibujo de la familia (entrevista al niño): La expresión gráfica infantil es la capacidad de representar por medio de un dibujo un concepto, idea o sentimiento de acuerdo con la experiencia de ese individuo y su percepción y reflejo del entorno. El dibujo como medio de expresión de ideas, muestra el grado de capacidad que posee el niño no solo de "decir algo", y también de reflejar la realidad. Mientras mayor desarrollo ha alcanzado, mayor precisión en la representación del dibujo-imagen como reflejo de la realidad.

En empleo de esta técnica, en la evaluación y diagnóstico infantil, facilita la comunicación, la expresión de ideas, sentimientos, emociones y estados de ánimo y nos brinda, entre otras cosas, información sobre las motivaciones, gustos y preferencias del niño; así como del clima familiar y de los posibles conflictos o problemas en esta esfera de la vida del infante. La posibilidad de evaluar las producciones gráficas del niño, mediante los indicadores para su estudio, permite obtener información a partir de un instrumento de trabajo muy propio a la población infantil, por lo que resulta un

instrumento eficaz en la evaluación del desarrollo psicológico.

Completamiento de frases: Rotter infantil y Tres deseos, tres rabias y tres miedos: El empleo de estas técnicas semiabiertas permitirá obtener información en lo relacionado a la familia, la escuela; así como una visión panorámica de la personalidad, de los principales intereses, conflictos, características, necesidades, motivaciones, etc. del sujeto a investigar. Además permitirá analizar los contenidos expresados, así como la forma de expresión de los mismos. Con estas técnicas el sujeto presenta libertad de respuesta, o sea, no hay respuestas esperadas, buenas o malas. Existe multiplicidad de respuestas para cada frase inductora. No requieren de un material especial, sólo lápiz y las hojas con las frases a utilizar; y requiere breve tiempo para su aplicación e interpretación.

Test de Atención. (Test Percepción de diferencias. Las caritas): Este test está diseñado para valorar la aptitud perceptiva y los aspectos perceptivos de la inteligencia general. Se utiliza además, como una prueba para valorar la concentración de la atención. Ya que el sujeto debe discriminar semejanzas y diferencias en lo que juega un papel importante la atención selectiva.

Estudio de Memoria. (Aprendizaje de 10 palabras): Esta metódica es una de las que se utilizan con mayor frecuencia para

valorar el estado de la memoria, la fatiga y la actividad de la atención.

Test Geltáltico Visomotor de Bender: Mide el desarrollo intelectual del sujeto, expresado a través de la reproducción de nueve laminas y valora la presencia de un síndrome orgánico a partir de las características que se observan en la reproducción de estos diseños, para precisar posibles desordenes orgánicos.

Metódica Cuarto Excluido: Permite diagnosticar la actividad analítico-sintética de los escolares y el nivel de generalización en la tarea: en el plano concreto o en el plano abstracto.

Fabulario de Despert o de Duss: La prueba es útil para detectar problemas tales como: dependencia emocional del niño o independencia con respecto a los padres, rivalidad entre hermanos, agresividad, miedos, pesadillas, temores. Son historias estructuradas de las cuales el niño no tiene que hacer una gran elaboración, sino que sencillamente responde a las preguntas, lo cual resulta útil en casos de timidez. Prueba proyectiva.

Prueba de inteligencia no verbal (WEIL): Pretende medir la inteligencia (factor G). Es una prueba de papel y lápiz que consta de un cuaderno.

- Fuentes indirectas

Entrevista socio-psicológica: La entrevista socio-psicológica es uno de los instrumentos más nobles, universales y valiosos que tiene el especialista como fuente de información y acción interventiva primaria. La estructuración de la entrevista facilita al profesional que se inicia en el proceso de evaluación y diagnóstico, seguir una lógica predeterminada que propicia la no-omisión de todos aquellos elementos se consideran necesarios para establecer las hipótesis y expectativas interventivas.

Entrevista al maestro: Esta técnica fue aplicada con el principal objetivo de obtener información, con fin investigativo, en lo relacionado al desarrollo escolar del infante; sus resultados docentes, relaciones sociales, así como la opinión y valoración del profesor en cuanto a este desarrollo y al vínculo familia-escuela, o sea, se utiliza como técnica de observación objetiva con relación al comportamiento del sujeto. Se le realizará a la profesora guía del aula.

Resultados de las pruebas aplicadas

Visita a la escuela y entrevista a la profesora:

El sujeto dentro del grupo cuando van a jugar o recrearse en general ocupa una posición social destacada. Realizando contribuciones de significación para la solución de los problemas del grupo, pero eso no lo convierte en líder. La situación

cambia dentro del mismo grupo cuando se trata de hacer la tarea y las actividades de la clase, tiene su subgrupo propio por tanto no destaca por su popularidad aunque no llega a ser rechazado por los demás. (Ver anexo 1)

Entrevista a los padres y observación en el hogar: Durante las entrevistas aplicadas a ambos padres el niño nunca estuvo presente. La casa es grande, con buena ventilación, condiciones materiales idóneas. El padre es quien trabaja (trabajador por cuenta propia), chofer de camión que transporta personal. El abuelo paterno vive en las cercanías, no quiso colaborar, es alcohólico y el niño lo rechaza.

De la crianza se ocupa la madre fundamentalmente y además tienen una niña de 8 meses (es una familia nuclear). Tiene un abuelo materno con el cual mantienen contacto casi a diario por teléfono. Poseen los equipos electrodomésticos básicos según las necesidades de la vida moderna y su nivel económico es bueno. Los padres no muestran ninguna preocupación en el desarrollo del niño pues creen que el mismo se está desarrollando de manera adecuada, hasta que la maestra dio su opinión.

El niño es activo, extrovertido sobre todo con los familiares y amigos de la familia. Tiene muy buena relación con su hermana menor. Los padres no le proporcionan una vida organizada, no hay un horario

establecido para el juego, ni para el sueño, el niño generalmente cae vencido de cansancio. Además le gusta esperar que llegue el papa de trabajar lo cual reduce las horas de descanso. Sus hábitos alimenticios no son los ideales pues hay ciertos vegetales a los que le hace rechazo (habichuelas, col, tomate) no come harina de maíz y lo que más disfruta son las salchichas. Está más apegado al padre, este es la figura de autoridad en la casa. Los padres no le hablan sobre sexualidad, como él no ha manifestado curiosidad por su nacimiento no han hablado del tema. (Ver anexo 2)

Dibujo de la familia: Su acercamiento afectivo es similar para todas las figuras del dibujo, no hay nadie más elaborado. El sujeto se pintó al lado del papa dándose la mano pero luego se borró y se dibujó más cercano al camión dice que le gusta mucho montarse en él; a la derecha está el papa. La actividad que realizan es una situación real. Es una sola actividad en las que todos intervienen, por tanto existe buena armonía familiar. Omite a la figura de su abuelo materno. Todas las figuras están pintadas en el mismo nivel.

