



SICCA

TABLA DE CONTENIDO

EL SILENCIO EN PANDEMIA Y EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS	504
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA DIABETES	535
BURNOUT EN PROFESORES UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS EMPRESARIALES DE IBEROAMERICA	562
EXPRESIÓN Y COMUNICACIÓN EMOCIONAL EN ESTUDIANTES COLOMBIANOS DE PSICOLOGIA EN UN AULA VIRTUAL DE APRENDIZAJE	595
MODELOS DE ATENCIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. ESTUDIO CUALITATIVO DE TIPO SISTÉMICO	622
INCLUSIÓN LABORAL Y WORK ENGAGEMENT: LA PARADOJA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN CLAVE DE DISCAPACIDAD	646
MANEJO DEL ESTRÉS LABORAL DESDE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA DOCENTES DE COLEGIO PRIVADO EN BUCARAMANGA	679
“TÚ Y YO, APRENDEMOS A SANAR JUNTOS” UNA ESPERANZA VIRTUAL PARA LAS PERSONAS EN DUELO	716
EL SUICIDIO EN EL TOLIMA: AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN PSICOPATOLÓGICA	738
EL SUICIDIO ADOLESCENTE EN LA ESCUELA, UNA APROXIMACIÓN DESDE LA FILOSOFÍA	759

**EL SILENCIO EN PANDEMIA Y EL REENCUENTRO DE LAS
CIENCIAS**

SILENCE IN PANDEMIC AND THE REUNION OF SCIENCES

Liliana Andrea Calderón Garzón
Directora PI
Colombia

Praxis – Psicología de la Comunicación

RESUMEN: Si llegásemos a partir de la noción del silencio, como un elemento que como tal comunica, debemos reconstruir, una serie de componentes, que determinan que está más presente; y que sus connotaciones tienen múltiples características, que encierran más de una interpretación.

Mediante éste artículo, lo que se busca es ver con cuidado las diferentes presencias y ausencias del silencio, que dentro del título se enmarcan; y que, indiscutiblemente, llevan a dicotomías que en su orientación, nos proporcionan marcos interesantes a reflexionar, sobre lo que este elemento de comunicación, conlleva, en su tránsito con el contexto – situación.

PALABRAS CLAVES: Pandemia, silencio, la Covid 19, violencia, lenguaje, comunicación, género, edadismo, cultura, muerte, sociedad, otros, nosotros, ser.

ABSTRACT: If we come from the notion of silence, as an element that as such communicates, we must reconstruct, a series of elements that determine that it is more present, and that its connotations have multiple characteristics, that contain more than one interpretation.

Through this article, what is sought is to carefully see the different presences and absences of silence, which are framed within the title; and that, indisputably, lead to dichotomies that, in their orientation, provide us with interesting frameworks to reflect on, on what this element of communication entails, in its transit with the context - situation.

KEYWORDS: Pandemic, silence, Covid 19, violence, language, communication, gender, ageism, culture, death, society, others, us, being.

INTRODUCCIÓN

Iniciaremos reiterando, lo que se planteó dentro del escrito¹ ...

el silencio suele transitar, donde la palabra no tiene cabida, haciendo hincapie, en un sinnúmero de apreciaciones, supuestos, que no contribuyen a esclarecer el trasfondo que emerge constantemente.

¹ Discernimiento en Latinoamérica. El silencio: como expresión de afecto y como suceso de dominio. ISBN: 978-958-49-2514-5

Es por eso, que hay que reconsiderar los diferentes contextos, en los cuales se ve inmerso un elemento de comunicación tan categórico; y a su vez, tan opuesto, como lo es el silencio.

En este caso, nos introduciremos en algunos eslabones, que encierran este elemento denominado silencio, y cómo ha sido enmarcado en el contexto de la pandemia, y cuanta relación, puede tener con el tema en general que nos atañe, el reencuentro de las ciencias.

Por eso; y más, tomaremos en consideración lo siguiente (p. 27)²

El silencio, aparece a través del lenguaje y no se puede omitir, como se vio en el libro³ ya referido.

Pues es, dentro de todos los supuestos en los cuales queda en evidencia; y, que a su vez, como tal comunica, lo que ha sido la parte esencial, de todas las presunciones planteadas anteriormente.

Entonces, la cultura (p. 107)⁴, puede concebirse como aquello que integra un conjunto de estructuras relativamente flexibles tales como el lenguaje, las creencias, las normas y las formas de comportamiento.

Con ello, reafirmamos una vez más, en cuanto el lenguaje, sin descuidar en este caso el silencio, ha sido crucial en el proceso, al igual que una parte principal de la cultura, por lo que denota conducta; y a su vez, comunica.

Como se ha podido observar, en el primer libro, el silencio suele configurarse donde la teoría en apariencia, no suele ser tan específica para para diferenciarle; y por ende, aclarar.

² Calderón, L. En medio de los silencios: Entre la afonía y disfonía

³ Calderón, L. En medio de los silencios

⁴ Psicología social y política. Procesos teóricos y estudios aplicados. Cultura de paz y el clima emocional de las sociedades. (pp. 107 – 123)

Con ello, nos encontramos con un elemento de comunicación bastante complejo, que definitivamente, involucra diferentes sentidos y significados, dependiendo del contexto – situación.

En este aspecto en particular, debemos ir hacia la cultura, luego a aquello que, se relaciona con la pandemia, para poder entender lo último, que enmarca el título como significado.

Puesto que, los hilos importantes que deben concernir, en cuanto al silencio, están dentro de todos esos marcos formales, informales, algunas veces advertido o inadvertido, demostrando que el silencio, no solamente se dirige con una clara intencionalidad, sino que en su mensaje, notifica más de una consideración

El silencio, está dentro de los procesos que indiscutiblemente se relacionan, entre el hablante o no hablante, el significado que puede llegar a ser ideacional, y la actitud, tanto del hablante o no hablante; y la contra respuesta, con actitud de quien recibe el mensaje.

Aun cuando, pensamos que el silencio, es un tema pueril, quizás algo simple, y por lo cual, carece de sentido y forma, en cada una de las palabras expresadas en ambos textos, se esboza una serie de argumentos, del ¿por qué? no se puede tomar a la ligera, y cuanta coherencia puede presentar, entre quién lo emite y la representación del mensaje.

Lo verdaderamente errático, a veces paradójico o desatinado, está en que a pesar de que el silencio comunica, y eso está demostrado, la verdadera

diferenciación, está en la atención al signo que representa, para quien recibe el mensaje. Generando diferentes consideraciones.

En este momento... (p. 114)⁵ *En el comunicar a veces, hay dificultades, porque es común darle significado, a lo dicho de manera tangible y omitir al silencio, por su ausencia de palabras.*

Debido a que, de manera torpe cuando nos ubicamos en su entorno, el significado constitutivo, evidencia más de un aspecto, en el cual se ve inmerso el silencio, posibilitando combinar algunos rasgos, que pueden desplegar más de un razonamiento posible.

Con ello, dejamos como preámbulo, este aspecto, que aún sigue siendo intangible, y que dentro de sus principios, no parece caracer de tanta formalidad, ni estructura.

Por lo mismo, ¿cómo podemos acoplar a disposición, un elemento que parece intangible, con algo que no lo es; y es la pandemia, como conocimiento?

Este artículo, busca enmarcar de manera reflexiva, precisamente este aspecto; y otros puntos a considerar.

⁵ Calderón, L. En medio de los silencios

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

ACERCA DEL SILENCIO

Por un lado, el silencio, es un tema ininteligible, porque suele ser estimado, escasamente como un elemento inoportuno e impertinente, en momentos de comunicación.

Sin embargo, el silencio, como se ha podido esbozar⁶, como elemento de comunicación, no solo es paradójico, sino que en su significado, suele ser bastante incierto, dependiendo del contexto – situación, en el cual está presente; ya sea de forma manifiesta o tan latente, que suele encubrir, más componentes de lo que parece; y que a simple vista, suele ser confundido con puerilidad.

El silencio, evoluciona dependiendo de los antecedentes históricos, y de las representaciones, en las cuales suele estar inmerso, dejando de forma categórica, o puede ser tan difuso, que se puede interpretar de manera metafórica.

El silencio, ha mostrado como sistema de comunicación, que de acuerdo con los axiomas de Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson Don D.⁷ (1985), está presente: la imposibilidad de no comunicar.

Es por eso que, iniciamos reconociendo lo citado (pp. 29 - 30)⁸

Concibiendo casi innegable, la posibilidad de visualizar el mundo y la cultura, como un potencial de significado; uno, que en cada momento histórico, ha

⁶ Calderón, L. En medio de los silencios. En medio de los silencios: Entre la afonía y disfonía.

⁷ Teoría de la comunicación humana. Interacciones patológicas y paradojas.

⁸ Calderón, L. En medio de los silencios: Entre la afonía y disfonía

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

creado sus propios parámetros, para definir aquello que se considera como realidad, esa que no deja de comunicar; y, por lo tanto, de comportarse.

Para poder desempeñar un papel en la sociedad, se determinan muchos aspectos y representaciones; donde la personalidad puede o no incidir, creando esquemas aparentemente funcionales, que ayudan a participar a la colectividad o a presionar una individualidad.

Donde la propia semántica, carece de simplicidad frente a todo lo que encierra; demostrando con familiaridad que las agilidades incorporan y referencian, a conformidad un subconjunto de relaciones causales, que discretamente se encuentran vinculadas entre sí.

Mostrando que, en estructura y modo, la cultura está presente, dentro de los silencios, y que estos definitivamente, se transforman, en diversos esquemas de signos, cuyos significados son dirigidos con finalidades muy explícitas; a pesar de que, en su gran mayoría se convierte en una singularidad, y un dilema de comunicación, como ya se ha mencionado, no por quién lo transmite o dirige, sino porque quien lo recibe, no tiene todas la complejidades de conjuntos, en los cuales suele encerrarlo, generando un conflicto dentro de la comunicación.

Es por eso, importante a considerar (pp. 33 - 34)⁹

Eso ocurre con el silencio, no se percibe ni se reflexiona en él, sino cuando lo dirige. *El silencio independientemente del tipo, tiene una estimación que difiere del contexto y la cultura. (p. 101)*¹⁰

“Cuando una persona cuelga el teléfono, quiere advertir que tiene el control de la situación, qué su última palabra dicha o no, es la que cuenta, anulando a la otra persona y lo que tenga que expresar” (Ibíd., p. 103)

Por lo que, no hay un pronóstico afectivo¹¹ previo hacia el receptor del mensaje; pero es, notorio que en su autopercepción, tiene delimitada la carga emocional

⁹ Calderón, L. En medio de los silencios: Entre la afonía y disfonía.

¹⁰ Calderón, L. En medio de los silencios

¹¹ Pronóstico afectivo: Proceso de predecir como se sentirá uno en respuesta a futuros eventos con carga emocional.

del mensaje, ese que intenta dirigir con el silencio, indistintamente del tipo que sugiera.

Donde puede o no surgir, una hipótesis de la realimentación facial.¹² Pues si bien, no se puede distinguir en su totalidad, cuando se emite un mensaje a través del silencio; este incide o no de acuerdo, con la expresión de que quien recibe el mensaje puede o no comunicar, llevando a una inferencia.

En otras palabras, no se suele distinguir la verdadera carga emocional que implica un silencio, sino hasta que se recibe; y, en ocasiones, puede ser insuficiente en su real dimensión, generando una doble carga, tanto para el emisor como para el receptor, produciendo una verdadera paradoja en el mensaje.

Así que las diferencias socio culturales, hacen que una expresión dentro del lenguaje, pueda ser relativamente insignificante, o completamente devastadora, dentro del lenguaje.

Probando una vez más, que el silencio, está muy lejos de ser considerado un elemento simple, y carente de sentido y significado.

Sin embargo, aún no nos acercamos al punto teórico, que enmarca este aspecto del silencio dentro de la cultura, el silencio en pandemia, y cómo este se ha visto relacionado con el resto del título del tema a plantear dentro del texto.

EL SILENCIO EN LA CULTURA

Inicialmente debemos continuar con lo anterior (pp. 34 - 35)¹³

¹² Hipótesis de la realimentación facial: Hipótesis que afirma que los cambios en la expresión facial pueden conducir a modificaciones correspondientes a nivel emocional. Kassir, Fein y Markus (p. 58)

¹³ Calderón, L. En medio de los silencios: Entre la afonía y disfonía.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Podemos describir, que al pensar qué el silencio, es solo una pieza claramente definida, en la ausencia de un mensaje entre el emisor y el receptor, se concibe como principal error, tal elemento.

En principio, porque como se visualizó en el libro anterior; no hay una ausencia de mensaje, todo es en sí; es muy por el contrario, pues frente al mismo se concreta el componente *del efecto del centro del universo*.

Eso nos indica, que una vez se emite tal comunicación, se percibe por quien lo dirige, como si la otra persona tuviera el deber de conocer, en real dimensión el mensaje, que se proyecta; y además, la carga emocional que se dirige.

Frente al lenguaje no existe la simplicidad, ni siquiera la palabra casa, es tan concreta como parece; ahora bien, el silencio con todas sus connotaciones, está lejos de predecirse por sí mismo.

Es entonces, cuando el problema encierra diferentes connotaciones; por un lado, se ha podido percibir al silencio, como un elemento de comunicación, y un signo, que parece tener más pluralidades de las percibidas dentro del lenguaje.

Ahora, en cuanto a la cultura y el silencio (pp. 36 – 37)¹⁴

Aún cuando se cree que se puede visualizar las nociones; siguen siendo bastante deficientes o inoportunas; pues frente al entorno y diferencias culturales, de personalidad, y otros aspectos; es complejo llegar a un pronóstico adecuado.

Ese que el emisor espera de la otra parte; y, que quien lo recibe puede considerar emitir.

A pesar de que... *las palabras desactivan ese escudo, que a veces usan algunos; para no admitir aquello que encierran con su silencio; pues con la misma buscan atesorar lo que no quieren revelar.*¹⁵

Seguimos en ese sistema; donde el lenguaje a través del silencio es funcional, interpreta y significa.

¹⁴ *Ibíd.*

¹⁵ Calderón, L. (p. 119)

Sin embargo, a la vez, hay una discontinuidad que permita al hablante; poder llegar a diferenciar entre esa gran variedad de condiciones, para así vincularlo con la rapidez, considerada en el sistema social.

En especial, en este tiempo, donde se considera de que todo es inmediato, sencillo y situacional; dejando lo simbólico dentro de un espacio, donde no es a conformidad, con lo que se requiere en términos pragmáticos, para la sociedad o los otros.

Como se ha podido introducir, el silencio, puede ser un escudo muy utilizado en la comunicación humana.

Donde se destaca, la imposibilidad de corresponder; pues hay que enfatizar, en que no es igual a la imposibilidad de no comunicar; ya qué, como se ha evidenciado es todo lo contrario; siempre tiene la posibilidad de responder, de forma intencional y muy consciente.

Por lo qué, retomando el concepto de cultura de paz, ha sido su opuesto; ese qué, a través del miedo es el que se presta, como principio tipificado.

Puesto que, el silencio dentro de la cultura, está más presente en una cultura y educación para la guerra, que solamente será tomada en consideración, dentro de estas palabras.

En esa predisposición para que el ser, en su individualidad o colectividad se sosiegue, requiere desarrollar impresiones en su mente; como por ejemplo, las guerras, el 11 de septiembre y hoy, la COVID 19.

Aún apilando evidencias de los sucesos en tiempo real; se busca evadir, infringir o subestimar los hechos; pues aun con el aumento de precedentes, sigue persistiendo la desconfianza, frente a qué, algo semejante no le pasará.

Generando diversas reacciones en la población, pero eso ¿qué tiene que ver con el silencio?

La atribución a simple vista, es que el silencio, no parece estar inmerso dentro de la sociedad; y más en los momentos históricos relevantes, siendo otro verdadero error.

Puesto que, la principal reacción, frente a los desafíos que se sobrevienen en la cotidianidad, que generan miedo, terror y demás, es el silencio.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Demostrando que en la interacción específica; el silencio, se vincula muy a conformidad, coexistiendo como un participante activo mediático.

La sociedad y más la contemporánea, aplica el sistema de cultura de paz, ya descrito en páginas anteriores, con la definición de UNESCO.

Las confrontaciones, la desigualdad y la violencia son el vértice; eso es completamente invariable; pues en ellas se distingue la desconfianza, la inseguridad, la violencia y por lo tanto el miedo.

El miedo, vuelve a ser la antesala de la cultura, perpetuándose como un verdadero indicador, consigo y los otros.

Es por eso, que al situarse por las alternativas y posibilidades; el silencio, siempre se sitúa donde está a la vista, pero no es reconocido como de costumbre.

La violencia, suele ser un elemento de comunicación muy constante, en nuestro paradigma, donde a la vez, deja claros sus mensajes, posibilitar demostrar mediante sus acciones y conductas, que su diálogo va encaminado, hacia el odio hacia sí mismo, del ser, y los otros.