Delinea el dibujo con grafito y luego le aplica color. El contenido o tema del mismo refleja sus vivencias, experiencias, así como la realidad histórico-social en que se desenvuelve. El sujeto es capaz de concatenar sus ideas de manera lógica, mostrando su creatividad en las producciones que realizó. El sujeto plantea

que represento en el dibujo el día que él y su familia fueron a visitar a su abuelo materno en el camión de su papa. La primera figura humana que pinto fue a la madre, luego la hermanita, el papa y el de ultimo.

Indicadores formales y/o estructurales: La fortaleza del trazo es medio: la presión ejercida permite que la huella dejada sea perfectamente reconocible en el curso de la ejecución. No hay evidencias de reforzamiento. Su control muscular es regular si tomamos en cuenta que no logra todos los requisitos de un buen control pero su elaboración como generalidad no es mala, cumpliendo algunos requisitos, pero no todos. Las figuras son pequeñas, están proporcionadas unas con otras y su distribución en el plano es lógica. Plasmó movimiento del humo que sale de la chimenea.

Usa adecuadamente el color aunque inusual en el techo de la casa pues no es frecuente su presencia en la vida real. La selección de colores guarda relación con el dibujo libre que realizó: la casa es violeta y marrón mostrando que para él este lugar le transmite angustia y agitación. Hay preferencia cromática por el violeta, el marrón con presencia de grafito (inhibición de la respuesta emocional) pues en este dibujo casi no lo cubrió de color, y el azul y el verde en menor medida. Todo esto nos da evidencias neuróticas. Las figuras humanas responden a patrones por debajo

de su nivel de edad (primitivismo) de acuerdo a la ejecución promedio (monigote, completa de frente) las dificultades se observan en otro elemento (camión) de la representación. El rostro de las figuras humanas expresan alegría. (Ver anexo 3)

Dibujo Libre: Delinea el dibujo con grafito y luego le aplica color propio de sujetos lentos en el desarrollo psíquico. El contenido o tema del mismo refleja sus vivencias, experiencias, así como la realidad histórico-social en que se desenvuelve. El sujeto es capaz de concatenar sus ideas de manera lógica, mostrando su creatividad en las producciones que realizó. El sujeto plantea que hace un tiempo su casa fue sobrevolada por este avión. Que a él le gustan mucho los aviones.

Indicadores formales y/o estructurales: La fortaleza del trazo es medio: la presión ejercida permite que la huella dejada sea perfectamente reconocible en el curso de la ejecución. El reforzamiento es mínimo y concentrado en áreas muy pequeñas (índice de inseguridad). Su control muscular es regular si tomamos en cuenta que no logra todos los requisitos de un buen control pero su elaboración como generalidad no es mala. La figura de la casa es grande evidenciando la importancia que le da a la misma, se encuentra en el aire aunque es el único elemento (problemas de perspectiva).

Existe proporción ya que los diferentes elementos se han reducido o aumentado

teniendo en cuenta la misma. La distribución de los elementos es lógica con evidencia de relaciones espaciales pues un objeto (el avión) cubre una parte de otro (el techo de la casa). Existe movimiento inanimado (el avión y las gaviotas) expresado verbalmente. Se ponen de manifiesto en el uso del color (adecuado aunque inusual en la casa y el avión) su capacidad para responder emocionalmente a los estímulos. Su preferencia cromática fue por los colores secundarios marrón y violeta indicando angustia y características neuróticas. (Ver anexo 4)

Test de Atención: La duración de la prueba fue de siete minutos. De las 60 posibilidades tachó correctamente 47, para un 78 por ciento de respuestas correctas. Según la escala de atención (Toulouse) esto corresponde a un diagnóstico de la calidad de la atención como: Atención Disminuida pues su rendimiento está entre el 70 y el 80 por ciento. Lo que estaría relacionado a las características que refiere la maestra de su comportamiento en las actividades docentes.

Aprendizaje de 10 palabras: Las instrucciones constaron de varias etapas. La forma de la curva de recuerdo evidencia que hacia la tercera repetición el sujeto pronuncia 9 palabras y en las repeticiones siguientes se mantiene en 9 o 10. No hay palabras sobrantes. Las 7 palabras retenidas y reproducidas por el sujeto una hora después evidencian en gran medida la

memoria en el sentido estricto de la palabra, es decir, la fijación de las huellas de lo percibido se puede evaluar como buena aunque está en el límite. (Ver anexo 5)

Test Gestáltico Visomotor (Bender): En conclusión el proceso de interpretación arrojó que en la distribución de las copias en el papel hay meticulosidad. Emplazo las figuras en la mitad superior de la hoja evidenciando incertidumbre, búsqueda de seguridad, amontonamiento, falta de atención a los límites; falta de preocupación por los demás. Primitivización y sobresimplificación que puede deberse a inmadurez mental y emocional. Hay curvas aplastadas –modelos 4 y 6- que evidencian las dificultades en el control de emociones. Trastornos visomotores: dificultades con los ángulos Modelo 3. Hace copias cuidadosas y controladas -modelo 1- en el proceso de ejecución cuenta los puntos, esforzándose por mantenerse integrado frente a la inminente desorganización (esquizofrénicos incipientes y obsesivos). Hay evidencia de fragmentación en los modelos 7 y 8. Es orgánico pues muestra consistencia en la calidad de la reproducción. A medida que los modelos son más difíciles -modelos 6 y 7-, la calidad de la reproducción es peor.

Hay indicadores de organicidad y lo que resulta más llamativo es la clara (constricción: uso de menos de la mitad de la hoja) concentración de los dibujos en la parte superior de la hoja. (Ver anexo 6)

Metódica Cuarto Excluido: La generalización concreta pues el sujeto excluye adecuadamente los objetos pero no logra enmarcar los otros tres dentro de los parámetros del concepto esencial, uniéndolos por criterios válidos, pero no esenciales. Aun no pueden realizar un razonamiento abstracto ni cadenas de deducciones largas. Se apoyó en procesos del pensamiento como son la comparación, el análisis, la síntesis, la abstracción, la generalización, etc. (Ver anexo 7)

Completamiento de Frases (Rotter): En el análisis del contenido las esferas que con más frecuencia se observan son la familia y la escuela: todo lo que no esté relacionado a actividades docentes es satisfactorios para el sujeto, de lo contrario hay rechazo. Hay una gran presencia de la necesidad de actividades lúdicas, para él es muy importante y satisfactorio jugar incluso en la escuela. En los procesos afectivos destacan sentimientos de angustia pues tiene a su perro enfermo. Su papa le refirió que le traería un nuevo perro de pelea y eso no le agrada. No hay vínculo afectivo con contenidos como el estudio. Desea ser marinero (la cual puede representar los inicios de los intereses cognoscitivos). Y a su vez es una perspectiva temporal de deseos futuros. Posible área de conflicto en la autoestima por el deseo “de ser grande” esto puede estar relacionado con alguna vivencia emocional (indagar en la entrevista individual con el sujeto y la familia).