Haciendo hincapie, en que, no nos interesa saber de manera consciente, que el panorama siempre va orientado a generar miedo, vulnerabilidad, debilidad, que la descalificación, el uso agresivo de las palabras, con sus distintas tonalidades, e incluso el silencio, está enmarcado, en un principio de control y dominio hacia el otro.

Es más fácil abrirse camino, de esta manera, que aceptar sus propias inseguridades, debilidades y vulnerabilidades, pues desviando está atención, se puede ir, sin mediar, sin dialogar; y definitivamente así logra avanzar.

De hecho, todas las comunicaciones cotidianas, se desenvuelven en esta direccionalidad, pues una sociedad ensimismada, llena de miedos, es más fácil de timar, y dominar.

El silencio en la cultura, a veces gira en torno a la descalificación, no solamente de la comunicación en sí, sino del otro. Demostrando, que es más fuerte de lo que parece.

... (pp. 40 – 41)¹⁶ Como se ha podido entrever, el mundo gira en torno a diferentes atributos, la necesidad de poder, ambición, envidia, desprecio, es perentorio, pues habita de forma subyacente entre la cotidianidad.

Donde específicamente no suele ser contemplado; pero si es admirado por terceros, como una característica que debe predominar y ser reconocida.

Sin embargo, es indiscutible que en el mismo haya una aceptación, de que esa posibilidad sugiera proporcionar ese alivio a la necesidad de frenar con nociones; que en consecuencia, van más encaminadas a un análisis de la angustia.

Una qué, esta bien cimentada en la cultura y que se enmascara, en muchos otros componentes; para poder avanzar sin poner su posicionamiento en evidencia.

¿Qué tiene que ver el narcisismo y el silencio?, es posible qué entre ambos; hayan más de una coincidencia, enfatizando su fragilidad.

La sociedad está claramente constituida; en una serie categorías que en ese deber ir, va de la mano con el desarrollo del ser.

Si bien, nos gusta concebirnos como una cultura altamente robusta y adelantada; pues ella está en realidad, demacrada para ser más precisos.

Pero eso, no significa que no haya características, que si se puedan rescatar; y qué a su vez no sea funcional.

Pues a pesar de todas las reacciones y construcciones caóticas; que se han querido preservar, como la crueldad y la violencia, que constantemente son estimuladas por muchos.

¹⁶ *Ibíd.*

Hay exigencias que van en línea y proporción, en un sentido contrario; pues entre sus matices, se conjugan muchos que se interpretan de acuerdo a sus realidades.

Aún así, seguimos viendo el silencio, como algo lejano dentro de la cultura, y es ahí, donde intentaré definir, para dar continuidad con el siguiente punto, dentro de éste artículo.

... (pp. 42 – 43) Frente a estas influencias constitutivas desde los patrones de crianza; el silencio se mantiene y se incita, como elemento situacional; ya sea de características punitivas¹⁷ o cómo expresión de afecto¹⁸.

Bajo éstas representaciones sigue el yo, intentando mediar; en este caso como observador,¹⁹ *cuando existen entre ambos, sistemas de vecindad, el yo cumple admirablemente un papel de observador del ello.*

(Ibíd...) En cambio en el yo, el curso de las representaciones hállase sujeto a estrictas condiciones que sintéticamente denominamos “proceso secundario”. Tampoco los impulso instintivos pueden lograr espontáneamente la satisfacción buscada, requiérese de ellos consideraciones a las exigencias de la realidad y; además, respeto por las leyes éticas y morales que desde el superyó quieren determinar el comportamiento del yo.

Como se puede observar acerca del yo social, como catalizador está siempre presente; razonablemente es posible; por lo menos, desde su perspectiva para poder fortalecer o apoyar a esa persona.

Pero también, en la masa, se constituye una fuerza extraordinaria, donde no el yo, como individuo se desvanece, para preservar la colectividad; y así poner de acuerdo con ese calificativo, atribuir un efecto sobre cada consecuencia tomada dentro del grupo.

Como se puede entrever, dentro de estas líneas un tanto difusas, el silencio, no solamente está presente dentro de la sociedad, la cultura, nuestros patrones de crianza, la soledad, sino que además, está como suceso de dominio hacia el otro; y como opuesto, enmarcado, como una expresión de afecto; donde las emociones, están mucho más presentes y expuestas, de lo que un silencio, parece comunicar.

¹⁷ Calderón, L. En medio de los silencios (pp. 100 - 112)

¹⁸ Ibíd., (pp. 73 – 100)

¹⁹ Freud, A. El yo y los mecanimos de defensa (pp. 16 – 17)

El silencio en la cultura, nos muestra que codificamos y decodificamos, más de una expresión, que esté presente dentro de la cultura, el ser; y por lo tanto, los otros.

Poder acercarnos, de manera significativa al silencio, requiere una atención más allá de la puerilidad, en la que la comunicación, suele ser considerada; pues entre más simple, de modo alguno, genera una percepción reduccionista.

Sin embargo, hay que dejar esa brecha de simplicidad, entre preguntas, pues es inevitable, que por un lado, entre más funcional, simplista y vacua la comunicación, mucho mejor, para la comprensión de un ser humano, que necesita transitar, en un camino de mera practicidad; y requiere de esa atención, para ir en esa vía.

Aunque insistamos, que casa, sea una palabra que todos manejemos, nunca podrá coincidir en representación, y significado para todos, porque cada palabra tiene cargas no solamente semánticas, sino que también, están enmarcadas, en esos paradigmas socio históricos, en esos patrones de crianza, en aquella personalidad, que por muy extrovertida que sea una persona, es completamente distinta a otra; por más que queramos generalizarnos; sin olvidar, a la afectividad, que también es una variable a estimar, de una forma altamente considerable.

Por lo cual, nada es tan simple a la vista, por más que queramos percibirlo de esa manera, tan automática; pues en ocasiones, ese es más un escudo, que nos permite darle una forma al lenguaje, para poder descartar más ecuaciones, que están inmersas dentro de la comunicación.

Una, que, en términos suele parecer conciliar, pero que en estructura, solemos disgregar y abandonar, por constreñirnos, en un relieve de funcionalidades participativas.

Ahora bien, el silencio en pandemia, esta ajustado en el tema de las afecciones y necesidades.

EL SILENCIO EN PANDEMIA

Daremos inicio, con el tema de **Pandemia por la Covid 19**, según la OMS²⁰ ... *La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China).*

(p. 13)²¹ Una enfermedad de la cual, nadie tenía conocimiento, y cuando se informó, pues lamentablemente, ya no había razones para la prevención, de lo cual, se deja en interrogante, debido a que era necesario e indispensable, iniciar medidas que si son viables, como la mitigación y contención.

Elemento que desencadenó, una serie de absurdos de toda índole, y que aún, se sigue en medio de esa inopía, donde de forma consultiva, creen que están debidamente informados, para tomar juicios, prejuicios y desvaríos de toda clase.

Se registraron una serie de definiciones, que conllevaron a la Covid 19, como elemento de pandemia, a toda serie de situaciones, donde se ajusto y moderó, exacerbó y oprimió más de una necesidad, entre ellas forzar, abusar y violentar a las personas, en medio de una necesaria inmovilización para impedir, la propagación de este virus, que aún sigue desencadenando más de un malestar y dolor a las personas.

Por una parte, nos encontramos con las afecciones y lo planteado (p. 76)²²

El malestar causado por afecciones, permite reconocer; por una parte, la sensación subjetiva que percibe y que no se puede describir.

Por el otro, por muy disminuido que está ese rostro, es completamente difícil poder descubrir en ese otro, las lesiones o dolencias, donde finalmente atiende a lo más cercano, produciendo del mismo, algo que no deba expresar ni manifestar.

Es por eso qué, antes de llegar a definir tan siquiera, cualquier interacción en la cual coincide, el silencio y la enfermedad o las afecciones.

²⁰ <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>. Consultado (2/9/2021)

²¹ Calderón, L. En búsqueda de las subjetividades. Una educación para la salud mental.

²² Calderón, L. En medio de los silencios: Entre la afonía y disfonía

Debido a que en estructura, es inevitable que las afecciones, no dejen de ser impulsadas dentro de las políticas públicas, pues permiten ajustarse, dentro de la normatividad preexistente, que va en una vía contraria, de lo que en definición se plantea como salud, para la OMS.

La misma explicación, se entiende en función lógica, en sentido, se requiere avanzar sin un esquema de prevención a las enfermedades, para poder llegar al punto crucial, mitigación y contención. Una palabra muy recurrente, en nuestra cotidianidad.

Como mencioné (pp. 82 - 83)²³

Causando que la relación cultura - enfermedad, siga siendo diferenciada por el contexto situacional que embarga; pues, el mismo puede diferir dependiendo de la representación que implica para esa región y a otra no.

Mostrando que la salud o la ausencia de la misma que provoca la enfermedad, siga en esa delgada línea, que no suele ser percibida.

Algo que no es desconocido, pues para determinar políticas públicas, hay que reconocer, que la ausencia de las mismas, marcan una tendencia y ciertos procedimientos en materia de salud.

Es por eso que, mientras estamos hablando de salud, políticas públicas, la interacción social, a través del lenguaje es determinante.

Es en la interacción entre diferentes seres humanos particulares —antes incluso de que podamos hablar de un proceso de individualización en el que nos constituimos como personas— donde aparece una precondition fundamental del lenguaje: la constitución de **un dominio consensual**. Hablamos de consensualidad dondequiera que los participantes de una interacción social comparten el mismo sistema de signos (gestos, sonidos, etcétera) para designar objetos, acciones o acontecimientos en orden a coordinar sus acciones comunes. Sin un dominio consensual no hay lenguaje. Una vez que aceptamos lo anterior, no podemos seguir considerando al lenguaje como una propiedad individual. El dominio consensual se constituye en la interacción con otros en un espacio social. Echeverría, R., (p. 31)²⁴

²³ *Ibíd.*

²⁴ Echeverría, R. *Ontología del lenguaje*.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

La cultura posibilita ese dominio consensual, llevando a que el mensaje primordial; es que, no está para la prevención de la salud, sino para la mitigación y contención de las enfermedades.

De lo contrario, no hubieran existido tantas epidemias, que de una u otra forma, son determinantes en la seguridad, calidad de vida y la disminución de indicadores.

Las afecciones son necesarias para la cultura más que el bienestar; lo que comunica que, en esta cultura, la sociedad va encaminada a que experimente varios riesgos, y dilemas para involucrarse en ciertas paradojas frente a su proceder.

Dando por sentado, que desde luego, lo que se comunica con el lenguaje y la salud, está en la norma de la enfermedad, en un esquema de comportamiento, relativamente satisfactorio para todas las partes.

Permitiendo al mismo tiempo, poder vincularlo, con un sistema que en su mayoría carece de sentido y forma, pues aunque, son heroes y lo han demostrado. Y ese tema no queda en discusión.

Aquellos que, van a consulta externa por una dolencia, se encuentran con un panorama²⁵

Pero que equilibrio, puede haber en los pacientes, si los servicios y cuidados son insuficientes y ¿cómo eso puede mejorar su calidad de vida? Si no hay un respeto por los deseos del paciente, a veces ni se les escucha o se les cree aquello que refieren y deambulan de un lugar a otro, como un juguete, sin dignidad, ni sentido de pertenencia así este o no afiliado; pues cabe señalar que en ocasiones, no se les cree sobre sus síntomas; y solo cuando es tarde, se les detecta las enfermedades, que pudieron haber sido prevenidas o tratadas a tiempo.

¿Qué ocurre con la afectación emocional de todo ese tiempo? ¿Con el trato de esa persona, como si se le hiciera un gran favor por recibirle? Cuando se deben disponer de tratamientos y adaptarlos a las necesidades de los pacientes.

¿Es seguro para una persona tener una afiliación?, ¿los agentes podrán brindarle lo que requiere?, cuidarle lo mayor posible de los efectos colaterales

²⁵ Calderón, L. la deshumanización médica - hospitalaria y sus consecuencias. ISSN: 2313-349X (2015) pp 74 - 92

de los psicofármacos, o darle prioridad a sus atenciones, para disminuir o mejorar su deterioro psicofísico.

Cada valor cambia, cuando se involucra el tener, más en aparentar que ser; y es cuando la ética puede ser subjetiva. Porque en principio, puede responder a otras demandas más agradables. Ante el gran aumento de pacientes, hay que liberar la mayor cantidad posible al menor consumo; y eso incluye hasta el lenguaje; palabras que inciden de manera efectiva, que no tienen gran costo pero cuestan emitirlos.

Quiero dejar manifiesto que las discriminaciones, omisiones e iniquidades no ocurren en todos los casos; pero existen esos profesionales que van circulando en hospitales, y forman estudiantes con las mismas características.

Sin contar, que si no están observando sus celulares, están en un congreso virtual, dejando de lado, la humanización del paciente y su apreciación del dolor.

Ni hablar del trato, en algunos casos, de los pacientes adultos mayores, donde con una alta dosis de indiferencia, son recibidos; e incluso agredidos de manera verbal, y menospreciados frente a sus malestares, sentimientos y emociones.

Estos esquemas relacionales, que están marcados dentro de la atención hospitalaria, muestran que a veces, ni siquiera escuchan lo que se les indica, y con aquello, que solo pueden enfocarse en un solo tema, dejan de valorar una serie de multivariantes que pueden desencadenar un trastorno, pues, se enfocan en tener la razón, de lo primero que inicialmente escucharon, más que tener una imagen precisa del contexto – situación.

Frente a tanta torpeza e insignificancia, en la cual se trata a los pacientes, nos encontramos, con lo que queremos resaltar dentro del artículo, para no desviarnos del verdadero propósito.

... (pp. 85 – 86)²⁶ En este sentido los códigos, que se suelen manejar por la cultura, en la que cada quien está inmerso, se hayan a través de opciones; y predicciones que se construyen con el habla, a través del lenguaje.

²⁶ Calderón, L. En medio de los silencios: Entre la afonía y disfonía

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Al igual que, el silencio, solo se sabe por aquello que se observa y se socializa en el proceso.

En este caso, el dolor físico, el silencio, la salud, es una construcción que viene desde la infancia, con sus respectivas representaciones, esas que nos posibilitan un contacto directo con la realidad.

Esa realidad que a su vez, es una cimentación de un conjunto de principios entre significado y significante.

Las diferentes expresiones, que suelen presentarse con relación a las afecciones físicas, conllevan a muchos puntos cruciales, que deben ser reconsiderados, ya que nos estamos acostumbrando, a desarrollar un lenguaje bastante dudoso, altamente hostil, y muy accidentado desde nos-otros.

... (pp. 91 – 92) Lo mórbido no tiene cabida, solo los hechos de que la salud, las afecciones o enfermedades y el silencio, comunican.

En tiempos de pandemia o enfermedad simple, siempre hay una nube que encubre información; donde el silencio, es la mejor fuente para comunicar, lo que no se espera difundir.

El estrés en el que se vive cotidianamente, es inevitable, ahora con variables extrañas como un virus, alcanza un mayor índice.

La tendencia lleva a que la comunicación siga por un camino, más arduo y espinoso.

Puesto que, aunque se viva en factores de riesgos constantemente, la orientación va a la preservación de la vida, una donde no había una invitada tan presente que nadie quiere conocer.

Salvo por aquellos necios, que se asoman provocando una preocupación creciente; por su falta de sentido común, y responsabilidad por sí mismo y, la sociedad.

El silencio en la sociedad, asume su posición, esa que cada quien debe reconocer como el denominado autocuidado, uno que no debe dejar de ser persistente.

Ese silencio, es discreto, un tanto torpe, generando razonamientos confusos. Pues su principal propósito, está presente en cada uno, y ese es, el miedo a lo desconocido.

Una angustia que puede ser insostenible, entre el pánico, las fobias, y otros trastornos.

Que en este momento no son de mayor conmoción; pero que en su coyuntura, la intranquilidad, el desasosiego se hará insostenible, afectando la salud física y la salud mental de la mayoría.

Frente a este aparente silencio, ese que se sostiene en las casas, sobre los que están enfermos, y la ignorancia frente al miedo de lo desconocido.

Lleva a prejuicios peyorativos, unos que definitivamente no aportan, sino que agravan la situación.

Debido a que en primera instancia, se sirve para llamar la atención de lo que no debería estimarse; y se desestima los esfuerzos, en los que, se debería hacer mención en el momento.

Dañando la comunicación, generando esos estados confusos, disonantes y alterados, que mortifican, debido a que llevan a un estado de violencia innecesaria, insensata e ignorante.

Los cambios que se vinculan a características claramente sociales, como lo ha sido vivir en pandemia por la Covid 19, han mostrado nuevas relaciones en nuestro vocabulario, que en posición ha encontrado toda clase de asistencias, como la violencia, que es defendida, enmascarada y protegida, por las políticas concediendo grandes distinciones, al perjuicio directo o indirecto hacia otros, otras.

Frente a tanta fineza, nos hemos olvidado, de que en perspectiva todo cambio, es amparado como testigo radical, justificando, más de una acción contraproducente.