Tres deseos, tres miedos, tres rabias: Necesidades de posesión probablemente condicionadas por el ejemplo del padre. Vuelve a aparecer el deseo “de ser grande” y la misma perspectiva temporal de deseos futuros (ser marinero). Sus miedos son coincidentes con los que manifestó en las fabulas, dirigidos a los ancianos muy posiblemente condicionado por su rechazo a su abuelo paterno. Todo lo relacionado al área escolar le produce desagrado y disonancia.

Fabulario de Despert o de Duss: El niño es dependiente emocionalmente, está fijado a sus padres. Asume la separación de la madre y no hay evidencia de rivalidad entre hermanos. Rechaza a su abuelo paterno. Muestra reacciones de posesión y de obstinación desarrolladas como consecuencia de dificultades en la educación de los esfínteres. Hay presencia del complejo de Edipo y evidencia de su deseo de jugar. (Ver anexo 8)

Prueba de inteligencia no verbal (Weil): Se evidencia que las tareas largas no le interesan y se manifiesta ansioso por terminar, con desanimo. Alcanzo 32 puntos para un percentil de 80 que equivale a un Coeficiente de 113 que representa un Coeficiente Diagnostico Normal Alto.

Diagnóstico dinámico

La incorporación a la escuela ha simbolizado un cambio trascendental en la vida del

sujeto. Se enfrenta a un conjunto de nuevas requerimientos. Aparece la actividad de estudio, que a diferencia del juego, propio de la edad preescolar, posee carácter obligatorio y planificado de lo cual él no tiene referencias en su crianza, ni en su hogar. Por lo que advertimos que las nuevas exigencias y el desempeño que alcanza ante los requerimientos impuestas a su conducta lo muestran un tanto agresivo. Lo están ubicando en una nueva posición social, la cual crea determinadas regularidades en su sistema de relaciones y de comunicación con adultos y coetáneos, para lo que no fue preparado, por lo que ha desarrollado un marcado rechazo y disminución del rendimiento académico. No se fomentó por la familia el desarrollo del conjunto de premisas anátomo-fisiológicas y psicológicas, que se constituyen en el transcurso de la edad preescolar. Sin embargo tuvo otras influencias por parte del medio la escuela ha organizado el proceso de enseñanza y la actividad de estudio influyendo en el desarrollo de la personalidad del escolar.

El niño está transitando la crisis de los siete años y en las vivencias de las que se hace consciente no hay hábitos de estudio, ni motivaciones intelectuales. Por tanto el carácter consciente y voluntario de los procesos cognoscitivos y la aparición de intereses propios al conocimiento científico de la realidad no los ha desarrollado. Si a esto adicionamos una capacidad atencional disminuida y sentimientos de angustia

relacionados a sus relaciones familiares da como resultado: pobres formaciones psicológicas que participan en la regulación de la conducta y un trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar.

Diagnóstico psicopatológico

A partir de la información obtenida, se analizó la sintomatología y características psicológicas del sujeto y las tendencias normales del desarrollo propias de la edad del niño. Comprobando la existencia de desajustes curriculares como: la presencia de un deterioro del rendimiento escolar en general, de problemas concomitantes (desatención) y en el lenguaje dislalia (rotacismo). La historia del progreso escolar nos facilitó los datos de que estaban presentes desde el comienzo de la educación. Considerando que se trata de un trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar (F81.3), según la clasificación del CIE10.

Además cumple con otras pautas para el diagnóstico más específico del trastorno pues en el sujeto están alternadas las alteraciones del rendimiento aritmético como el de la ortografía. Aunque su inteligencia general está dentro del rango normal y no hay evidencia de una mala enseñanza escolar. Su C.I. y el rendimiento escolar no son exactamente paralelos. Lo que permite diagnosticar un Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar (F81.3)

Diagnóstico diferencial

F81.0 Trastorno específico de la lectura: La característica principal de este trastorno es un déficit específico y significativo del desarrollo de la capacidad de leer que no se explica por el nivel intelectual, por problemas de agudeza visual o por una escolarización inadecuada. Pueden estar afectadas la capacidad de comprensión de lectura, el reconocimiento de palabras leídas, la capacidad de leer en voz alta y el rendimiento en actividades que requieren leer. A menudo se presentan dificultades de ortografía concomitantes con el trastorno específico de la lectura. Los niños con trastornos específicos de la lectura suelen tener antecedentes de trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y la evaluación exhaustiva de cómo se utiliza el lenguaje, pone a menudo de manifiesto otros problemas más finos. Además del fracaso escolar, suelen ser complicaciones, las faltas de asistencia a la escuela y los problemas de adaptación social, en especial en los últimos años de la escuela elemental y secundaria. Pueden presentarse errores en la lectura oral como por ejemplo:

- a) omisiones, sustituciones, distorsiones o adiciones de palabras o partes de palabras
- b) lentitud
- c) falsos arranques, largas vacilaciones, o pérdidas del sitio del texto en el que se estaba leyendo y

- d) inversiones de palabras en frases o de letras dentro de palabras.

También pueden presentarse déficits de la comprensión de la lectura, como las siguientes:

- e) incapacidad de recordar lo leído
- f) incapacidad de extraer conclusiones o inferencias del material leído y
- g) el recurrir a los conocimientos generales, más que a la información obtenida de una lectura concreta, para contestar a preguntas sobre ella.

F81.1 Trastorno específico de la ortografía: Se trata de un trastorno cuya característica principal es un déficit específico y significativo del dominio de la ortografía en ausencia de antecedentes de un trastorno específico de la lectura y que no es explicable por un nivel intelectual bajo, por problemas de agudeza visual o por una escolarización inadecuada. En este trastorno está afectada la capacidad de deletrear en voz alta y de escribir las palabras correctamente. Los niños que presentan sólo problemas para la escritura no se incluyen en esta categoría, pero en algunos casos las dificultades ortográficas se acompañan de problemas de la escritura. A diferencia de lo que normalmente se

encuentra en los trastornos específicos de la lectura, las faltas ortográficas tienden a ser correctas desde un punto de vista fonético.