La pandemia por la covid 19, no solamente ha encerrado una serie de fábulas, sino que se han creado nuevas quimeras, que se circunscriben en el silencio, como variación de vinculación en el lenguaje.

Con respecto a la muerte en pandemia²⁷, es una de las más inmerecidas formas de morir.

Puesto que, se está expuesto a una serie de agentes infecciosos que no quisiera, pero aún así el agente esta presente, para substraer todo lo que tiene

²⁷ Calderón, L. En medio de los silencios: Entre la afonía y disfonía. (p. 181)

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

para sí, si se lo concibe; y en esa dualidad de ceder ante la enfermedad o no, se llega a ese fin último.

Uno en el que el fundamento de la afección, es perentoriamente mayor a lo que en conocimiento puede llegar a asimilar, generando tanta exigencia física y psicológica, que, no hay cabida para nada más.

(pp. 16 – 17)²⁸ ... Lo cual, no es impensado, los desenlaces de estrés, angustia, ansiedad y demás que pueden generar, tanto a las personas que lo padecieron, como a sus familiares y cercanos. O, sencillamente, a la sociedad en general, de percibir todas esas imágenes donde las personas, solamente representan un número estadístico de decesos. Sin ritos, ni posibilidades de despedidas.

Además, el tener que reconocer algo que inconscientemente, está en constante negación, la posibilidad de que el ser, es precedero. El ser, finito en tiempo y espacio, uno donde constantemente está expuesto; lo que conduce a ese estado de indefensión o vulnerabilidad emocional.

El panorama actual, nos ha mostrado, además, que la pausa, por denominarla de esa manera, en la interacción social, ha sido un aprendizaje, que se encamina en estructura a un nuevo cambio social, a una desensibilización de nuevas temáticas; y a un lenguaje, que en definitiva nos encamina a una realidad, un tanto más desvinculada de lo que ya está predispuesta.

Hemos de entender, que en la vida cotidiana, ha de dar continuidad, y que la sociedad en particular, ha generado nuevas subjetividades, frente al tema de la muerte, estableciendo nuevas expresiones y variables, de las cuales seguimos sin percatarnos.

Mientras la situación siga determinando, esos esquemas hacia donde debemos dirigirnos, cumpliendo con nuestros quehaceres, debemos de familiarizarnos en que las conductas como: salud mental, muerte, violencia, edadismo, no tengan ninguna relevancia, o se hayan vuelto tan básicas, que no se requiere dar ninguna trascendencia.

Se ha podido reconocer, que la Pandemia, ha traído una nueva opción perturbada de nuestro sistema social, lo cual, posibilita la justificación de alusiones frecuentes, devastadoras.

Como hemos podido visualizar, a través de algunas citas referenciadas por diferentes artículos, nos encontramos con que el silencio, se mueve en diferentes

²⁸ Calderón, L. (2021) En búsqueda de las subjetividades. Una educación para la salud mental

direccionales, conviviendo con cada una de ellas, personificando a veces, al antagonista de la historia, permitiendo y posibilitando espacios, donde no se puede concebir, que está presente, como en el caso de la *violencia de género*, que no se citará acá, pero que igualmente, está más presente y expuesto, de lo que se concibe.

El silencio en pandemia por la Covid 19, desencadenó nuevas posibilidades de ir en detrimento, reconocer que se puede utilizar, como elemento de dominio hacia los otros.

Con tal bajeza, que, muchas veces se esconde entre el secreto y la mentira, para poder justificar cada acción de violencia y muerte, que en conducta justificada, se ha permitido, en especial, con la violencia de género.

Al igual que, sin despedidas, ni ritos, el silencio, ha sido la única manera de despedir a ese ser, que haya o no muerto por la covid 19, tuvo que ser soltado de ese vínculo, que solamente quedará en una remembranza, o quizás, solamente sea un buen o mal recuerdo. Pero que, para muchos que han estimado, no tuvieron ni tan siquiera la posibilidad, de acompañarle en ese último adiós.

Ahora bien, el silencio en pandemia, ha sido una posibilidad, no solamente para encubrir, aquello que no se quiere decir a voces, frente al virus, la sociedad, el ser y nos-otros.

Sin embargo, en medio del caos que ha acontecido, en este tiempo tan incierto, y que parece tener, un ápice de esperanza, nos ha mostrado, que a diferencia de

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

muchos otros elementos, la ciencia se ha reencontrado, generando acuerdos de cooperación entre naciones, con el fin de no erradicar, pero si mitigar una dificultad, que parece querer seguir manteniendose, y manifestando, que el miedo, es lo que sigue dentro de la comunicación.

A través de diversos espacios académicos, muchos han podido expresar, más de una inquietud, posibilidad para aportar, construir nuevos elementos de trabajo, pero sobre todo, ha contribuido a cargarnos de valor, para resaltar que es necesario, que la comunicación continúe, por muy abrumada, difícil, incierta, codificada y enmarañada posible.

En términos, hemos llegado a un punto crucial, no solamente de virtualidad, donde la vacuidad, la desinformación, el hostigamiento y la simpleza, puede tener cabida.

Reconociendo la última, no como ese estado de comunicación, que lleva a un bienestar zen. Pues es un punto muy válido, donde la armonía requiere de ciertas concesiones, para se constituya de manera específica. Creando una variación del lenguaje, donde las palabras, silencios tienen sus propias representaciones.

Sino que cada palabra, silencio, conlleva a una conducta, comunica; y por más que haya una resistencia, tiene un equivalente en proporción y magnitud, codificada, decodificada, torpe, incierta, difusa, ambigua y hasta desconcertante. Por lo cual, no puede ser concebida, como simple.

Sin embargo, el punto culminante de este artículo, es reconocer que el silencio, está más presente de lo que nos hemos percatado; y que, la pandemia, contribuyó en algunos hogares, a consolidarle como elemento de comunicación, ya sea punitivo o afectivo.

Que la sociedad, está demostrando que pese a todos los obstáculos, que se han presentado, está en la búsqueda de la preservación del ser humano, un tanto desvinculado de sí, y los otros; pero que, aún se requiere de reconocer, que el equilibrio, no solamente es estar en función de..., sino que, además hay otros elementos que comunican, como los animales, (mascotas), el medio ambiente, que requieren ser igualmente preservados, y no abandonados entre la ignominia y el silencio.

Que además, el reencuentro de las ciencias, como titulé este artículo, es una posibilidad a observar con mayor detenimiento, que la comunicación va más allá de unos emojis, que incluso, estos mismos en esas comunicaciones, palabras o silencios, expresan más de lo que deberían; y ocultan más de lo que apreciamos.

La sociedad, la comunidad académica, requiere comprometerse a encontrar espacios, donde pueda manifestar frente a una construcción equilibrada, de lo que implica el crecimiento del ser en sí, para sí, no sin sí, para otros.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Naturalmente el silencio vincula y desvincula, todo lo que en perspectiva quiere incidir, demostrando que nada queda al azar con él.

Debido a que como signo y su contradicción, solo va en concordancia con el significado, que le corresponde en esa comunicación, entre el hablante (no hablante) y el oyente.

El desarrollo del lenguaje, es impreciso, es inexacto y aunque tiene muchas referencias que le anteponen, sus configuraciones no son literales.

Pues en la más pequeña omisión, en el silencio; hay muchos componentes simbólicos, que en términos se relacionan con un sentido muy estructurado, a pesar de que para otro no le sea propio ni conforme.

Con esta naturaleza procedemos a encontrarnos en un universo lingüístico, uno que es producido por una distinción donde se interpreta, que, el silencio no solamente, puede ser explicado dentro de un proceso físico y material.

Sino que también, como lenguaje, está en correspondencia con los más intensos significados subyacentes; aquellos que, no pueden ser factores situacionales teóricos, sino que en su dirección encamina a muchas contradicciones y ambigüedades, explicando por sí, todas las dificultades que se pueden presentar.

Por lo que es común, seguir por la vía de ensordecernos, para silenciar todo lo que en definitiva reserva el silencio, y todo lo que, además incluyó el mismo dentro de la pandemia por la Covid 19.

Cabe discutir que es necesario, proporcionar consistencias que relativamente, lleven a un mejor análisis y comprensión del silencio, como signo. Reconociendo, todas las multivariantes, donde puede estar presente, a pesar de verse ausente para muchos.

BIBLIOGRAFÍA

Calderón, L. (2015) En medio de los silencios. Autores editores. 2 edición

Calderón, L. (2021) En medio de los silencios: Entre la afonía y disfonía. Autores editores

Calderón, L. (2021) En búsqueda de las subjetividades. Una educación para la salud mental

Calderón, L. (2021) Discernimiento en Latinoamérica. El silencio: como expresión de afecto y como suceso de dominio.

Calderón, L. (2015) La deshumanización médica - hospitalaria y sus consecuencias. ISSN: 2313-349X (2015) pp 74 – 92

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, OEA. Derechos humanos de las personas con covid-19 (Adoptado por la CIDH el 27 de julio de 2020)

Echeverría, R. (1994) Ontología del lenguaje. Lom Ediciones S.A

Freud, S. (1922) Obras completas. Traducido por: Lopez Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva, S. L. España. Siglo XXI Editores. Segunda Edición. 3433 pág. 26 tomos.

Gross, R. (1994) Psicología. La ciencia de la mente y la conducta. Ed. Manual Moderno.

Kapsambelis, V. (2012) Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto. Fondo de cultura económica

IASC (2020) Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19

OPS (2020) Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) Durante la pandemia

Watzlawick, P. (1977) El Lenguaje del cambio. Técnica de comunicación terapéutica. Herder Editorial. Segunda edición

Watzlawick, P. (1979) Es real la realidad. Confusión, desinformación, comunicación. Herder Editorial.

Watzlawick P., Beavin, J., y Jackson, D. (1985) Teoría de la comunicación humana. Interacciones patológicas y paradojas. Ed. Herder

Zubieta, E. Valencia, J. y Delfino, G. (2014) Psicología social y política. Procesos teóricos y estudios aplicados. ECOE ediciones. Segunda edición.

URLS:

BBC News. Por qué la pandemia de covid-19 ha dado lugar a tantas teorías conspirativas que ponen en riesgo la batalla contra el coronavirus. 2 de noviembre de 2020. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54706193>
Consultado (2/9/2021)

Human Rigths Watch. El COVID-19 aumenta la xenofobia y el racismo contra los asiáticos en todo el mundo. Se necesitan planes nacionales de acción para frenar la intolerancia. Mayo 12, 2020
<https://www.hrw.org/es/news/2020/05/12/el-covid-19-aumenta-la-xenofobia-y-el-racismo-contra-los-asiaticos-en-todo-el-mundo> Consultado (2/9/2021)

OASH. Oficina para salud de la mujer. Departamento de salud y servicios humanos de EEUU. <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/effects-violence-against-women> Consultado (4/9/2021)

OMS. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19): Vacunas. 28 de octubre de 2020
[https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-)

[vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=EAlaIqobChMllbCTwuTj8gIVj-DICh3dpAzNEAAYASAAEgLn6vD_BwE](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=EAlaIqobChMllbCTwuTj8gIVj-DICh3dpAzNEAAYASAAEgLn6vD_BwE) Consultado (2/9/2021)

OMS. Envejecimiento : edadismo. <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/ageing-ageism> Consultado (7/9/2021)

OMS. Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. 17 de septiembre de 2020. <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who> Consultado (2/9/2021)

OMS. Información básica sobre la COVID-19. 12 de octubre de 2020. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>. Consultado (2/9/2021)

OMS. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. 10 de octubre de 2020. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey> Consultado (2/9/2021)

OMS. Preguntas y respuestas sobre la COVID-19 y las mascarillas. 1 de diciembre de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-masks> Consultado (2/9/2021)

OMS. Violencia contra la mujer. 8 de marzo de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> Consultado (2/9/2021)

OMS. Violencia contra los niños. 8 de junio de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children> Consultado (4/9/2021)

OMS. Maltrato de las personas mayores. 15 de junio de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse> Consultado (7/9/2021)

OPS. Salud Mental y COVID-19. <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19> Consultado (2/9/2021)

RESEÑA

Liliana Andrea Calderón Garzón

Directora de Psychology Investigation y Sciences PI Journal.

Psicóloga. Consultora internacional. Especialización en docencia superior. Experta en psicología y métodos de investigación. Especialista en psicología preventiva. Experta en psicología del pensamiento. Especialista en psicopatología clínica. Maestría en educación. Candidata a Doctora en educación.

Autora de libros como: Viviendo entre el miedo. Una Carta. Entre Líneas. Cuando una mano no basta. En medio de los silencios. Acercándonos a nuestra praxis. Creencias vs realidad. (Reconociendo lo involuntario del inmigrante). Solo palabras indeterminado. Psicologizando. Solo palabras categórico. A, B, C: Por una

educación sin disparidad. Adagios. Psicologizando (Máscaras y arquetipos). En medio de los silencios (Entre la afonía y disfonía)

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA DIABETES

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR THE CONTROL AND PREVENTION OF COMPLICATIONS OF DIABETES

Gloria Cabrales Pinto
Universidad Metropolitana
Grupo CEPUM
Colombia

Investigación Cualitativa – Psicología de la salud

RESUMEN: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

Se clasifica en tres categorías: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1- ausencia de síntesis de insulina), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2- incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina) y Diabetes gestacional (hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo). La Organización Mundial de la Salud -OMS, plantea la DM como una enfermedad crónica, cuya afectación a nivel mundial es elevada. Según cifras de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) del 2019, ella afecta a todos los grupos etarios sin importar la geografía ni los ingresos; tres de cada cuatro personas diabéticas (352 millones) se encuentran en edad laboral (20 a 64 años) y una de cada cinco personas mayores de 65 años tiene diabetes. La diabetes no diagnosticada o tratada de manera inadecuada, genera riesgos y

complicaciones graves como infartos cardíacos o cerebrales, insuficiencia renal, ceguera, amputación de extremidades inferiores e incluso la muerte.

A partir de la realidad anterior aparecen los modelos de atención integral para el paciente con diabetes desde las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) reglamentadas por la Resolución 0518 del año 2015; y en Colombia se expide la Guía del Ministerio de Salud y Protección Social, con objetivos y alcances para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la DM 2 en la población mayor de 18 años que implica tratamiento farmacológico apoyo de profesionales y especialistas, el manejo nutricional y ejercicio, como se pudo constatar las guía y protocolos muestran el énfasis en la parte médica y no hay dudas de su importancia, pero no contemplan los beneficios que el abordaje psicológico brindaría al proceso de control de DM.

Es hacia ese punto que se enfocó el proyecto al diseñar un protocolo para la atención psicológica individual a implementarse a pacientes diabéticos hospitalizados en el Hospital Departamental en el municipio de Sabanalarga (HD de Sabanalarga) en el Atlántico, y luego de manera consecuente replicarlo en otros centros hospitalarios con convenios con la Universidad Metropolitana. Se privilegia la valoración psicológica, con instrumentos de recolección de información como la observación directa y entrevista clínica semiestructurada para conocer los factores de riesgo que influyen en las complicaciones que generan la baja adherencia al tratamiento; se abordaron aspectos estructurales de la personalidad y elementos psicológicos y emocionales que estaban obstaculizando el control de la DM. Este protocolo contribuye en la aceptación de la enfermedad y la adherencia al

tratamiento mediante la óptima gestión del tiempo dedicado al acompañamiento individual orientado por el Modelo Psicológico de la Salud (Ribes, 1990), al identificar e intervenir las conductas instrumentales directas o indirectas, de riesgo o preventivas según el grado en que afectan la vulnerabilidad biológica de las personas incidiendo sobre las enfermedades biológicas y las conductas asociadas a ella.

PALABRAS CLAVES: Diabetes, adherencia al tratamiento, control de la diabetes, prevención de complicaciones, conductas de riesgo, atención psicológica.

ABSTRACT: Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease that occurs when the pancreas does not produce enough insulin or when the body does not use effectively the insulin it makes

DM is classified into three categories: Type 1 Diabetes Mellitus (DM1- absence of insulin synthesis), Type 2 Diabetes Mellitus (DM2- inability of the body to use insulin effectively) and Gestational Diabetes (hyperglycemia that is detected for the first-time during pregnancy). The World Health Organization -WHO, considers DM a chronic disease, whose worldwide involvement is high. According to 2019 figures from the International Diabetes Federation (IDF), it affects all age groups regardless of geography or income; three out of four people with diabetes (352 million) are of working age (20 to 64 years) and one in five people over 65 has diabetes. Undiagnosed or improperly treated diabetes leads to serious risks and complications such as heart or brain strokes, kidney failure, blindness, lower limb amputation, and even death.

From that previous reality issue, the comprehensive care models for diabetic patients included in the Comprehensive Health Care Routes (RIAS) regulated by

Resolution 0518 of 2015; in Colombia a Guide of the Ministry of Health and Social Protection was issued, with objectives and scope for the diagnosis, treatment and follow-up of DM 2 in the population over 18 years of age, implying pharmacological treatment, support of professionals and specialists, nutritional management and exercise. It was possible to verify that the guidelines and protocols show emphasis mainly on the medical part, and no one doubts its importance, but they do not consider the benefits that the psychological approach would provide to the DM control process.

It is towards this point that the project was focused in designing a protocol for individual psychological care to be implemented for diabetic patients hospitalized at the Hospital Departamental in the municipality of Sabanalarga in the Atlantic State, for its further replication in other hospital centers with agreements with the Metropolitan University. Psychological Valuation is privileged, with information collection instruments such as direct observation and semi-structured clinical interview to know the risk factors that influence the complications that generate low adherence to treatment. Structural aspects of the personality and psychological and emotional elements that were hindering the control of DM were addressed. This protocol contributes to the patient's acceptance of the disease and adherence to treatment by optimally managing the time devoted to individual monitoring guided by the Psychological Model of Health (Ribes, 1990), by identifying and intervening the direct or indirect instrumental behaviors of risk prevention according to the degree to which they affect people's biological vulnerability, influencing biological diseases and the behaviors associated with it.

KEYWORDS: Diabetes, adherence to treatment, diabetes control, prevention of complications, risk behaviors, psychological care.

INTRODUCCION.

El proyecto de investigación “Diseño de un protocolo de atención psicológica para el paciente diabético hospitalizado” ; surge de la necesidad de contribuir a la disminución de las complicaciones asociadas a la diabetes, ya que esta enfermedad crónica se encuentra entre las diez primeras causas de hospitalización, reingresos y solicitud de atención médica (Guías ALAD, 2019), lo que conduce en primera instancia a cuestionar la efectividad de la atención que recibe un paciente diabético hospitalizado, consolidándose así la pregunta problema; y en segunda instancia promueve la reflexión del cómo se podría garantizar la atención adecuada.

Se podría agregar, que la calidad de la atención brindada al paciente con diabetes ha sido evaluada en diferentes estudios y encuestas.

En este caso son relevantes los resultados estadísticamente representativos de deficiencias en dicha calidad, a través del estudio multicéntrico realizado con 3.592 médicos de primer contacto de Argentina, Brasil, Chile, México, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Perú y Venezuela (Avalos García y otros, 2017).

El presente estudio pretende tal y como plantea la OMS, subsanar la necesidad de implementar y evaluar los resultados de programas innovadores diseñados para lograr cambios de comportamiento en las personas que padecen esta enfermedad crónica.

Al parecer la atención que se viene brindando a la población que nos motiva resulta insuficiente por no decir ineficaz; aunque comprenda aspectos como los

contemplados en la publicación de Martínez Ramírez y colaboradores (2017) en su diseño de criterios de manejo del paciente diabético como estrategia de garantía de calidad, que incluye la exploración física, revisión oftalmológica y de los pies; complicaciones; confirmación laboratorial; valoración por especialidades, clasificación de la diabetes; dieta, ejercicio, recomendaciones generales, educación/información.

En el estudio realizado hacen énfasis en estos 4 últimos criterios considerándolos sumamente valiosos, no sólo para el adecuado control del paciente diabético, sino también para evitar las complicaciones tempranas y tardías, que con frecuencia conducen estos pacientes a un grave deterioro de la calidad de vida y/o a la muerte.

Esta información remite a las recomendaciones que presenta García, Alvernia y otros (2019) cuando sugieren desplegar las acciones de un equipo multidisciplinario que gestione, priorice e individualice cada caso, y así fortalecer el seguimiento de estos pacientes.

Es por esto que nuestra propuesta toma como referente el que una intervención psicológica individual y oportuna, brindaría además del soporte y la ayuda necesaria para la aceptación de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y los cambios que esta misma pueda presentar, intervenciones que aborden aspectos estructurales de la personalidad y elementos psicológicos y emocionales que pudieran obstaculizar el control de la diabetes.

Para lo cual se contempla como objetivo general el diseño de un protocolo de atención psicológica para el paciente hospitalizado a través de la consecución de los objetivos específicos como es explorar los elementos teóricos conceptuales

sobre el manejo del paciente diabético hospitalizado; describir desde una perspectiva psicológica, las escalas para valoración del riesgo clínico del paciente diabético hospitalizado, esto es considerando las actuaciones adecuadas y oportunas en cada fase de la historia natural de la DM. Y, por último, describir la ruta de intervención psicológica para el paciente diabético hospitalizado, contribuyendo de tal manera a evitar el inicio de otras patologías, reducir las complicaciones, incidir de manera positiva en su pronóstico y por supuesto en la calidad de vida de los pacientes intervenidos.

Así, se promoverán intervenciones de calidad a pacientes diagnosticados con una de las patologías frecuentes en el servicio de hospitalización del HD Sabanalarga; protocolo de intervención, en el que se exploraran los distintos criterios que son trascendentes a la hora del abordaje a pacientes con esta afección.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Como ya se mencionó, la diabetes no diagnosticada o tratada de manera inadecuada, genera riesgos y complicaciones graves como infartos cardíacos o cerebrales, insuficiencia renal, ceguera, amputación de extremidades inferiores e incluso la muerte. Todo esto contribuye a comprender por qué el impacto del diagnóstico generalmente conduce al menoscabo de la calidad de vida de estos sujetos además de afectar de alguna manera a toda la familia.

Las guías actuales para el control de la DM, sugieren que debe ser temprano, efectivo y sostenido para prevenir las complicaciones crónicas. Además, todas coinciden en que el tratamiento debe ser multifactorial con la intención de controlar todos los factores de riesgo cardiovascular como la glucemia, los lípidos y la presión

arterial porque es la estrategia más efectiva a mediano y largo plazo y debe participar un equipo compuesto en primera instancia por un profesional de la salud entrenado en diabetes y en educación en diabetes (González y otros, 2009).

Para el abordaje de esta patología, en Colombia se expide la Guía del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de salud y protección social, 2014), donde se referencian los objetivos y alcances para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la DM 2 en la población mayor de 18 años. Son amplias las consideraciones en cuanto al tratamiento farmacológico, e inclusive plantean la necesidad de implementar un programa educativo continuo y liderado por un profesional de la salud certificado en educación diabetológica, con el apoyo de profesionales en otras áreas de la salud como nutrición, enfermería, educación física, psicología, podología y odontología. Se detienen suficientemente en los apartados que exponen el manejo nutricional y ejercicio para favorecer los cambios en el estilo de vida considerados punto principal y una de las piedras angulares del tratamiento de la DM2, pero revisan apenas superficialmente los beneficios que el abordaje psicológico brindaría al proceso de control de DM.

Sobre el tema de guías y protocolos hay suficientes protocolos con documentación para la atención médica (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2000) odontológica, oftalmológica y así con varias especialidades médicas que tendrían oportunidad de atender a los pacientes dado las diferentes complicaciones a que dan lugar el deficiente control y la poca adherencia a los tratamientos tradicionalmente indicados, pero no se encuentran documentos que describan el protocolos para la intervención psicológica.

Siguiendo las orientaciones que los protocolos médicos de atención al paciente diabético implementan se destacan metas que se conjugan los objetivos que estimulan el presente estudio como es el promover además de una adecuada calidad de vida con pleno conocimiento de su enfermedad, el control de factores de riesgo y su mantenimiento asintomático previniendo/retrasando las complicaciones.

Cabe mencionar el proceso que presenta el protocolo de atención para el paciente diabético del PMSS-MINSA (1998), que bien podría llamarse tradicional, que está organizado en tres evaluaciones la primera o Inicial (en la que se establece la condición clínica-metabólica del paciente diabético y se identifican factores de riesgo para complicaciones), la segunda o Subsecuente (en la que se evalúa la condición física del paciente, control glucémico y disciplina en el cumplimiento de su tratamiento) y la tercera de Complicaciones (donde se evalúa la presencia y severidad de las complicaciones asociadas a la diabetes mellitus).

Como claramente se observa el protocolo contiene amplias y detalladas indicaciones solo para la atención médica, incluso tiene dos acápite más en donde se ponen a consideración de los profesionales los criterios a tener en cuenta en casos ambulatorios y con pacientes hospitalizados.

A este respecto resulta relevante para un abordaje efectivo la intervención sobre los factores psicológicos y sociales hace tiempo identificados y relacionados con la adherencia al tratamiento de la DM, tales como estrés, los estilos de afrontamiento, la sintomatología depresiva y la percepción de apoyo social (Chlebowy & Garvin, 2006; Paddison, Alpass, & Stephens, 2008).

Por otra parte, y como lo exponen Peyrot y Rubin (2007), la psicología tiene mucho por hacer en este terreno y la Psicología de la Salud ha incursionado en

diversos aspectos relacionados con esta enfermedad. Los autores mencionados revisaron las principales intervenciones conductuales y psicosociales vinculadas con la diabetes, concluyendo sobre dos principales dominios, esto es, intervenciones de autocuidado (incluyen temas como la aceptación del régimen y la adherencia a éste); e intervenciones emocionales (donde se aborda la relación que existe entre la diabetes y el estrés; y la diabetes y la depresión) (Peyrot y Rubin, 2007).

A lo anterior se suma la guía para la acción, intervención y prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades en general que propone el Modelo Psicológico de la Salud (Ribes, 1990). Este interesante modelo presenta dos etapas: una de proceso y otra de resultantes. El proceso psicológico de la salud se rastrea desde la historia de cada persona y se relaciona con dimensiones biológicas afectando a las competencias presentes. Esta relación lleva a la etapa de resultantes. En ésta, a nivel psicológico, se identifican las conductas instrumentales, que son acciones concretas relacionadas con la salud y que pueden ser directas o indirectas, de riesgo o preventivas.

Estos postulados indican la pertinencia de la aplicación del modelo en los casos de diabetes, ya que, ante este diagnóstico, la incursión del psicólogo se ubica conceptualmente en la fase de resultantes, es decir, sobre lo que el autor llama “la alteración de conductas instrumentales de riesgo” en un nivel de prevención secundario y sobre comportamientos de adherencia terapéutica y de conductas asociadas a la enfermedad en un nivel de prevención terciario, tal es nuestro caso y tarea.

MÉTODOS.

La información hasta aquí consignada, remite a las recomendaciones que presenta García, Alvernia y otros (2019) de que los pacientes con DM sean atendidos por un equipo multidisciplinario, pero sobre todo cuando sugieren que se gestione, priorice e individualice cada caso, de esta manera se fortalece el seguimiento de los pacientes diabéticos.

Es por esto que nuestra propuesta toma como referente que la oportuna intervención psicológica individual, brinda además del soporte y la ayuda necesaria para la aceptación de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y los cambios que esta misma pueda presentar.

En primera instancia se realizó la revisión sistemática de los constructos teóricos desde un enfoque psicológico relacionado con el abordaje del paciente diabético en hospitalización. Esta revisión teórica cumplió el criterio de saturación teórica, o sea, punto al que se llega cuando “la información recogida resulta sobrada en relación con los objetivos de investigación” (Vallés 2009, p. 68)

La revisión realizada abarcó el estudio de los productos y avances de la ciencia como las principales guías o escalas de valoración existentes para así diseñar un protocolo que permitiera el abordaje efectivo de los distintos factores de riesgo que influían significativamente en el proceso de no mejoría de la enfermedad, revelando e interviniendo en la particular relación triangulada entre paciente-enfermedad-factores de riesgo.

Como producto de esta fase se contó con la construcción del protocolo, que fue diseñado objetivando y superando las falencias antes identificadas.

En el mencionado protocolo la intervención psicológica se fundamentará en la información recolectada a través de la observación directa y la entrevista clínica semiestructurada para conocer los factores de riesgo que influyen en la no mejoría o baja adherencia al tratamiento de cada paciente; permitiendo el abordaje psicológico de los aspectos estructurales de la personalidad y elementos psicológicos y emocionales que estuvieran obstaculizando el control de la DM. (Entrevista semiestructurada-Ver anexo).

En la segunda fase se contempla la implementación del mismo en el HD de Sabanalarga, en pacientes que se encuentren hospitalizados por diferentes complicaciones asociadas a la DM, que no se encuentren en estado terminal, mayores de 18 años y con mas de un año de diagnosticados con DM; elementos estos que se convierten en los criterios de inclusión.

A continuación, los criterios examinados a través del instrumento de recolección de información pieza fundamental del protocolo diseñado

Aceptación de la enfermedad, tipo de soporte y ayuda recibido.

Cambios que representa la DM, identificación de conductas preventivas y/o de riesgo.

Adherencia al tratamiento, red de apoyo.

Aspectos estructurales de la personalidad, recursos psicológicos.

Elementos psicológicos y emocionales relacionados con el control de la DM.

En este punto cabe mencionar que en la entrevista clínica semiestructurada se privilegiará la interacción entre el entrevistador y el entrevistado, planteando no solo una situación de preguntas y respuestas sino estimulando también el procesamiento

y elaboración de las respuestas enmarcadas en un proceso de intervención psicológica. Así la entrevista clínica semiestructurada indagará sobre las actuaciones adecuadas o no en cada fase de la historia natural de la DM de las personas intervenidas, o sea actuará como puente para ampliar el conocimiento de sí mismo y la forma en que se dinamiza esta condición de salud y los aspectos estructurales de la personalidad de cada paciente, mejorando el conocimiento desde las perspectivas tanto del entrevistado como del entrevistador.

Así, se promoverán intervenciones de calidad a pacientes diagnosticados con una de las patologías frecuentes en el servicio de hospitalización del HD de Sabanalarga, a través del protocolo en el que se plantearon los distintos indicadores de la ruta de intervención psicológica que se identificaron como trascendentes para el abordaje a pacientes con esta afección.

Está en proceso su aplicación, pero en observaciones previas se ha identificado como punto sobresaliente el que la dinámica y evolución de la DM están directamente relacionadas con las conductas de la persona que la padece, en esta enfermedad metabólica se evidencia como recae en el sujeto la responsabilidad de la adhesión al tratamiento y el control de la misma. Dado el deterioro que puede sufrir la calidad de vida de muchos de estos pacientes y a largo plazo pueden manifestarse otras complicaciones más graves como microangiopatías, neuropatías, retinopatías o neuropatías, parece apenas razonable que aparezcan también síntomas depresivos, depresión mayor o distimia. Y en sentido inverso, el grave efecto de la depresión sobre la diabetes por ejemplo la inactividad y el desinterés por las actividades de su entorno se pueden traducir en el fracaso en la adherencia al tratamiento. Al explorar la relación entre la DM y las alteraciones

emocionales se evidenció el papel de la depresión, como causa y como efecto, pues puede condicionar la evolución de la enfermedad, la calidad del bienestar y la esperanza de vida de estas personas.

En los hallazgos se puede evidenciar, como la concepción, la cultura, y ciertos estereotipos pueden relacionarse con la baja adherencia al tratamiento, cuestión que desde esa perspectiva señala a las percepciones religiosas, alimentarias y emocionales como elementos que inciden en el control de la DM.

A través del Consentimiento Informado, se informa a los participantes acerca de los objetivos del estudio, para solicitar su consentimiento verbal y por escrito, planteándose la posibilidad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio cuando lo vieran pertinente; se explica también que la información se manejará con total confidencialidad garantizando la protección según los principios éticos fundamentales consignado en el Código Deontológico (Ley 1090 del 2006).

El material de las entrevistas clínicas se graba y transcribe textualmente, preservando también otras observaciones anotadas según discreción del entrevistador.

Por otra parte, el proceso incluye unas acciones proyectadas para evaluar los resultados de la intervención y el impacto por ella generado con la elaboración de un formulario de Google para contestar electrónicamente transcurridos un mes y luego a los dos meses de administrarse el protocolo.

- Exponer los elementos teóricos conceptuales sobre el manejo del paciente diabético hospitalizado.

- Describir desde una perspectiva psicológica, las escalas para valoración del riesgo clínico del paciente diabético hospitalizado.
- Describir la ruta de intervención psicológica para el paciente diabético hospitalizado.

TECNICAS.

A continuación, las técnicas en que este estudio desarrolla las etapas para la consecución de los objetivos específicos.

La primera y la segunda etapa están orientadas hacia el conocer los elementos teóricos conceptuales sobre el manejo del paciente diabético hospitalizado y los elementos que desde la perspectiva psicológica dan luces para la evaluación del riesgo clínico de los pacientes con la mencionada afección. Establecida la necesidad de llevar a cabo revisiones de las investigaciones y las evidencias previas existentes en el abordaje de pacientes con enfermedades crónicas y DM específicamente, se realiza la revisión sistematizada de base de datos especializadas en el área de la psicología proporcionando los elementos que brindan seguridad del trabajo a seguir, que también será útil al momento de evaluar los resultados.

Se puede agregar que la exploración de la producción científica estuvo orientada hacia las siguientes temáticas: abordaje psicológico del paciente con enfermedades crónicas, comportamiento y alteraciones psicológicas ante el diagnóstico, variables psicológicas y familiares que influyen en el control de la DM.