F81.2 Trastorno específico del cálculo: Se trata de un trastorno caracterizado por una alteración específica de la capacidad de aprendizaje de la aritmética, no explicable por un retraso mental generalizado o por una escolaridad claramente inadecuada. El trastorno afecta al aprendizaje de los conocimientos aritméticos básicos de adición, sustracción, multiplicación y división (más que a los conocimientos matemáticos más abstractos del álgebra, trigonometría o geometría).

Se decantan los trastornos anteriores pues el sujeto no satisface todas esas pautas de diagnóstico y solo se ajusta a algunas. Lo que lo sitúa justamente en el Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar (F81.3): El cual se trata de una alteración, definida como categoría residual, en la cual están alterados de un modo significativo tanto el rendimiento aritmético como el de lectura u ortografía y en la que la inteligencia general está dentro del rango normal y no está presente una mala enseñanza escolar. Esta categoría se utilizará para trastornos que satisfagan las pautas de F81.2 además de las de F81.0 o F81.1 cómo se puede observar a continuación.

El sujeto presenta errores en la lectura oral como por ejemplo:

- omisiones, sustituciones de palabras o partes de palabras
- lentitud
- Recurre a los conocimientos generales, más que a la información obtenida de una lectura concreta, para contestar a preguntas sobre ella.

Presenta errores en la ortografía como por ejemplo:

- la capacidad de deletrear en voz alta.
- Falta de ortográficas.

Presenta errores en el cálculo como por ejemplo:

- fracaso en la comprensión de los conceptos básicos de las operaciones aritméticas específicas.
- falta de capacidad para aprender satisfactoriamente las tablas de multiplicar.

Pronóstico

Luego de tener en cuenta factores como: la edad, características psicológicas, biológicas y sociales, apoyo familiar posible y tipo de trastorno diagnosticado (F81.3) Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar presente en el niño objeto de este trabajo, el pronóstico es reservado, ya que la evolución favorable depende de factores

ajenos a la intervención, aunque la misma se realice de forma oportuna y adecuada.

Recomendaciones

Luego de haber alcanzado el diagnóstico psicopatológico de la alteración psicológica que presenta el menor en cuestión (F81.3) se recomienda:

- Grupos de reflexión para madre y padres que posibiliten la adquisición de habilidades y herramientas que les permitan desarrollar métodos educativos para una mejor planificación de los hábitos de estudios y de vida del sujeto.
- Indicación para comenzar a atender al niño con el especialista en Logopedia.

Conclusión

Con la realización de este trabajo, mediante la aplicación y análisis de las técnicas aplicadas, se corroboró que el niño YJP presenta un trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar. Se encuentra por debajo del nivel de desarrollo de los sujetos a esta edad. Por concerniente a la falta de hábitos y horarios de estudio y de juego, ausencia de incentivo que potencie sus necesidades cognoscitivas y actividades instructivas que le aporten sustancialmente. Esto se conjuga con una calidad de atención disminuida que posee el niño. Lo cual es

visible en el marcado rechazo a las actividades docentes, disminución del rendimiento académico, manifestaciones de agresividad verbal con padres y maestros ante las exigencias docentes.

Anexos

Anexo 1-VISITA A LA ESCUELA

Nombre de la escuela: Marcelo Salado

Grado: 1ro

Aula: 2

Nombre del sujeto: Yenier J. Pérez Miranda

Edad: 7 años

Sexo: Masculino

Nos dirigimos al aula de segundo grado donde nos recibió la profesora y permitió la observación desde la última fila para desde allí poder observar a los niños en sus actividades. Luego de las mismas que tenían planificadas. Al instante conversamos con la maestra sobre el niño.

Valoración al terminar la clase: El mobiliario está bien ubicado teniendo en cuenta la optimización del espacio que es poco, ya que el aula es pequeña y son 22 estudiantes más la maestra. Poseen un TV sobre un estante, la mesa de la profesora, un segundo estante para guardar juguetes y cuadernos de trabajo y una repisa donde ponen los trabajos manuales. El aula se encontraba limpia y ordenada. Goza de una correcta iluminación y ventilación ya que posee dos lámparas y 4 ventanas grandes.

Tiene un nivel de ruido es un poco elevado pues las aulas colindantes son de niños de 4to grado. Las paredes no tienen exceso de decoración solo el alfabeto, dos fotos del mártir de la escuela, la pizarra tiene buen estado físico y la ambientación es poca por la falta de espacio.

HOJA DE OBSERVACIÓN:

A las 8:00 am comenzó la clase de Lengua Española.

Actividad que realiza el maestro.	Actividad que realiza el alumno.	Comentarios del observador.
Comienza la clase con un dictado.	Copiar el dictado con algunos errores de ortografía.	Todos con más rapidez que otros cumplen la actividad.
Realiza y orienta una lectura relacionada a las palabras de la actividad anterior.	Realiza la lectura con lentitud y ocurren omisiones de palabras.	Algunos en vez de escuchar la lectura. Comienzan a leer ellos de manera individual.
Promueve el debate sobre lo leído.	Utiliza conocimientos generales, más que la información obtenida de una lectura.	Algunos están más pendientes de lo que dicen los compañeros que de participar ellos mismos. La algarabía es enorme
Orienta y revisa ejercicios de completar ideas relacionadas con la lectura y de buscar sinónimos y antónimos.	Cumplen con la orientación pero con faltas ortográficas.	Comentan las respuestas que van a dar en voz alta antes de escribirlas como si la maestra no estuviera.
Orienta la tarea.	Todos copian la orden de los ejercicios.	Continúan hablando de la lectura muy alto.
Ordena, guía y califica el desempeño en el cuaderno de trabajo.	Se demora en comenzar a realizar la actividad y luego cierra el cuaderno sin esperar la calificación de la maestra. Hay falta de comprensión de los conceptos básicos de las operaciones aritméticas.	Se evidencia la paciencia y capacidad de concentración que tienen algunos y las manifestaciones de la crisis de los siete años de otros, al burlarse de los resultados de sus compañeros.
La maestra orienta el fin de la clase y el comienzo del horario de merienda al tocar el timbre.	Obedece muy dispuesto y se dirige de forma inmediata al área de los juguetes y comienza la actividad ludrica de manera inmediata con un grupo de niños.	Hay una rápida reacción de los alumnos con manifestaciones de la crisis, se levantan comienzan a burlarse de los otros por lo que sucedió o dijeron en la clase, etc.

Entrevista a la profesora:

1. ¿Puede describir las relaciones escuela-hogar?

Las relaciones hogar-escuela son normales ya que la familia se preocupa y del niño. Sobre todo la mamá. Pero de cosas la disciplina más que de cómo va el niño y si hay que repararle algo soy yo quien se lo oriento.

2. ¿Describir las relaciones con el escolar?

Las relaciones con el escolar son buenas. El niño se porta mal cuando le influyó para que termine algún ejercicio que los demás ya han hecho y el aún no lo ha terminado.

3. ¿Puede describir las relaciones del niño y su grupo?

Se relaciona bien con el grupo. Sobre todo cuando están jugando.

4. ¿Dificultades principales en la educación del niño?

Se está al mismo nivel que sus compañeros en español y matemáticas. Posee faltas de ortografías aunque y tiene problemas en la lectura y cuando hay que hacer tareas de composición pues no las termina o se demora, el deletreo le cuesta trabajo, se distrae, se duerme. Y en matemáticas tiene dificultades básicas en la suma, sustracción, multiplicación y división.

5. ¿Disposición para jugar con otros niños?

Tiene buena disposición porque se le ve el interés en jugar con los demás a la hora del receso. Le encanta y aunque tiene un grupo preferido juega con todos.

6. ¿Cómo es la extensión del vocabulario (oral y escrito) del niño?

Es correcta para su edad, aunque pudiera ser mayor. Eso si presenta problemas con la pronunciación arrastra la r pero de una manera considerable y ya se recomendó por la escuela que sea atendida por el logopeda.

7. ¿El rendimiento docente en las diferentes asignaturas?

Él es un niño que no se esfuerza por hacerlo todo bien. Sus evaluaciones son generalmente MB. Considero que si en la casa le influenciaran más el llegaría a ser bueno.

8. ¿Describame el desempeño en el aula al responder y formular preguntas, resolver problemas docentes y no docentes?

Cuando quiere responder se hace escuchar pero cuando se trata de tareas docentes no destaca en su participación, no le motiva el estudio. Si tiene dudas pregunta no es tímido.

9. ¿Tiene posibilidad de aplicar los conocimientos escolares en la solución de problemas docentes y no docentes? Sí, de hecho en los recesos yo trato de que lo hagan.

10. ¿Tiene conocimientos adquiridos fuera de la escuela y cuáles son las fuentes de procedencia?

Sí, todos los tienen. Pero en su caso no creo que la familia influya mucho, él habla de que su papá cuando llega de trabajar le enseña esto o aquello.

11. ¿Hábleme de sus intereses (véase lecturas, programas de radio y TV, participación en círculos de interés en la escuela, casa de cultura, áreas deportivas y otros)?

En esta edad si los padres no los llevan es complicado y en su casa la mama no puede. En clase como ya le dije no destaca él tiene más interés por los juegos y actividades físicas.

Anexo 2- Entrevista a la Madre:

Tipo de familia: Nuclear X Extendida __

Condiciones materiales del hogar B X
R__ M__

1. ¿Cómo es su hijo? Háblenos del niño.
Es tranquilo, le gusta relacionarse con las personas. Le encanta que le tiren fotos. Se relaciona muy bien con todos sobre todo con su hermana. En ocasiones no me hace caso pero en cuanto llega el papa la cosa cambia. En la escuela creía que estaba bien, pero la profesora dice que no.

2. ¿Qué es lo que más le gusta a usted del niño?

Que es muy cariñoso.

3. ¿Qué es lo que menos le gusta a Ud. del niño?

Cuando no me hace caso y luego viene el padre le dice lo mismo y él lo obedece como si nunca se lo hubiesen dicho.

4. ¿Qué es lo que más le gusta al niño que le hagan?

Que lo deje dormir en la cama con nosotros.

5. ¿Qué hace el niño cuando está solo?
Se entretiene jugando, él juega constantemente.

6. ¿Con quién juega el niño?
Con los amiguitos del barrio. Y cuando llega el papa con él.

7. ¿Dónde está el niño cuando Ud. realiza sus tareas domésticas?

Normalmente en la escuela. Y si es fin de semana jugando en la casa con la computadora o los amiguitos en la calle.

8. ¿En qué momento de la vida cotidiana se relaciona más el niño con la familia?
Por la noche cuando llega el papa o algún fin de semana que vamos a visitar a mi papa. Pues él con el papa de mi esposo no se lleva, nunca le ha gustado desde recién nacido lloraba cantidad cuando él lo cargaba, como siempre anda con peste a bebida.

9. ¿Cómo es el estado emocional del niño?

Alegre, él y la niña son muy alegres.

10. ¿Cómo expresa el niño las emociones y sentimientos de alegría o tristeza?

Cuando esta triste llora, eso para él nunca ha sido un problema y cuando esta alegre se ríe salta corre y lo dice.

11. ¿Cuáles otras emociones manifiesta el niño?

Cuando el padre lo regaña le da mucha pena, se esconde detrás de mí y enseguida trata de hacerlo bien.

12. ¿Considera a su hijo un niño activo o pasivo? ¿Por qué?

Es un niño activo. No es dormilón de hecho le gusta acostarse tarde, espera casi todos los días a que llegue su papa. Le encanta jugar.

13. ¿Cómo demuestra el niño que está molesto?

Llora, da golpes en el piso con el pie y te deja de hablar, casi siempre cuando lo llamo a eso de las siete de la noche para que entre a bañarse y hacer la tarea lo hace.

14. ¿A su niño le dan perretas? ¿Son frecuentes?

En un tiempo si eran frecuentes pero de un tiempo a la fecha no tanto. Aunque cuando se trata de estudiar si se pone malcriado.

15. ¿Se relaciona con personas desconocidas?

Si

16. ¿Cómo se relaciona el niño con los adultos conocidos?

Bien, supongo que normal. Les pregunta el nombre que hacen si tienen niños. A las muchachas jóvenes les dice que son muy lindas.

17. ¿Cómo se manifiesta el niño con los adultos desconocidos?

Trata de conocerlos, conversa con ellos.

18. ¿Cómo se relaciona con otros niños?

Bien también, empieza los juegos.

19. ¿Conversa el niño con otras personas?

Sino no conoce a las personas no les saca conversación a no ser que vea que nosotros los conocemos.

20. ¿Cómo Ud. y el padre acostumbran a comunicarse con él?

Conversamos por la noche. Actualmente solo le canto a la más chiquita para dormirle

22.- ¿Es su niño más autónomo e independiente que antes. Cómo manifiesta esta independencia?

Le encanta hacer las cosas solo sobre todo si se trata de mecánica con el papa y cosas del camión. Me ayuda con la hermana.

23. ¿Acepta la ayuda en diferentes situaciones o actividades?