Para la tercera etapa cuya meta es la descripción de la ruta de intervención psicológica para el paciente diabético hospitalizado se tiene en cuenta las clases de

observación en la investigación: científica y no científica, en las que se pueden identificar una diferencia señalada en la intencionalidad; tal es el caso de este estudio, postulando la observación científica y directa de los pacientes.

Finalmente, se elige la entrevista semiestructurada como el instrumento para recabar la información en la muestra en estudio, por el interés de preservar fielmente lo que expresen los pacientes de manera que al ir identificando los elementos psicológicos que estuviesen obstaculizando el control de la DM, se realice la intervención oportuna en coherencia con las necesidades y particularidades de cada paciente.

ANÁLISIS Y RESULTADOS PARCIALES.

En este punto es importante resaltar los aportes de Ribes (1990 citado por Rodríguez Campuzano y García Rodríguez 2011) que orientaron el trabajo en la construcción del instrumento para recabar la información para este estudio. Como fue el momento de la identificación de las conductas instrumentales que como este autor plantea “son acciones concretas relacionadas con la salud pueden ser directas o indirectas, de riesgo o preventivas” (Ribes, 1990 citado por Rodríguez Campuzano y García Rodríguez 2011).

Agregan en la misma línea que las competencias de las conductas instrumentales preventivas eficaces, derivan de los siguientes tipos de saber hacer:

1. Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
2. Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado.

3. Saber por qué tiene que hacerse o no (sus efectos), y reconocer si se tiende o no a hacerlo.
4. Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo.
5. Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera (Rodríguez Campuzano y García Rodríguez 2011, p.217).

Estos puntos enunciados junto con el tercer y último objetivo específico de la investigación, permitieron concretar los criterios que describen la ruta de intervención psicológica para el paciente diabético hospitalizado, y plantear las preguntas pertinentes para que durante la entrevista semiestructurada mediaran las intervenciones psicológicas. (Ver anexo 1- Instrumento para la entrevista semiestructurada).

Como se aprecia las etapas del estudio se han desarrollado y la entrevista semiestructurada está en proceso de ser aplicada como parte del protocolo que se implementará en el escenario hospitalario antes mencionado.

RECOMENDACIONES E IMPLICACIONES.

Parece oportuno señalar, que el protocolo de atención psicológica diseñado a partir de la realidad de los pacientes de la comunidad, contribuirá a que cada paciente intervenido alcance una adecuada calidad de vida con pleno conocimiento de su enfermedad, el control de factores de riesgo y un mantenimiento asintomático previniendo o al menos retrasando las complicaciones.

En primera instancia cabe insistir en que el producto del presente estudio es un aporte clínico e intenta subsanar la necesidad de implementar programas y mecanismos de intervención innovadores como plantea la OMS, y está diseñado

para lograr cambios de comportamiento en las personas que padecen esta enfermedad crónica.

Segundo, conviene seguir explorando los aportes de la psicología en el tratamiento y control de la DM, de manera que se favorezca la adherencia y con ello ayudar a reducir algunos, sino todos los riesgos mencionados puesto que las intervenciones tradicionales no aportan estrategias y mecanismos necesarios y efectivos para el adecuado control de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA o REFERENCIAS.

Avalos García, M., López, C., Morales, M., García, H., Priego Álvarez, H., Garrido

Pérez, S., Cargill Foster, N. 2017 Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Revista Atención Primaria. Volumen 49, Issue 1, January 2017, Pages 21-27. Revisado en marzo 2020 en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301408#!>

García, P., Alvernia, M., Camacho, P., Uribe, S., Pérez, M., López, P. 2019. Conocimiento, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en colombianos de 35-70 años. Revista colombiana de endocrinología, diabetes y metabolismo. Volumen 6, Suplemento 1, mayo de 2019. Revisado en marzo 2020 en: <http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/506/669>

Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Edición 2019. Revisado en enero 2020 en: http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf

Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía No. GPC-2015-51 Revisado en enero 2020 en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

González JC, Walker JH, Einarson TR. 2009 Cost-of-illness study of type 2 diabetes mellitus in Colombia. *Revista Panam Salud Pública Pan Am J Public Health*. julio de 2009;26(1):55-63.

Martínez Ramírez, A., Gray Santacruz, C., García de Alba, J., Reyes, (s.f.) El diseño de criterios de manejo del paciente diabético como estrategia de garantía de calidad. Revisado en marzo de 2020 en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000400006 - Print version ISSN 0102-311X On-line version ISSN 1678-4464

Peyrot, M. y Rubin, R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*, 30 (10), 2433-2440. Revisado en marzo 2020 en: <https://care.diabetesjournals.org/content/30/10/2433>

Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. España: Martínez Roca. Revisado en febrero 2020 en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=18599>

Rodríguez CML, García RJC. 2011. El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* >Año2011, No. 2. Revisado en febrero 2020 en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45087>

Programa de Modernización del Sector Salud (PMSS). 1998 Nicaragua descargado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2780.pdf>

RESEÑA

GLORIA CABRALES PINTO

Psicóloga Clínica, Master en Psicología; con amplia experiencia docente a nivel universitario, ha participado en varios proyectos de investigación en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud con tópicos como Prevención del Síndrome de Burnout, Prevención de la Obesidad Infantil, Ciberadicciones y Diabetes. Actualmente supervisa las Prácticas Formativas de futuros psicólogos en el Área Clínica en el Programa de Psicología de la Universidad Metropolitana.

ANEXOS.

ANEXO 1

PROYECTO DE INVESTIGACION

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INVESTIGACION

INTRODUCCION

La diabetes mellitus -DM, es una enfermedad crónica en la que confluyen diferentes afecciones, pero con una característica relevante: la hiperglucemia y sus consecuencias.

Podríamos agregar que el diagnóstico de DM, tiene repercusiones en la calidad de vida de los pacientes por su efecto limitante y por los daños micro y macro vasculares provocados a diferentes niveles del organismo, los que generan frecuentes hospitalizaciones por las complicaciones agudas y crónicas. Este estudio pretende identificar e intervenir desde la Psicología Clínica y de la Salud Acerca de la adopción de recursos emocionales de la población evaluada y los diversos elementos psicológicos participantes en ella.

Se trata de identificar e intervenir las conductas instrumentales teniendo en cuenta que son acciones concretas relacionadas con la salud y tal como lo manifiesta Ribes (1990 citado por Rodríguez Campuzano y García Rodríguez 2011) “pueden ser directas o indirectas, de riesgo o preventivas” e intervenir sobre ellas puesto que afectan la vulnerabilidad biológica de la persona, incidiendo sobre la presencia de alguna enfermedad biológica y las conductas asociadas a ella.

Ahora bien, el modelo de Ribes plantea que las competencias de las conductas instrumentales preventivas eficaces, derivan de los siguientes tipos de saber hacer:

1. Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
2. Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado.
3. Saber por qué tiene que hacerse o no (sus efectos), y reconocer si se tiende o no a hacerlo.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

4. Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo.
5. Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera (Rodríguez Campuzano y García Rodríguez 2011, p.217).

A continuación, se relacionan todos aquellos puntos a evaluar durante la entrevista que se implementará como instrumento en el protocolo de intervención para la atención del paciente diagnosticado con DM y hospitalizado.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INVESTIGACION

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

III- Objetivo específico	Indicadores	Intervención	Pregunta
Describir la ruta de intervención psicológica para el paciente diabético hospitalizado.	Aceptación de la enfermedad Identificar tipo de soporte y ayuda que ha recibido	Búsqueda de adaptación: Identificar e intervenir sobre los recursos adoptados ante la exigencia de la situación actual	¿Hace cuánto le diagnosticaron diabetes? ¿Qué edad tenía edad y circunstancias vitales? ¿Qué recuerda de ese momento?
	Identificar cambios que representa la DM. Identificación de conductas preventivas y/o de riesgo	Adopción de conductas instrumentales relacionadas con la salud directas o indirectas/ de riesgo o preventivas	¿El tener un diagnóstico de DM le ha generado cambios en su cotidianidad?
	Adherencia al tratamiento Apoyo familiar y social Red de apoyo	Respuestas del paciente: Mecanismos de afrontamiento Factores que interactúan físicos y sociales Factores disposicionales o situacionales Factores del medio	¿Qué estrategias ha adoptado para seguir las indicaciones médicas sugeridas para el manejo de la DM? De estas estrategias ¿Cuáles le han resultado más fácil de adoptar? De estas estrategias ¿Cuáles le han resultado difícil de adoptar? ¿Cuenta usted con el acompañamiento de la familia o conocido para el manejo de la DM?

	Aspectos estructurales de la personalidad Identificación de recursos estructurales de la personalidad	Percepción de los resultados en términos de logro/ satisfacción ante la demanda presentada	¿Qué es lo más importante que ha aprendido para el control de la DM?
	Elementos psicológicos y emocionales relacionados con el control de la DM	Actitudes y emociones ante lo resultados/efectos sobre el propio comportamiento	¿Cuál ha sido la actitud y estado de ánimo que ha predominado en usted después del diagnóstico de DM?

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE LA INVESTIGACIÓN

TITULADA:

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO

1. NATURALEZA Y PROPÓSITO.

Que, mediante el presente documento, los investigadores de la Universidad Metropolitana de la Ciudad de Barranquilla le solicitan a usted, que otorgue su autorización, para recolectar, almacenar, conservar y transferir información personal, grabaciones, obtenidas a partir de la investigación titulada DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO, en el cual usted participará.

El proyecto de investigación tiene como objetivo diseñar una propuesta de promoción en salud, prevención e intervención integral de la diabetes mellitus -DM, en los pacientes hospitalizados en el Hospital Departamental de Sabanalarga.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

La información recolectada se utilizará únicamente para fines sociales, estadísticos, académicos y científicos, destinada a incluirse dentro del proyecto de investigación; la información será manejada única y exclusivamente por el equipo investigador de la Universidad Metropolitana de la Ciudad de Barranquilla.

2. INFORMACIÓN OBJETO DE RECOLECCIÓN.

El equipo de investigadores del proyecto recolectará información para identificar e intervenir desde la Psicología Clínica y de la Salud acerca de la adopción de recursos emocionales de la población evaluada y los diversos elementos psicológicos participantes en ella.

De acuerdo a la finalidad del proyecto, es posible que algunas preguntas abordadas a través de la entrevista afecten su intimidad, siéntase en la libertad de responder o no a aquellas preguntas que le generen incomodidad, sin que se afecte su participación en el estudio.

Durante su participación en el proyecto, la Universidad Metropolitana recolectará grabaciones y otros registros relacionados con la ejecución del proyecto, la presentación de informes y resultados del mismo. Durante la recolección de la información, no se comprometerá su integridad e intimidad, los datos se mantendrá en estricta confidencialidad y no será publicado su nombre. Debido a que las grabaciones requieren de su autorización, se solicita la colaboración para la comunicación y publicación en diversos documentos donde las transcripciones sea necesaria para su ilustración. En el caso de que conceda su autorización, La Universidad Metropolitana de Barranquilla se compromete a usarla solo con fines sociales, académicos y científicos.

3. CONFIDENCIALIDAD

En la conducción del proyecto de investigación, la presentación de los informes y resultados del mismo y durante la recolección de la información, no se comprometerá la integridad e intimidad del participante; su identidad se mantendrá en estricta confidencialidad; si usted lo autorizó no será publicado su nombre.

La Universidad Metropolitana de Barranquilla se obliga a mantener la debida reserva, no divulgar, ni hacer uso para terceros o con fines diferentes al objeto del presente documento de cualquier información personal o sensible que se obtenga a partir de la presente autorización.

4. TIEMPO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN. La investigación y en consecuencia la recolección de datos tendrá una duración de 10 meses, contados a partir de firmado este documento.

5. DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES. El participante tendrá los siguientes derechos:

5.1. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente al investigador de la Universidad Metropolitana de Barranquilla.

5.2. Solicitar prueba de la autorización otorgada al INVESTIGADOR de la Universidad Metropolitana de Barranquilla.

5.3. Ser informado por la Universidad Metropolitana de Barranquilla, previa solicitud, respecto del uso que les ha dado a sus datos personales.

5.4. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión de los datos recolectados

5.5. Demás derechos consagrados en la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

6. POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN. La base de datos en la cual se depositará la información recolectada, estará alojada en el centro de datos que la Universidad Metropolitana de Barranquilla ha dispuesto para este fin, y con la misma se protegerá la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. En ese sentido, la Universidad Metropolitana de Barranquilla ha implementado mecanismos que proporcionan seguridad a la información recaudada y dispone sus mejores esfuerzos para procurar de manera diligente y prudente el mantenimiento de tal seguridad, no obstante el titular o el presentante legal del titular reconoce que los medios tecnológicos pueden implicar un nivel de riesgo el cual asume y acepta y la Universidad Metropolitana de Barranquilla no otorga ninguna garantía ni asume ninguna obligación o responsabilidad por pérdida o sustracción de información de su sistema informático.

7. LIBERTAD DE ACEPTACIÓN. Una vez usted ha recibido información del proyecto de investigación y del alcance de su participación, sus preguntas e inquietudes han sido respondidas por los investigadores, se realizará el siguiente interrogante: ¿Quiere Usted participar en el proyecto de investigación titulado: DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO y en consecuencia autorizar al equipo de investigación a recolectar, almacenar, conservar y transferir datos personales de los cuales Usted es el titular? Así mismo autoriza usted la publicación de transcripciones en el documento y en diferentes medios que divulguen el proyecto de investigación: SI ___ No___

Si usted tiene alguna pregunta o duda respecto de la presente autorización, puede contactarse con GLORIA CABRALES PINTO en el siguiente número telefónico: y escribirnos al siguiente email:

Como constancia, se firma el presente documento en la Ciudad de Barranquilla.

Firma del participante:

Nombre del participante:

C.C.

Dirección:

Teléfono:

Fecha: _____

Hora: _____

**BURNOUT EN PROFESORES UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS
EMPRESARIALES DE IBEROAMERICA**

**BURNOUT IN UNIVERSITY PROFESSORS OF BUSINESS SCIENCES FROM
IBEROAMERICA²⁹**

Rosario Margarita Yslado Méndez
Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Perú

Edwin Hernán Ramírez Asís
Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Perú

Marcos Rosamel Espinoza Maguiña
Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Perú

RESUMEN: Diferentes estudios sobre el síndrome de burnout (SB) en profesores universitarios reportan relaciones entre esta psicopatología laboral y las variables sociodemográficas, personales, laborales y extralaborales; sin embargo, son escasos los estudios transculturales sobre el SB por actividades de docencia e investigación. Este estudio se ha realizado durante el año 2019. El problema del estudio fue ¿Cuáles son las diferencias entre el síndrome de *burnout* de los profesores de las facultades de Ciencias Empresariales de la de la Universidad de Sevilla de España y la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo de Perú?; en concordancia el objetivo fue analizar las diferencias del síndrome de burnout, sus dimensiones, y según tipo de actividad de docencia e investigación, entre los

²⁹ Nota. El presente trabajo fue publicado el año 2020 en Revista EDUCADE.

profesores de las Facultades de Ciencias Administrativas de la Universidad de Sevilla (España) y la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (Perú). El estudio se justifica de una parte porque proporciona información que confirma la teoría tridimensional sobre el burnout en profesores universitarios, y en base a los resultados se sugiere implementar programas de prevención e intervención para disminuir los niveles patológicos de burnout, para que mejore la salud mental, desempeño laboral, productividad y desarrollo profesional de los profesores universitarios evaluados de Perú y España. Es un estudio descriptivo comparativo; el instrumento fue un cuestionario adaptado del Maslach Burnout Inventory (MBI), por Arquero y Donoso, que mide el SB asociado a docencia e investigación, cuyas propiedades psicométricas son adecuadas. La muestra estuvo compuesta por 68 profesores de las universidades públicas investigadas. Los resultados obtenidos indican que hay diferencias significativas para el SB, sus dimensiones de despersonalización, baja realización personal, y tipo de actividad de docencia e investigación, entre los profesores evaluados, según los grupos de edad; pero no se encontraron diferencias significativas para el SB, sus tres dimensiones, y tipo de actividad académica, según el sexo. En conclusión, los profesores de la universidad peruana, presentan niveles significativamente más altos de SB, en comparación a los profesores universitarios de España, según la variable edad. La limitación del estudio es el muestreo de tipo no probabilístico, y la muestra reducida; por lo tanto, los resultados son válidos para la muestra de estudio.

PALABRAS CLAVE: Agotamiento emocional, burnout, ciencias empresariales, docencia, investigación, profesores universitarios.

ABSTRACT: Different studies on burnout syndrome (BS) in university professors report relationships between this work psychopathology and sociodemographic, personal, work and extra-work variables; however, there are few cross-cultural studies on BS by activities teaching and research. This study was carried out during the year 2019. The problem of the study was: What are the differences between the burnout syndrome of the professors of the Faculties of Business Sciences of the University of Seville in Spain and the Santiago Antúnez de Mayolo National University of Peru ?; Accordingly, the objective was to analyze the differences in burnout syndrome, its dimensions, and according to the type of teaching and research activity, between the professors of the Faculties of Administrative Sciences of the University of Seville (Spain) and the National University Santiago Antúnez de Mayolo (Peru). The study is justified on the one hand because it provides information that confirms the three-dimensional theory about burnout in university professors, and based on the results it is suggested to implement prevention and intervention programs to reduce the pathological levels of burnout, to improve mental health, job performance, productivity and professional development of the university professors evaluated from Peru and Spain. It is a descriptive comparative study; The instrument was a questionnaire adapted from the Maslach Burnout Inventory (MBI), by Arquero and Donoso, which measures the SB associated with teaching and research, whose psychometric properties are adequate. The sample consisted of 68 professors from the public universities investigated. The results obtained indicate that there are significant differences for the BS, its dimensions of depersonalization, low

personal accomplishment, and type of teaching and research activity, among the evaluated teachers, according to age groups; but no significant differences were found for SB, its three dimensions, and type of academic activity, according to sex. In conclusion, Peruvian university professors present significantly higher levels of SB, compared to university professors in Spain, according to the age variable. The limitation of the study is the non-probabilistic sampling, and the reduced sample; therefore, the results are valid for the study sample.

KEYWORDS: Emotional exhaustion, burnout, business sciences, teaching, research, university professors.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de *burnout* (SB), es un problema de salud mental y ocupacional, que se está incrementando y dificulta el desarrollo profesional del docente universitario (Rodríguez, 2018). Es una respuesta al estrés laboral crónico que evalúa el propio trabajo de forma negativa con el autorreproche de no haber logrado los objetivos propuestos, acompañado de una percepción de baja realización personal en el trabajo.

De acuerdo a las nuevas políticas públicas para la educación superior, las universidades del Perú y España se encuentran en un contexto laboral de cambios vertiginosos cuyas condiciones laborales, recursos y salarios no han mejorado significativamente para responder adecuadamente al reto de asegurar la calidad

académica que es evaluada y controlada por el Estado (Monarca & Prieto, 2018). En el actual contexto globalizado de cambio, competitividad e innovación los profesores están expuestos a una mayor tensión y sobrecarga laboral en el trabajo, debido a la fragmentación de sus actividades y diversas responsabilidades tales como: realizar innovaciones pedagógicas; incorporar recursos informáticos; implementar metodologías alternativas de enseñanza y aprendizaje; adoptar cambios curriculares; realizar actualización y perfeccionamiento permanente; aceptar la primacía de la investigación y su incentivación y; enfrentar problemas emergentes sociales, organizacionales y con estudiantes, para las cuales no fue preparado en su formación tradicional (Villamar, Juárez, Gonzáles & Osnaya, 2019).

Diferentes estudios sobre el SB en profesores universitarios reportan relaciones entre esta psicopatología laboral y las variables sociodemográficas, personales, laborales y extralaborales; sin embargo, son escasos los estudios transculturales sobre el SB por actividades de docencia e investigación; por lo tanto el objetivo del presente capítulo fue analizar las diferencias del síndrome de *burnout* y sus dimensiones, según las funciones sustantivas de docencia e investigación, en los profesores de las Facultades de Ciencias Empresariales (Economía, Contabilidad, Administración y Turismo) de la Universidad de Sevilla (US) de España y la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM) de Perú. Es una investigación de enfoque cuantitativo, de nivel básico, de diseño no experimental, transversal y descriptivo comparativo. Se utilizó el cuestionario adaptado del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Arquero & Donoso, 2006), que mide el SB asociado a docencia e investigación. Los resultados indican, que hay diferencias

significativas según la universidad para el SB en sus dimensiones de cansancio emocional por docencia, despersonalización por docencia e investigación, y en baja realización personal por docencia e investigación. En el caso de la diferencia según el sexo, se identificó que existe diferencia significativa en la baja realización personal por investigación en los docentes de la Universidad de Sevilla. En lo que respecta a las diferencias según la edad, no se encontró diferencias significativas. En conclusión, los profesores de la universidad peruana presentan niveles significativamente más altos de SB por docencia e investigación, en comparación con los profesores de la universidad española.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN Y DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En la década de los setenta el SB fue como un tipo de estrés laboral frecuente en los profesionales, que tienen una relación interpersonal directa, constante e intensa con los beneficiarios del propio trabajo, que conlleva a un proceso de deterioro en la atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios educativos, sanitarios, servicios sociales, etc. (Gil-Monte & Peiro, 2007).

Gil-Monte y Peiró (2007), definen el *burnout* (“estar quemado por el trabajo”), como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por una vivencia de encontrarse emocional y físicamente agotado, actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo). Existe un consenso entre diferentes autores, respecto a

considerar que el *burnout* como psicopatología laboral, comprende tres dimensiones básicas que son:

a) Agotamiento emocional, es el síntoma más evidente, que cursa con la disminución y pérdida de recursos emocionales, cansancio y sensación de agotamiento.

b) Despersonalización, se refiere a una respuesta impersonal de frialdad afectiva en el trato hacia los demás y actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado.

c) Bajo sentimiento de realización personal en el trabajo, es la disminución de sentimientos de competencia y éxito profesional en la tarea que se realiza cotidianamente; es decir es evaluar el propio trabajo de forma negativa con el autoreproche de no haber logrado los objetivos propuestos, acompañado de una percepción de baja autoestima profesional.

MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Para el desarrollo del estudio se consideró los modelos del proceso de desgaste profesional, que se complementan y conciben elementos comunes para explicar la etiopatogenia y consecuencias de burnout. Así los modelos psicosociales, consideran que el burnout, es un proceso dinámico que comprende elementos cognitivos-aptitudinales (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización); y se desarrolla por la interacción recíproca entre la persona (características sociodemográficas, personalidad, procesos cognitivos, estado afectivo, sentimientos hacia el trabajo, etc.) y su entorno (interpersonal, organizacional, social y

familiar), y tiene consecuencias negativas tanto para el profesor, como para su organización laboral.

MODELO TRANSACCIONAL DE MORENO - JIMÉNEZ Y COLABORADORES

La perspectiva transaccional de Moreno- Jiménez, (2009) sostiene los siguientes: a) En el desarrollo del *burnout*, son importantes las fuentes potenciales de estrés propias de la organización en la que el profesor desempeña su trabajo. b) Existe una notable asociación entre el estrés de rol con el *burnout*, especialmente con la dimensión agotamiento emocional y de ambos con los problemas de salud percibida. c) La personalidad resistente (sentido de coherencia) es una variable mediadora importante en el proceso de desarrollo del *burnout* y sus dimensiones. d) Las variables de personalidad interactúan a lo largo del origen, desarrollo y consecuencias del desgaste profesional.

MODELO DE INTERACCIÓN ENTRE INDIVIDUO Y ORGANIZACIÓN DE LEITER Y MASLACH

El modelo teórico de Leiter y Maslach (2003), considera que un desajuste entre las personas y los factores del entorno de su trabajo, reduce la capacidad de energía, implicación y sensación de eficacia; mientras que el ajuste produciría el efecto contrario, aumentando los niveles de compromiso. Un primer factor sería la carga de trabajo, que es la cantidad de trabajo que se realiza en un momento determinado. El segundo factor referido al control, que es la oportunidad de hacer elecciones y tomar decisiones, resolver problemas y contribuir al cumplimiento de las responsabilidades. La recompensa sería un

tercer factor, comprende tanto al reconocimiento económico, como social del trabajo, ofreciendo indicadores claros de lo que valora la organización; mientras que la falta de reconocimiento devalúa tanto el trabajo, como al empleado. El cuarto factor de comunidad, se define como la calidad del entorno social de una organización relacionado con el apoyo social, la colaboración y los sentimientos positivos. Un quinto factor es la equidad, considerada como la medida en que la organización tiene normas coherentes y equitativas para todos, y sería importante el grado en que se asigna recursos de acuerdo a procedimientos comprensibles y consistentes (Rodríguez, 2018).

MODELO INTEGRADOR DE GIL-MONTE

El modelo integrador de Gil-Monte y Peiró (2007), considera que el *burnout* es una consecuencia del estrés laboral crónico, que “se presenta tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias iniciales para afrontar el estrés laboral crónico no resultan funcionales” (p,107). Asimismo,) El proceso de *burnout* se inicia con el desarrollo conjunto de las dimensiones de baja realización personal y agotamiento emocional; y la baja realización personal incrementaría significativamente el agotamiento emocional. La despersonalización (actitudes negativas) sería una estrategia de afrontamiento para manejar el deterioro cognitivo (baja realización) personal y cognitivo (alto agotamiento emocional). Esta perspectiva considera que la reevaluación cognitiva y emocional, serian variables moderadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.

Este modelo comprensivo integra tanto los principales antecedentes del *burnout*, que son los estresores organizacionales: a) entorno social de la organización, que entre otros

incluye el clima laboral; b) sistema físico-tecnológico de la organización y el c) sistema social-interpersonal de la organización; como los consecuentes que son: a) las afecciones de la salud física y mental; b) los problemas familiares y c) el desempeño laboral deficiente. Este modelo considera que las diferencias individuales (demográficas, biológicas, cognitivas, afectivas) serían variables moderadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y sus consecuencias.

SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESORES UNIVERSITARIOS

Las universidades del mundo, están experimentando diferentes cambios sociales, que conllevan nuevos desafíos para la enseñanza universitaria y sobrecarga laboral, pues se exige al profesor universitario realizar innovaciones pedagógicas, tecnológicas; incorporar recursos informáticos; implementar mejoras en el proceso enseñanza- aprendizaje; adoptar nuevos cambios curriculares y pedagógicos; adquirir competencias profesionales para entornos de aprendizaje centrados en el estudiante; aceptar la primacía de la investigación y su incentivación; y asumir nuevas funciones, para las cuales no fue preparado en su formación tradicional; entonces es necesario una continua actualización y perfeccionamiento del accionar docente, en un contexto laboral de ritmo vertiginoso y complejo, en el cual las condiciones laborales, recursos y los salarios no han mejorado significativamente.

En las últimas décadas el sistema universitario se ha visto afectado por diferentes presiones derivadas de cambios económicos, políticos, sociales, culturales y

tecnológicos propios de la sociedad globalizada, como por las condiciones de pandemia (COVID-19). Asimismo, la disminución de recursos, el aumento de la demanda y la falta de apoyo político, habrían convertido el sistema universitario en un contexto laboral idóneo para la emergencia de riesgos de tipo psicosocial, como el SB, que sería un problema de salud ocupacional en el ámbito universitario. De otra parte, en la actualidad el profesor universitario ya no ocupa la centralidad en los procesos de aprendizaje; pero su rol es esencial para el éxito del proceso educativo de enseñanza-aprendizaje, su labor se orienta a organizar y evaluar el proceso y los resultados, para diseñar estrategias de acción conducentes al mejoramiento de las metodologías aplicadas y de la calidad educativa en la educación superior.

Según lo expuesto, el ejercicio de la docencia universitaria de una parte puede ser fuente de desarrollo y realización personal; pero de otra puede generar diferentes grados de tensión en los profesores, que van desde el estrés laboral hasta el *burnout*. Las consecuencias del *burnout* se evidencian a través del decremento de la salud ocupacional y mental en el personal docente, disminución del adecuado desempeño docente, deterioro de la calidad de la enseñanza y pertinencia para su entorno, lo cual ha sido demostrado a través de diversas investigaciones realizadas en el Perú y otros países (Arquero & Donoso, 2006; Cabezas, 2016).

SISTEMA UNIVERSITARIO PERUANO

La ley universitaria N° 30220 regula el funcionamiento de las universidades peruanas, desde la creación, funcionamiento, supervisión y cierre de las universidades y promueve el mejoramiento continuo de la calidad educativa de las instituciones universitarias como entes fundamentales del desarrollo nacional de la investigación y de la cultura. Asimismo, establece los principios fines y funciones que rigen el modelo institucional de la universidad, siendo el Ministerio de Educación el ente rector de la política de aseguramiento de la calidad de la educación superior universitaria.

La universidad es una comunidad académica orientada a la investigación, docencia y responsabilidad social, que brinda una formación humanista, científica y tecnológica con una clara conciencia de que el país es una realidad multicultural, que adopta el concepto de educación como derecho fundamental y servicio público esencial. Está integrada por docentes, estudiantes y graduados. Las universidades son públicas o privadas; siendo las primeras personas jurídicas de derecho público y las segundas son personas jurídicas de derecho privado. Las universidades públicas y privadas pueden integrarse en redes interregionales, con criterios de calidad, pertinencia y responsabilidad social, a fin de brindar una formación de calidad, centrada en la investigación y la formación de profesionales en el nivel de pregrado y posgrado.

Desde la vigencia de la ley universitaria N° 30220, se crea la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), que es el ente responsable de autorizar el funcionamiento y el licenciamiento de las universidades para el servicio educativo superior universitario, entendiéndose el licenciamiento, como el procedimiento que tiene como objetivo verificar el cumplimiento de condiciones básicas de calidad, para ofrecer el servicio educativo superior universitario. La SUNEDU, en el marco de su competencia supervisa la

calidad del servicio educativo universitario, incluyendo el servicio brindado por entidades o instituciones, que por normativa específica se encuentran facultadas a entregar grados y títulos equivalentes a los otorgados por las universidades; asimismo, fiscaliza si los recursos públicos y los beneficios otorgados por el marco legal a las universidades, han sido destinados para fines educativos y al mejoramiento de la calidad.

El sistema universitario peruano contempla la evaluación, certificación y licenciamiento como parte del proceso de acreditación de la calidad educativa en el ámbito universitario, que es voluntario y se desarrolla a través de normas y procedimientos estructurados e integrados funcionalmente. Los criterios y estándares que se determinan para su cumplimiento, tienen como objetivo mejorar la calidad en el servicio educativo, excepcionalmente, la acreditación de la calidad de algunas carreras es obligatoria por disposición legal expresa. También la existencia de institutos de investigación en las universidades, se considera un criterio favorable para el proceso de acreditación de la calidad educativa. Cabe señalar que la UNASAM, como parte del sistema universitario peruano, es una universidad pública que se encuentra localizada en la Región Ancash de Perú, como tal debe cumplir los dispositivos legales y normas emitidas por el gobierno peruano, y entidades públicas relacionadas con la educación superior.

SISTEMA UNIVERSITARIO ESPAÑOL

En España existen las universidades públicas y universidades privadas cuyo listado se encuentra disponible en la web de la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE). En total comprende 75 universidades, 52 de ellas públicas y 25 privadas (Domínguez, 2018). Además, la enseñanza universitaria se estructura en tres ciclos

(Estudios de pregrado, estudios de grado y posgraduado). La superación del primer ciclo da acceso al segundo y la superación del segundo al tercero.

El primer ciclo conduce a títulos de grado, tienen una duración de cuatro años, 240 créditos de ECTS (Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos), 60 por año y comprende enseñanzas básicas y de formación general junto a otras orientadas al ejercicio de actividades profesionales. El postgrado comprende el segundo ciclo, conducente a los títulos de máster, y el tercer ciclo está orientado a la obtención del título de doctor. Los másteres universitarios conducen a una formación avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras; su duración varía entre 1 y 2 años (60-120 ECTS). Los estudios conducentes a la obtención del título de doctor, tienen como finalidad la formación avanzada del estudiante en técnicas de investigación, y están divididos en dos ciclos: uno de estudios de, al menos 60 créditos que puede ser parte del ciclo de máster; y otro de investigación, que culmina con la defensa pública de la tesis doctoral (Roig-Vila, 2017).

De otra parte, en España, desde los años setenta hasta la actualidad está vigente la Formación del Profesorado Universitario (FPU). Asimismo, existen los departamentos especializados que se apoyan en los servicios de educación a distancia y tecnologías educativas, para que el personal docente e investigador se adapte a un entorno distinto, con una nueva estructura universitaria y modelos didácticos emergentes; por lo que la FPU constituye un poderoso instrumento, que contribuye a mejorar la calidad de la docencia universitaria e impulsa la profesionalización del rol docente (Aramburuzabala, Martínez-Garrido & García-Peinado, 2013).

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

La situación de los profesores españoles, es similar al de los profesores de América Latina y Perú, pues la universidad española lleva años nutriéndose de profesores con bajos salarios, con condiciones laborales inadecuadas y obligados a ser pluriempleados. El procedimiento habitual, es que durante una media de cinco años el profesor universitario ocupa puestos de acceso bajos en la jerarquía docente, como la figura del ayudante doctor. Estas plazas permiten a los nuevos profesores adquirir experiencia docente e impulsar su perfil investigador. A partir de esa etapa temporal se comienza a promocionar para acabar con un contrato estable dentro del equipo docente (Caballero & Bolívar, 2015). Con una remuneración baja, los profesores asociados necesitan completar sus ingresos con otro trabajo para poder sobrevivir. Si la sobrecarga del trabajo universitario y su otro trabajo les dejan algo de tiempo, pueden dedicarse en las horas libres a realizar investigación gratuitamente. En esta situación, es muy complicado que el docente pueda tener una vida personal, quedando poco tiempo para la vida social, la paternidad y la vida de pareja.