Acepta la ayuda en dependencia de quien se la ofrezca y luego de que ya intento resolver las cosas solo.

24. ¿Pide ayuda o colaboración cuando realiza alguna actividad o juega junto al adulto?

Creo que no.

25. ¿Manifiesta algún miedo o temor?

A los alacranes pues lo pico uno chiquito y el papa una vez le tiro una maja encima y se puso muy mal. Estuvo llorando por tremendo rato.

26. ¿Es un niño celoso?

No me parece.

27. ¿Cuáles son las acciones sociales que realiza el niño para establecer contactos con los adultos y coetáneos?

Saluda, pregunta los nombres de las personas.

28. ¿Se integra el niño al grupo familiar mediante alguna actividad? ¿Cuál?

Los fines de semana cuando el papa no trabaja hace limpieza en el camión y él lo trata de ayudar en todo lo que el padre lo deja hacer. Y a mí me ayuda cuando le pido que me alcance cosas y sobre todo con la hermana cuando salimos

29. ¿A qué persona frecuentemente imita el niño?

No tanto como imitar pero admira mucho a su papa y dice que cuando sea grande será marinerero pues mi papa lo era y le hace muchos cuentos.

30. ¿Te invita el niño a jugar o a realizar cualquier tipo de actividad?

En ocasiones le gusta que me siente a su lado a ver alguna película de muñequitos.

31. ¿Qué juegos le gustan a su hijo?

Casi todos, pero juega mucho con una bicicleta que tiene. Y juegos en la computadora que le copia el papa.

32. ¿Se comporta el niño de distintas maneras con las personas que le rodean?

Si, a su abuelo por parte de padre no lo puede ver.

33. ¿Realiza comportamientos que evidencian la asimilación de reglas sociales?

Sí, cuando era más pequeño tocaba y no se tapaba la boca por mucho que se le dijese pero ya lo hace.

34. ¿Es capaz el niño de controlar sus acciones o comportamiento ante determinados límites o reglas, u órdenes verbales del adulto? ¿Cuáles?

Cuando quiere quedarse viendo muñequitos o cuando no se quiere ir de la casa de al lado porque está jugando y el padre le dice basta él lo entiende. Pero eso no quiere decir que lo haga caso enseguida a veces hay que ponerse fuertes.

35. ¿Quiere hacer algunas cosas por sí mismo. Cuáles?

Casi todas, desde vestirse y bañarse.

36. ¿Qué actividades realiza con mayor satisfacción?

Jugar y dibujar.

37. ¿Le interesa el cuidado de las plantas, animales y objetos?

Sí, le gustan los perros y tenemos uno pero está muy viejo y se está muriendo y eso lo tiene muy triste desde hace una semana.

38. ¿Actúa de acuerdo a su género, por ejemplo: selecciona sus ropas y sus juguetes de acuerdo al sexo?

Sí.

39. ¿Reconoce algunos patriotas o mártires?

Si se los ha enseñado en la escuela.

40. ¿Conversa sobre algún cuento infantil y reconoce sus personajes buenos y malos?

El habla de los muñequitos y los imita.

41-¿Cómo le enseña usted los diferentes roles de acuerdo a su sexo?

Creo que desde que nació, explicándole como se deben comportar los niños.

42-¿Su hijo le pregunta acerca de las diferencias entre niñas y niños? ¿Usted qué le responde?

No casi nunca.

43-¿Quiere vestirse a veces como el sexo opuesto o adopta conductas del sexo opuesto? ¿Qué hace usted en el caso de que sí?

No nunca

44-¿Manifiesta curiosidad por su propio cuerpo o el de otros miembros de la familia? Por el suyo sí pero no mucha.

45-¿Manifiesta conductas de autocomplacencia?

No que me allá fijado.

46-¿Manifiesta conductas exhibitorias?

No.

47-¿Y de placer?

No.

48-¿Pregunta sobre la relación entre usted y su esposo?

No

49-¿A quién se apega más el niño?

A su papa.

50-¿Cómo es la extensión del vocabulario (oral y escrito) del niño?

Tiene su problema pues arrastra la "R"

51-¿El rendimiento docente en las diferentes asignaturas?

Es bueno casi siempre coge MB.

52-¿Tiene conocimientos adquiridos fuera de la escuela y cuáles son las fuentes de procedencia?

Bueno aquí en la casa se le enseñan cosas.

53-¿Hábleme de sus intereses (véase lecturas, programas de radio y TV, participación en círculos de interés en la escuela, casa de cultura, áreas deportivas y otros)?
Le encanta la televisión, la computadora.

Entrevista al padre:

Tipo de familia: Nuclear X Extendida

Condiciones materiales del hogar

B X R M

1. ¿Cómo es su hijo? Háblenos del niño
Es cariñoso y le gusta andar conmigo.

2. ¿Qué es lo que más le gusta a usted del niño?

Que me hace muchos dibujos.

3. ¿Qué es lo que menos le gusta a Ud. del niño?

Que es muy cabeza dura.

4. ¿Qué es lo que más le gusta al niño que le hagan?

Que me lo lleve a montar en la bicicleta al parque o que lo lleve en el camión.

5. ¿Qué hace el niño cuando está solo?

Se pone a jugar.

6. ¿Con quién juega más el niño?

Con los muchachos de por aquí.

7. ¿Dónde está el niño cuando Ud. está en el trabajo?

En la escuela o en la casa con la mama.

8. ¿En qué momento de la vida cotidiana se relaciona más el niño con la familia?

Cuando yo llego por la noche o cuando no trabajo y estamos aquí en la casa o vamos a la casa del papa de mi mujer.

9. ¿Cómo es el estado emocional del niño?

Alegre.

10. ¿Cómo expresa el niño las emociones y sentimientos de alegría o tristeza?

Llora cuando esta triste y se ríe cuando esta alegre.

11. ¿Cuáles otras emociones manifiesta el niño?

Cuando tiene miedo. Cuando esta aburrido.

12. ¿Considera a su hijo un niño activo o pasivo? ¿Por qué?

Es un niño activo hace muchas cosas.

13. ¿Se relaciona el niño con personas desconocidas?

Si

14. ¿Conversa el niño con otras personas?

Si ve a alguien que ya conoce sí.

15. ¿Cómo Ud. y la madre acostumbran a comunicarse con su hijo?

Conversamos, jugamos.

16.- ¿Es su niño más autónomo e independiente que antes? Cómo manifiesta esta independencia?

Hace muchas cosas solo y si uno intente ayudarlo me dice papa déjame yo sé.

17. ¿Acepta el niño la ayuda en diferentes situaciones o actividades? Algunas veces sí pero no muchas.

18. ¿Manifiesta el niño sentimientos de orgullo o de vergüenza cuando Ud. lo valora?

Si cuando le reconocemos lo que hizo bien le encanta.

19. ¿Pide ayuda o colaboración cuando realiza alguna actividad o juega junto al adulto?

Muy poca ayuda.

20. ¿Manifiesta algún miedo o temor?

A los alacranes.

21. ¿Es un niño celoso?

Un poco.

22. ¿Cuáles son las acciones sociales que realiza el niño para establecer contactos con los adultos y coetáneos?

Pide permiso, saluda.

23. ¿A qué persona frecuentemente imita el niño?

No sabría decirle, aunque habla mucho de su abuelo que era marinero.

24. ¿Te invita el niño a jugar o a realizar cualquier tipo de actividad?

Le gusta que lo lleve al parque.

25. ¿Se comporta el niño de distintas maneras con las personas que le rodean?

Si eso depende si los conoce mucho o poco.

26. ¿Realiza comportamientos que evidencian la asimilación de reglas sociales?

Si desde hace rato.

27. ¿Es capaz el niño de controlar sus acciones o comportamiento ante determinados límites o reglas, u órdenes verbales del adulto? ¿Cuáles?

Si a veces cuando yo le digo que algo no se puede hacer, él lo deja de hacer.

28.-¿A quién se apegas más el niño?

A mí.

29.-¿Cómo es la extensión del vocabulario (oral y escrito) del niño?

Yo creo que le falta.

30.-¿El rendimiento docente en las diferentes asignaturas?

Algunas veces MB.

31.-¿Tiene conocimientos adquiridos fuera de la escuela y cuáles son las fuentes de procedencia?

Sí, de aquí en la casa y de la familia.

32.-¿Hábleme de sus intereses (véase lecturas, programas de radio y TV, participación en círculos de interés en la escuela, casa de cultura, áreas deportivas y otros)? Lee las cosas de la escuela cuando hace la tarea, ve televisión. Muñequitos y programas infantiles en general. No está en ninguna casa de cultura.

33.-¿En preescolar cuales fueron las evaluaciones del niño?

Nos dijeron que B, los trazos tenían sus problemas y no sé qué más.

34.-¿Cuándo el niño fue a empezar en preescolar que paso en la casa o sea los preparativos?

Normal le compramos las cosas y ya.

35.-¿Le enseñaron la escuela o le hablar antes de empezar?

No.

36-¿Qué considera usted que sea una dificultad para a su hijo en la escuela? Aprenderse las tablas de multiplicar, llevamos tiempo con eso y nada.

Anexo3-Dibujo de la familia

Para su aplicación se utilizó una hoja de papel, lápiz de escribir. Como orientación se le dio al sujeto la consigna "Píntate tú y tu familia realizando una actividad".

Breve entrevista del porqué de las características pictóricas expresadas en el dibujo:

Experimentador: ¿En tu dibujo que fue lo que intentaste pintar?

Sujeto: Mira este es mi papa y mi mama, esta es hermanita y este soy yo. Esta es la casa de mi abuelo, con la loma que hay al lado, este un sol y las nubes. Este es el carro de papa (Señalo todos los elementos).

Experimentador: ¿Cuál es la actividad que están haciendo?

Sujeto: Fuimos a ver a mi abuelo

Experimentador: ¿Y tu abuelo donde está?

Sujeto: Por ahí.

Experimentador: ¿Y tú otro abuelo no fue con ustedes? ¿Por qué?

Sujeto: No, nosotros no lo queremos. El grita mucho y se emborracha.

Experimentador: ¿Qué más me puedes contar de ese día?

Sujeto: Que yo quería subirme en el camión y mi papa no me dejaba.

Experimentador: ¿Y por qué te borraste de al lado de tu papa?

Sujeto: Yo quería montarme en el camión, a mí me gusta mucho.

Anexo 4-Dibujo Libre

Para su aplicación se utilizó una hoja de papel, lápiz de escribir. Como orientación se le dio al sujeto la consigna "Píntate lo que tú quieras".

Breve entrevista del porqué de las características pictóricas expresadas en el dibujo:

Experimentador: ¿En tu dibujo que fue lo que intentaste pintar?

Sujeto: El día que paso el avión por mi casa.

Experimentador: ¿Dónde tú estabas ese día?

Sujeto: Jugando en la calle.

Experimentador: ¿Juegas mucho en la calle?

Sujeto: Cuando vengo de la escuela voy a jugar hasta que mi mama me llama.

Experimentador: ¿Pasan muchas gaviotas por tu casa?

Sujeto: No siempre.

Experimentador: ¿Por qué te gustaría ser grande?

Sujeto: Para poder manejar y no tener que hacer tareas.

Anexo 5-Aprendizaje de 10 palabras

Las instrucciones constaron de varias etapas.

Primera explicación: "Ahora voy a leer diez palabras. Hay que escuchar atentamente. Cuando termine de leerlas, repite inmediatamente tantas cuantas recuerde. Se pueden repetir en cualquier orden ¿Entendido?"

Segunda explicación: "Ahora leeré de nuevo las mismas palabras y debes repetir las otra vez: Las que ya mencionaste y las que omitiste la primera vez, todas juntas y en cualquier orden". Después se repitió de nuevo el experimento tres, cuatro y cinco veces, pero sin dar instrucciones. El experimentador dijo simplemente "Otra vez". Después de la quinta repetición de las palabras, pasamos a otros experimentos y al final de la investigación, se le pregunto de nuevo estas palabras al sujeto (sin recordárselas).

Anexo 6- Test Gestáltico Visomotor (Bender)

El test fue aplicado en un ambiente tranquilo sin interrupciones con una duración de 5 minutos. Se le dijo la consigna y el sujeto demostró entenderla. En todo momento se mostró muy dispuesto para hacer la prueba. No se produjo rotación de la hoja ni de las figuras a la hora de reproducirlas.

Modelo A: Hay distorsión de la forma: Rombo un poco achatado. Figura pequeña con tendencia al retraimiento, inhibición de la espontaneidad, sujeto emocionalmente bloqueado.

Modelo 1: Presenta ordenamiento en el dibujo: meticulosidad exagerada. Hace una copia cuidadosa y controlada (en el proceso de ejecución cuenta los puntos), esforzándose por mantenerse integrado frente a la inminente desorganización (esquizofrénicos incipientes y obsesivos).

Modelo 2: Presenta ordenamiento: meticulosidad exagerada. Hace una copia cuidadosa y controlada (en el proceso de ejecución cuenta los puntos), esforzándose por mantenerse integrado frente a la inminente desorganización (esquizofrénicos incipientes y obsesivos). Presenta primitivización que puede estar dada por inmadurez mental y emocional.