Las plantillas del personal docente e investigador se mantienen en estos últimos años, debido a la tasa de reposición no se han creado nuevas plazas de profesores titulares y catedráticos, provocando una ausencia absoluta de renovación en las plantillas del profesorado de las universidades públicas españolas (Roig-Vila, 2017). Hay un conjunto relativamente elevado de profesores con una producción científica baja, y la producción de trabajos considerados “de impacto” se concentra en un número relativamente reducido de profesores. Esta baja producción se concentra para las públicas, en las categorías laborales con perfil no investigador y en los Profesores Titulares de Escuela Universitaria (TEU); también es muy alta en los profesores de universidades privadas (Arquero, Jiménez-Cardoso & Laffarga-Briones, 2018).

En la provincia de Sevilla (Región Andalucía), está ubicada la US, que ofrece las carreras de Finanzas y Contabilidad de la Facultad de Turismo y Finanzas; Economía y Administración, y Dirección de Empresas de la facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, en la cual los profesores, de modo similar que los profesores de la UNASAM, realizan las mismas funciones docentes, investigadoras (asesoran tesis de pre y posgrado, participan en proyectos de investigación y publicaciones de libros y artículos en revistas indizadas) y de gestión administrativa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente siglo los cambios profundos, acelerados y constantes suscitados a nivel mundial, de tipo económico, político, social, cultural y tecnológico generan presiones en las organizaciones laborales, como las universidades; por lo tanto, el profesor universitario de cualquier país, en mayor o menor grado está expuesto a riesgos psicosociales que afectan su salud ocupacional, tales riesgos son: excesivas exigencias laborales, sobrecarga laboral, espacios inadecuados, bajo apoyo social, inestabilidad laboral, disminución de recursos, aumento de la demanda, insuficiente tiempo para el trabajo y descanso y bajas remuneraciones que compense los esfuerzos-presiones y carga de trabajo (docencia, investigación, publicación de calidad y otros), que configuran un contexto laboral propicio para la emergencia del estrés laboral y el SB (García, Iglesias, Saleta & Romay, 2016; Gómez, Perilla & Hermosa, 2019).

El ejercicio de la docencia universitaria en Iberoamérica, de una parte, es fuente de desarrollo y realización personal; pero de otra puede generar diferentes grados de tensión en los profesores de las Facultades de Ciencias Empresariales, que van desde el estrés

laboral hasta el burnout. Las consecuencias del *burnout* en los profesores, se evidencian mediante el decremento de la salud ocupacional y mental, disminución del adecuado desempeño docente, deterioro de la calidad de la enseñanza e investigación con pertinencia para su entorno, aumento de la intención de abandono de la profesión, insatisfacción laboral, estancamiento de metas y expectativas personales y laborales; problemas que se agudizan, si se asocian a menor calidad de vida en el contexto laboral y familiar (Arquero & Donoso, 2006; Rivera, Segarra & Giler, 2018). Con base a lo expuesto se formuló el problema: ¿Cuáles son las diferencias del SB y sus dimensiones, según las funciones de docencia e investigación, en los profesores de las Facultades de Ciencias Empresariales de la US y la UNASAM?

MÉTODO

El estudio es de enfoque cuantitativo, de nivel básico; de diseño no experimental, transversal y descriptivo comparativo, pues de acuerdo a los objetivos propuestos, se estableció diferencias entre los niveles del SB, sus dimensiones, *burnout* por docencia y *burnout* por investigación, entre los profesores de las Facultades de Ciencias Empresariales, de la US y UNASAM, según indicadores sociodemográficos.

La población para el presente trabajo de investigación estuvo conformada por 89 docentes, de las Facultades de Ciencias Empresariales (Economía, Contabilidad, Administración y Turismo) 46 de la UNASAM (Perú) y 43 de la US (España). El tipo de muestreo fue no probabilístico, de tipo intencional; es decir de acuerdo a los conocimientos y criterios de los investigadores, respecto a la población de estudio, se formaron dos grupos

considerando la disciplina profesional de profesores universitarios; por lo tanto, la muestra se conformó por un total de 68 sujetos (34 participantes por cada universidad).

El instrumento utilizado para recoger información, fue el cuestionario de medición del síndrome de quemarse en el trabajo (*burnout*) en profesores universitarios, el cual es una adaptación del MBI de Maslach y Jackson, realizada por Arquero y Donoso (2006).

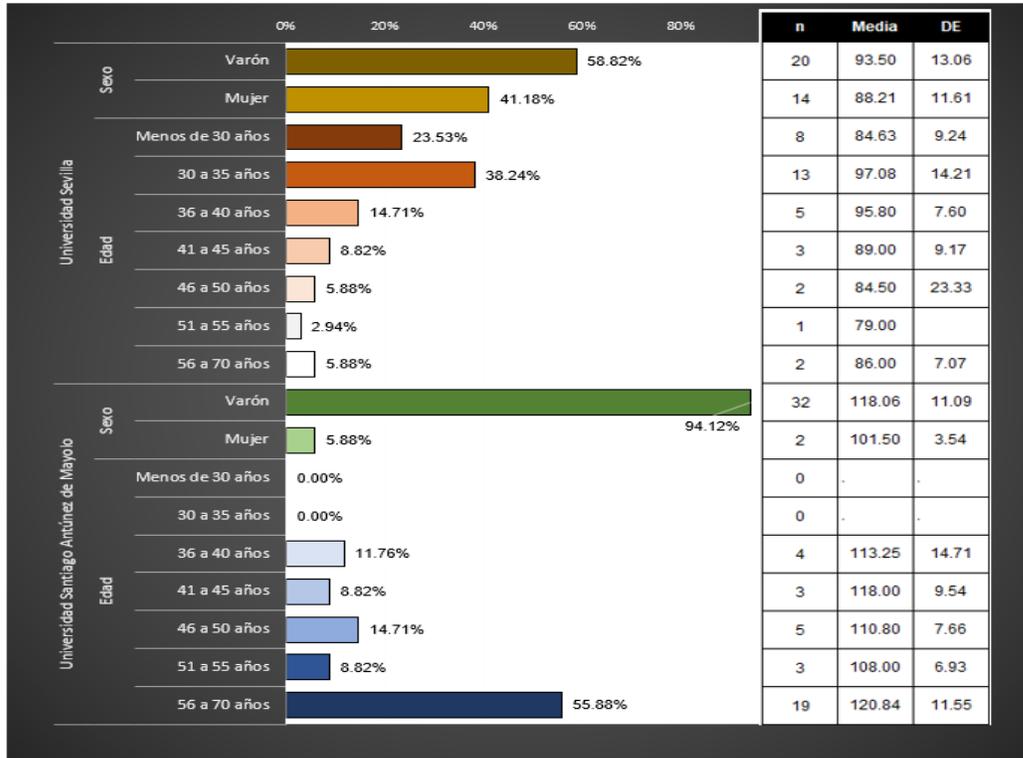
ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS DATOS

Se obtuvo la información sociodemográfica de las muestras en función al sexo y la edad (figura 1). En la facultad de Ciencias Empresariales de la US, la distribución de los casos fue homogénea respecto al sexo (58.82% varones y 41.18% mujeres), a excepción de la edad, dado que el 61.77% de los profesores tenía 35 o menos años. Así mismo, participo solamente un profesor en la categoría de 51 a 55 años, por lo que el puntaje en este rango es solo uno y no presenta variación. Mientras que, en la facultad de Ciencias Empresariales de la UNASAM, el 55.88% de los docentes tenía más de 55 años (entre 56 a 70 años) y no hubo profesores de menos de 35 años. Asimismo, las mujeres fueron representadas solamente por el 5.88% en la muestra de este estudio.

Figura 1

Distribución de la muestra según universidad, sexo y edad

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS



Nota. Elaboración propia (2020).

Previo al análisis de los objetivos, se realizó el análisis de la distribución de la muestra cómo se presenta en la tabla 1; a un nivel de confianza del 99% se observa, que las dimensiones de cansancio emocional por docencia, cansancio emocional por investigación, despersonalización por investigación y la realización personal por investigación tienen valores no significativos. En el caso de despersonalización por docencia y realización personal por docencia, se obtuvieron valores significativos donde $p < 0.01$, por lo que se concluye que la distribución de la muestra no es la normal. Con base a estos resultados el análisis de los objetivos se realizó a través de estadísticos no paramétricos.

Tabla 1

Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
CE			
Docencia	0.08	68	0.20
DP			
Docencia	0.15	68	0.00
RP			
Docencia	0.16	68	0.00
CE			
Investigación	0.08	68	0.20
DP			
Investigación	0.10	68	0.06
RP			
Investigación	0.11	68	0.06

Nota. Elaboración propia (2020).

El análisis del objetivo general, que pretende analizar las diferencias del SB según sus dimensiones, por la función de docencia y de investigación, entre los profesores de las Facultades de Ciencias Empresariales, según universidad de procedencia: US y UNASAM; se realizó mediante la prueba *U de Mann-Whitney* (figura 2) a un nivel de confianza del 99%, y se encontró que existen diferencias significativas en la despersonalización por docencia ($U=168$, $p=0.00$), en la baja realización personal³⁰ por docencia ($U=211.50$, $p=0.00$), en la despersonalización por investigación ($U=214$, $p=0.00$) y en la baja realización personal por

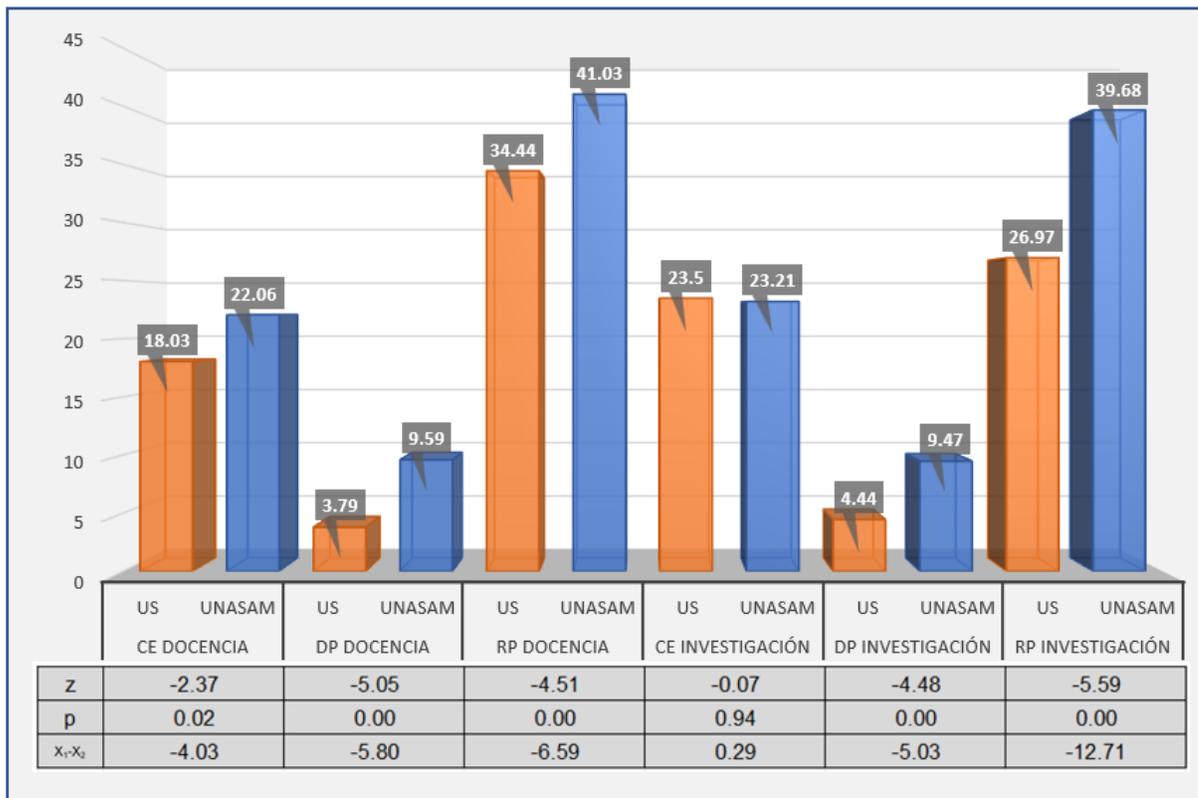
⁴ Se considera baja realización personal, pues los ítems han sido invertidos

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

investigación ($U=122.50$, $p=0.00$). De manera similar a un nivel de confianza del 95%, se encuentran diferencias significativas en el cansancio emocional por docencia ($U=385$, $p=0.02$), en el caso del cansancio emocional por investigación no se presentan diferencias significativas ($U=572$, $p=0.94$).

Figura 2

Diferencias de medias según la universidad



Nota. Elaboración propia (2020).

En cuanto a los resultados según el sexo de los evaluados, se analizó a través de la U de Mann-Whitney a un nivel de confianza del 95%, y como se muestra en las figuras 3 y 4, los resultados muestran que existen diferencias significativas en la baja realización personal

por investigación ($U=385$, $p=0.02$) en los resultados de la Universidad de Sevilla, y los varones tienen mayor puntuación que las mujeres. En el resto de dimensiones evaluadas de los profesores de la US, no existe diferencias significativas. En el caso de los resultados de los profesores de la UNASAM, no existe diferencias significativas en ningún caso.

Figura 3

Diferencias de medias según sexo en la US

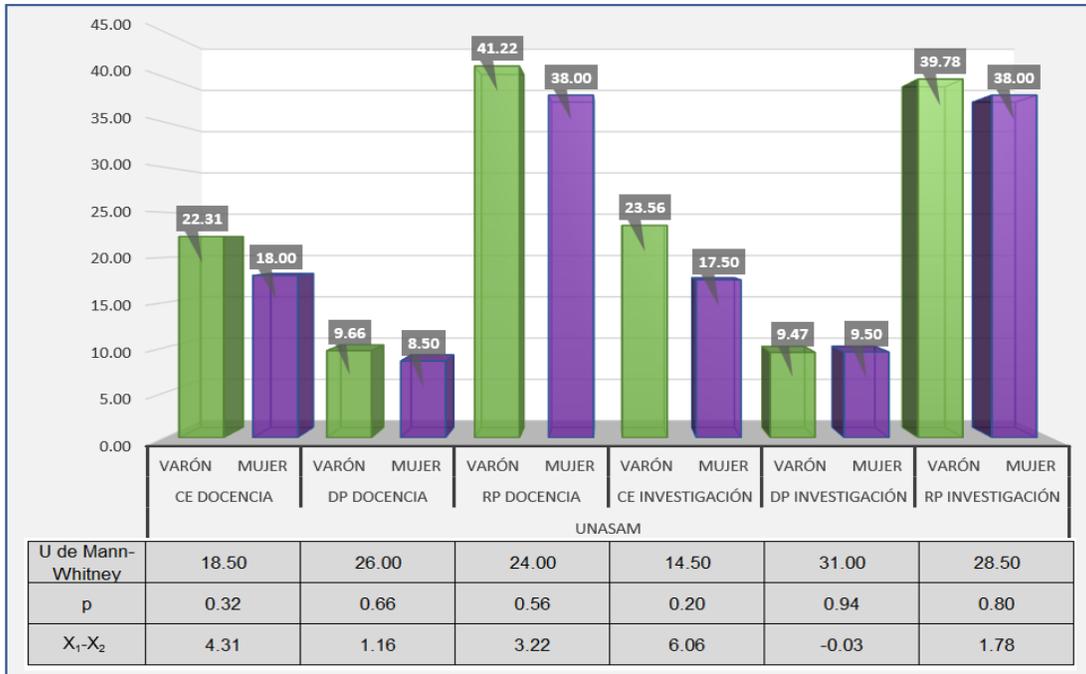


Nota. Elaboración propia (2020).

Figura 4

Diferencias de medias según sexo en la UNASAM

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS



Nota. Elaboración propia (2020).

En relación a los resultados según la edad de los evaluados (tabla 2), se encontró que la UNASAM no cuenta con profesores menores a 35 años, los dos primeros rangos de edad tienen una muestra igual a cero, es decir que no hay profesores en estas edades. Por tanto, el análisis de comparación de medias no pudo ser ejecutado para los grupos de menos de 30 años y el grupo de 30 a 35 años. Por otra parte, el rango de 51 a 55 años en la US no presenta variación, ya que el grupo presenta un valor constante de 1. Por este motivo, tampoco se realizó el análisis para grupos en este rango de edad; por ende, el análisis según la edad fue de solo 4 de los 7 rangos establecidos. Para el análisis de los resultados según la edad se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis, a un nivel de confianza del 95% no se evidencian diferencias significativas en ninguno de los casos, ni para la US, tampoco para la UNASAM.