Modelo 3: Hay distorsión de la forma, dificultad para reproducir ángulos. Figura pequeña con tendencia al retraimiento, inhibición de la espontaneidad, sujeto emocionalmente bloqueado.

Modelo 4: Figura pequeña con tendencia al retraimiento, inhibición de la espontaneidad, sujeto emocionalmente bloqueado. Distorsión de la figura: poca pronunciación de la curva.

Modelo 5: Se evidencia una figura pequeña con tendencia al retraimiento, inhibición de la espontaneidad, sujeto emocionalmente bloqueado. Desintegración del diseño (trastornos de organización -percepción inadecuada-) por conglomerados de puntos

en la unión de la curva con la línea de puntos.

Modelo 6: Distorsión de la forma: falta de perseverancia por omisión de curvas en la reproducción vertical de la figura. Figura pequeña con tendencia al retraimiento, inhibición de la espontaneidad, sujeto emocionalmente bloqueado. Sobreescritura en la línea horizontal como reforzamiento. Líneas esbozadas, tenues: ansiedad, timidez, falta de autoconfianza, vacilación.

Modelo 7: Presenta distorsión de la forma de los hexágonos, además de la dificultad para copiar ángulos: es un sujeto orgánico. Hay evidencia de fragmentación pues las líneas verticales no cierran la figura.

Modelo 8: Dificultad para copiar ángulos en el hexágono. Fragmentación no se trata a la figura como una unidad sino como un conglomerado de elementos independientes, implica trastornos de organización (percepción inadecuada). Líneas impulsivas, enérgicas, fuertes: agresión y hostilidad frente al ambiente.

Anexo 7-Metódica cuarto excluido

Se le mostro al escolar 9 tarjetas, con distinto niveles de dificultad en orden creciente (tres tarjetas fáciles, tres de dificultad media y por último tres difíciles). Cada tarjeta tenía 4 objetos representados, uno de los cuales debía ser excluido.

Se comenzó por las tarjetas más fáciles y se le dijo al sujeto: "Aquí en esta tarjeta tenemos representados cuatro objetos, tres de ellos son semejantes entre sí y pueden denominarse con un solo nombre, pero el cuarto objeto no se asemeja a los otros. Tú debes decir cuál es el que no se asemeja a los otros tres y cómo se puede denominar a estos tres".

La primera tarjeta: tres flores y un gato.

Segunda tarjeta: un libro, una cartera, un bolso y una maleta.

Tercera tarjeta: una partitura, un mapa, un libro y un cuadro.

Cuarta tarjeta: el sol, un bombillo, una farola y una vela.

Quinta tarjeta: una cigüeña, una mesa, un martillo y unos espejuelos.

Sexta tarjeta: Un marinero, una carretilla, un camión y un barco.

Séptima tarjeta: una carta, un radio, una guitarra y un teléfono.

Octava tarjeta: un botón, una hebilla de un cinto, un carretel de hilo y un enganche de sujetador.

Novena tarjeta: un reloj, una balanza, un termómetro y unos espejuelos.

Anexo 8-Fabulario de Despert o de Duss:
Tiempo de duración: Aproximadamente media hora.

Descripción de las fábulas

a) Fábula del pájaro: El niño depende emocionalmente, es decir, está fijado a sus padres.

Un pajarito, una pajarita y sus pequeñuelos están dormidos en su nido, sobre la rama de un árbol. De pronto sopla un fuerte viento que sacude el árbol y hace que el nido caiga al suelo. Los tres se despiertan bruscamente, el papá vuela rápidamente hacia un pino y la mamá hacia otro. ¿Qué hace el pequeño pajarito? Él ya sabe volar solo.

Respuesta del sujeto: Irse con sus papas.

b) Fábula del cordero: Asume la separación de la madre y no hay evidencia de rivalidad entre hermanos.

En un campo están una oveja y su pequeño cordero. El corderito brinca todo el día alrededor de la madre. Todas las noches ella le da un poco de leche tibia que a él le gusta mucho, pero el corderito ya puede comer pasto. Un día, alguien trae a la madre un corderito pequeño que tiene mucha hambre y que quiere que ella le de la leche. Pero, la madre no tiene leche para darle a los dos y le dice al más grande: "No tengo leche suficiente para los dos tú que eres el más grande ve al campo y come un poco de pasto tierno" ¿Qué crees que hace el corderito?

Respuesta del sujeto: Se va porque tiene que hacer lo que dice la mamá.

c) Fábula del funeral: El niño no tiene una relación muy cercana a su abuelo paterno (es alcohólico) y generalmente lo rechaza

dice que tiene peste a ron y que grita mucho.

Un coche fúnebre pasa por la calle de un pueblo y la gente pregunta: ¿Quién se murió? Alguien contesta: "Es uno de la familia que vive en aquella casa". ¿Quién crees que es?

Respuesta del sujeto: El abuelito

d) Fábula de la ansiedad: La relación con su abuelo paterno es probablemente causa de ansiedad.

Un niño se dice a sí mismo en voz muy baja: "Tengo miedo". ¿De qué crees que puede estar asustado?

Respuesta del sujeto: De un viejito.

e) Fábula del elefante: El niño no muestra miedo a la mutilación y a la castración.

Un niño tiene un pequeño elefante al que quiere mucho y que es muy bonito con su larga trompa. Un día, al volver de la escuela entra en su cuarto y encuentra que su elefante ha cambiado. Pregunta: ¿Cómo supones que ha cambiado? ¿Por qué crees que ha cambiado?

Respuesta del sujeto: Porque creció mucho.

f) Fábula de la propia creación del niño: Muestra reacciones de posesión y de obstinación desarrolladas como consecuencia de dificultades en la educación de los esfínteres.

Un niño ha hecho algo con arcilla, una torre, que piensa que es muy linda. ¿Qué hace con ella? Su mamita le pide que se la dé. ¿Crees tú que se la dará?

Respuesta del sujeto: No, le gusta mucho.

g) Fábula del paseo con el padre o con la madre: Sentimientos hacia los padres, es decir, el complejo de Edipo.

Un niño va a pasear por el parque con su mamita, se divierten mucho juntos; cuando vuelven a la casa, encuentran que la cara de su papito ha cambiado. ¿Por qué?

Respuesta del sujeto: Porque se puso un poco viejo.

h) Fábula de las noticias: Evidencia su deseo: jugar.

Un niño vuelve de la escuela y su mamita le dice: "No empieces a hacer tus deberes porque tengo algo que contarte." ¿Qué crees que le va a contar?

Respuesta del sujeto: Que puede ir a jugar con sus amigos.