Tabla 2*Diferencias de resultados según la edad*

	Dimensiones	H de Kruskal-Wallis	p
U. Sevilla	CE Docencia	6.05	0.11
	DP Docencia	5.32	0.15
	RP Docencia	1.33	0.72
	CE Investigación	2.85	0.42
	DP Investigación	4.76	0.19
	RP Investigación	1.32	0.72
	CE Docencia	7.22	0.07
	DP Docencia	0.47	0.93
UNSAM	RP Docencia	1.36	0.72
	CE Investigación	5.98	0.11
	DP Investigación	0.98	0.81
	RP Investigación	0.82	0.85

Nota. Elaboración propia (2020).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De los resultados encontrados, se infiere que los profesores evaluados de la Facultad de Ciencias Empresariales de la UNASAM, presentan niveles significativamente más altos de SB en las dimensiones de cansancio emocional por docencia, despersonalización por docencia e investigación y en baja realización personal por docencia e investigación, en comparación a lo presentado por los profesores evaluados de la US. Del mismo modo se evidencia la diferencia entre la actividad docente e investigación, en lo que respecta al cansancio emocional y baja realización personal, siendo esta diferencia más remarcada en la US en comparación a la UNASAM. Es necesario tener en cuenta que el contexto socioeconómico, político, cultural y educativo es distinto de país a país; sin embargo, hay aspectos comunes para los países iberoamericanos como España y Perú, como el escaso presupuesto asignado a las universidades públicas, y las políticas públicas implementadas para las universidades en general (Rodríguez, 2018; Arquero, Jiménez-Cardoso & Laffarga-Briones, 2018).

Asimismo, los resultados encontrados revelan que los profesores de la US y UNASAM, por igual presentan cansancio emocional por investigación sin diferencias significativas; pero los niveles de despersonalización y baja realización personal, tanto por realizar docencia, como investigación de los profesores de la UNASAM, son significativamente más altos, que de los profesores de la US. Este resultado se explicaría en parte, porque los profesores de UNASAM con frecuencia realizan simultáneamente docencia e investigación y están en mayor contacto con los estudiantes, hacia quienes muestran sentimientos y actitudes negativas, trato impersonal, poco interés y empatía, que afecta tanto la evaluación de desempeño de los profesores (Jiménez, Arrieta & Quintero, 2017), con menor reconocimiento de la labor docente de parte del estudiantado; como la percepción de la

calidad de los servicios educativos. Así mismo, el profesor de la UNASAM presenta mayor tendencia a evaluarse negativamente, puede sentirse descontento e incompetente consigo mismo al ejercer la docencia universitaria, que se relacionaría con la disminución del desempeño docente (Cárdena, Méndez & González, 2014), y con la intención de abandono de la profesión docente o de la universidad (Arquero & Donoso, 2006). Diferentes estudios realizados a nivel internacional sobre *burnout* en profesores universitarios, confirman que este grupo ocupacional además de presentar cansancio emocional, evidencia niveles altos de despersonalización y baja realización personal (Ibarra, Erazo & gallego, 2018;).

Con respecto a los resultados según el sexo, se evidencian diferencias en la baja realización personal por investigación en los profesores de la US, teniendo mayor puntuación los varones a diferencia de las mujeres; dicha diferencia es mínima pero significativa lo que indica que los profesores de la US, frente a la actividad de investigar son afectados de manera negativa en su realización personal, que es en mayor grado en los varones que en las mujeres. En el resto de dimensiones tanto por docencia, como investigación no existen diferencias significativas. Este hallazgo coincide con resultados encontrados en estudios precedentes internacionales (Chavarría, Colunga, Loria & Peláez, 2017; Ibarra et al, 2018); pero otros estudios hallaron lo contrario, mayor SB en mujeres (Arquero & Donoso, 2006). Además cabe indicar que casi la mitad de la muestra para la US son mujeres y para la UNASAM solamente el 5.88%; lo cual indicaría que en la US adaptada a un contexto cultural europeo menos tradicional, hay mayor equidad de género y políticas institucionales que no afectarían el desarrollo de la carrera académica de las profesoras; en cambio en el Perú persiste una cultura conservadora, y mayormente la elección y ejercicio de las carreras empresariales estarían relacionadas con el predominio de la ideología machista; y también en la UNASAM no se han implementado políticas

institucionales y programas de promoción de equidad de género y de apoyo para el desarrollo de la carrera académica (docencia e investigación).

En referencia a los resultados según la edad, se evidencia que no existe diferencias significativas en los resultados de cada una de las dimensiones (docencia e investigación), es decir que el paso de los años y el tiempo de servicio laboral, no afectaría la capacidad de afrontamiento y manejo del SB; asimismo presentarían recursos de adaptación similares, lo cual se relaciona con el desempeño docente (García, Iglesias, Saleta & Romay, 2016). Sin embargo, los resultados no serían concluyentes para la variable edad, pues estudios precedentes registraron asociación y no asociación entre la variable edad y el SB (Chavarría et al, 2017). Cabe indicar que la mayoría (88.23%) de la muestra de la UNASAM son adultos intermedios y mayores de 41 a 70 años de edad, y contrariamente la mayoría (76.48%) de la muestra de la US, son profesores adultos tempranos.

Para el caso de profesores adultos tempranos e intermedios, la presencia de SB ya sea por docencia o investigación, se debería a que este grupo mayormente enfrenta estresores como contratos temporales, bajos salarios, inestabilidad laboral, excesiva carga de trabajo sobre todo en la docencia, evaluación periódica para ratificación de contrato, promoción docente, y el deseo de calificar como docente investigador, que permite acceder al bono económico especial. Estos resultados difieren de lo encontrado por Arquero y Donoso (2006), quienes reportaron que el nivel alto de SB en los profesores universitarios de España y Ecuador, está asociada a las actividades de investigación, que a la docencia. Asimismo, el conflicto de roles docente-investigador estaría asociado con el SB y sus dimensiones de cansancio emocional y despersonalización (Xu, 2019).

Con relación a los profesores adultos mayores, la mayoría tienen estabilidad laboral, ostentan categorías de docente asociado o principal con mayor remuneración; sin embargo

enfrentan crónicamente estresores laborales, y están expuestos a otros estresores propios de la edad, como estar próximos a la jubilación, tener mayores problemas de salud que disminuye la vitalidad; dificultad para adaptarse al uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación y al entorno virtual, en el proceso enseñanza-aprendizaje e investigación; cumplir en plazos establecidos otras exigencias burocráticas para fines de evaluación, ratificación docente, licenciamiento y acreditación institucional, que restan tiempo para cumplir con eficiencia las actividades académicas, demandas sociofamiliares, como para el descanso, recreación, lo cual genera mayor SB, que impacta en la productividad, salud ocupacional, bienestar y calidad de vida del profesor universitario.

- Existe diferencias significativas para el SB, en cansancio emocional por docencia, despersonalización por docencia e investigación, baja realización personal por docencia e investigación, entre los profesores de las facultades de Ciencias Administrativas, de la US y la UNASAM.

- No existe diferencias significativas en cansancio emocional por investigación entre los profesores de las facultades de Ciencias Administrativas, de la US y la UNASAM.

- Existe diferencias significativas, según el sexo en la baja realización personal por investigación en los profesores de las facultades de Ciencias Administrativas de la US.

- No existe diferencias significativas según el sexo en el SB por docencia, cansancio emocional y despersonalización por investigación, en los profesores de las facultades de Ciencias Administrativas de la US.

- No existe diferencias significativas, según el sexo en el SB y sus dimensiones, sea por docencia o investigación, en los profesores de las facultades de Ciencias Administrativas de la UNASAM.
- No existe diferencias significativas, según la edad en el SB y sus dimensiones, sea por docencia o investigación, en los profesores de las facultades de Ciencias Administrativas de la US y la UNASAM.

REFERENCIAS

- Aramburuzabala, P., Martínez-Garrido, C., & García-Peinado, R. (2013). La formación del profesorado universitario en España: evolución y perspectivas. *Educación*, 22(43), 7-25. <http://hdl.handle.net/20.500.12799/2565>
- Arquero, J. & Donoso, J. (2006). Instrumento de medición del "síndrome de quemarse en el trabajo" (Burnout) en profesores universitarios. Publicación "Contabilidad y Auditoría", 23. <https://cutt.ly/JjhwJXK>
- Arquero, J., Jiménez-Cardoso, S., & Laffarga-Briones, J. (2018). Patrones generales de investigación en contabilidad: análisis de una muestra de universidades. *EDUCADE*, 9, 43-64. <https://hdl.handle.net/11441/91846>
- Bruner, J., & Villalobos, C. (2014). III Encuentro de Rectores Universia, Río de Janeiro, 2014. Políticas de educación superior en Iberoamérica, 2009-2013. *Ediciones Universidad Diego Portales*. <https://cutt.ly/4jhwCO8>

- Caballero, K. y Bolívar A. (2015). El profesorado universitario como docente: hacia una identidad profesional que integre docencia e investigación. *REDU - Revista de Docencia Universitaria*, 13 (1), 57-77. <https://doi.org/10.4995/redu.2015.6446>
- Cabezas, E. (2016). Análisis del síndrome de *burnout* en docentes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional de Chimborazo y su incidencia en el desempeño laboral. *Revista de la Facultad de Ingeniería Industrial UNMSM*, 19(1),59-68. <https://doi.org/10.15381/ldata.v19i1.12538>
- Chavarría, R., Colunga, F., Loria, J., & Peláez, K. (2017). Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2° nivel en México. *Educación Médica*, 18(4), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.09.001>
- Domínguez, L. (2018). Docencia de contabilidad internacional en el sistema universitario español. Metodologías docentes y sistemas de evaluación. *EDUCADE*, (9), 5-32. <http://dx.doi.org/10.12795/EDUCADE.2018.i09.02>
- García, M., Iglesias, S., Saleta, M., & Romay, J. (2016). Riesgos psicosociales en el profesorado de enseñanza universitaria: diagnóstico y prevención. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 32(3), 173–182. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2016.07.001>
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (2007). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Editorial Síntesis, S.A.

- Gómez, V., Perilla, L., & Hermosa, A. (2019). Riesgos para la salud de profesores universitarios derivados de factores psicosociales laborales. *Universitas Psychologica*, 18(3), 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-3.rspu>
- Ibarra, M., Erazo, P., & Gallego, F. (2018). Síndrome de burnout en profesores de una institución de educación superior de Manizales-Colombia. *Revista de Investigaciones UCM*, 18(32), 69-83. <http://dx.doi.org/10.22383/ri.v18i32.114>
- Jiménez, L., Arrieta, M., & Quintero, K. (2017). Síndrome de Burnout y evaluación de desempeño en docentes de la Fundación Universitaria del área andina sede Valledupar. *Escenarios*, 15(1), 36-46. <http://dx.doi.org/10.15665/esc.v15i1.1120>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2003). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. *Research in ocupacional stress and well being*, 3(1), 91-134. [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(03\)03003-8](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(03)03003-8)
- Monarca, H., & Prieto, M. (2018). Calidad de la educación superior en Iberoamérica. Editorial Dykinson.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2009). El burnout del profesorado universitario y las intenciones de abandono: un estudio multi-muestra. *Revista de Psicología del Trabajo y de las organizaciones*, 25(2), 149-163. <http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v25n2/v25n2a05.pdf>
- Rivera, A., Segarra, P., & Giler, G. (2018). Síndrome de *burnout* en docentes de instituciones de educación superior. *AVFT Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 37(2), 78-84. <https://cutt.ly/EjIRdg6>

- Rodríguez, L. (2018). Docencia de contabilidad internacional en el sistema universitario español. Metodologías docentes y sistemas de evaluación. *EDUCADE*, 9, 5-32. <http://dx.doi.org/10.12795/EDUCADE.2018.i09.02>
- Roig-Vila, R. (2017). *Investigación en docencia universitaria diseñando el futuro a partir de la innovación educativa*. Octaedro Editorial.
- Villamar, D., Juárez, A., Gonzáles, I., & Osnaya, M. (2019). Psychosocial factors and *burnout* syndrome in academics of a public university from México. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 111-140. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1233778>
- Xu, L. (2019). Teacher–researcher role conflict and burnout among Chinese university teachers: a job demand-resources model perspective. *Studies in Higher Education*, 44(6), 903-919. <https://doi.org/10.1080/03075079.2017.1399261>

RESEÑAS

ROSARIO MARGARITA YSLADO MÉNDEZ

Es profesora titular de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú. Tiene un doctorado en Educación internacional. Profesora investigadora RENACYT, reconocida por el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica, Perú. Tiene 25 años de experiencia en la enseñanza universitaria, en la redacción de artículos científicos, ha publicado textos

académicos y artículos indexados en Scopus, WOS, Scielo y Latindex. Su línea de investigación es salud ocupacional, salud mental y educación superior.

EDWIN HERNÁN RAMÍREZ ASÍS

Es profesor titular de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú. Tiene un doctorado en Administración. Profesor investigador reconocido por el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica, Perú. Tiene 15 años de experiencia en la enseñanza universitaria, como en la redacción de artículos científicos; tiene 8 artículos publicados e indexados en Scopus y WOS. Su interés de investigación es el comportamiento del consumidor, calidad de los servicios académicos y modelos de aprendizaje universitario.

MARCOS ROSAMEL ESPINOZA MAGUIÑA

Es profesor principal de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú. Tiene un doctorado en Educación. Profesor investigador. Tiene 25 años de experiencia en la enseñanza y el aprendizaje, así como en la redacción de artículos científicos; tiene 3 artículos publicados e indexados en WOS. Su interés de investigación es la evaluación de calidad de los servicios académicos y entornos de aprendizaje universitario.

EXPRESIÓN Y COMUNICACIÓN EMOCIONAL EN ESTUDIANTES COLOMBIANOS DE PSICOLOGIA EN UN AULA VIRTUAL DE APRENDIZAJE

EMOTIONAL EXPRESSION AND COMMUNICATION IN COLOMBIAN PSYCHOLOGY STUDENTS IN A VIRTUAL LEARNING CLASSROOM

Melissa Judith Ortiz Barrero
Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Colombia.
Colombia

Shadye Rocio Matar Khalil
Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Colombia.
Colombia

Investigación Cuantitativa – Psicología Educativa

RESUMEN: La expresión y comunicación emocional se considera un aspecto importante dentro de la inteligencia emocional y una habilidad fundamental en los profesionales de la psicología. La virtualidad ha influido en la forma de relacionarse con los otros, modificando la forma de expresar y comunicar las emociones ya que no se realiza de manera directa sino mediada por la tecnología modificando la percepción de cercanía y en algunos casos llegando a la despersonalización de aquellos con los que se interactúa. La muestra de estudio está conformada por 113 estudiantes del programa de psicología de la Universidad Nacional Abierta y a distancia – UNAD, al aplicar el cuestionario de percepción de la expresión y comunicación emocional en universitarios – PECEU se encuentran niveles moderados de expresión y comunicación emocional, particularmente se observan dificultades en la percepción emocional de sí mismo y del otro. Se espera que estos

resultados den paso a intervenciones para incrementar la interacción emocional empática entre los futuros psicólogos y fortalecer sus relaciones interpersonales y profesionales.

PALABRAS CLAVE: Expresión y comunicación emocional, percepción emocional, estudiantes de psicología, aula virtual, educación virtual.

ABSTRACT: Emotional expression and communication is considered an important aspect of emotional intelligence and a fundamental skill in psychology professionals. Virtuality has influenced the way of relating to others, affecting the way of expressing and communicating emotions since it is not carried out directly but rather mediated by technology, modifying the perception of closeness and in some cases reaching the depersonalization of those with whom you interact. The study sample is made up of 113 students from the psychology program of the Universidad Nacional Abierta y a distancia - UNAD, when applying the cuestionario de percepción de la expresión y comunicación emocional en universitarios - PECEU, there are moderate levels of expression and emotional communication, particularly difficulties are observed in the emotional perception of oneself and the other. These results are expected to lead to interventions to increase empathic emotional interaction among future psychologists and strengthen their interpersonal and professional relationships.

KEY WORDS: Emotional expression and communication, emotional perception, psychology students, virtual classroom, virtual education.

INTRODUCCIÓN

Una habilidad importante para los seres humanos es poder identificar y describir sus propias emociones y las de los demás, la cual se desarrolla desde el nacimiento a lo largo de la vida de cada persona y es llamada consciencia emocional, permitiendo que las personas tengan la capacidad de sentir empatía a las emociones de los otros (Canales y Rovira, 2016).

La expresión y comunicación emocional es definida como la “reacción que se vivencia como una fuerte conmoción del estado de ánimo; suele ir acompañada de expresiones faciales, motoras, etc...y surge como reacción a una situación externa concreta, aunque puede provocarla también una información interna del propio individuo” (Ibarrola, 2011, p.4)

En este sentido, la comunicación y expresión emocional es una de las características fundamentales de la inteligencia emocional, y una de las competencias básicas esperadas para un profesional de la psicología. Esta habilidad va a favorecer la empatía y en el caso de los psicólogos fortalece el desempeño profesional en los diversos campos de la psicología en donde se requiere una adecuada interacción con el otro (Gutiérrez y García, 2015).

Ribero y Vargas (2015) mencionan algunas investigaciones como las de Mayer, Caruso y Salovey, 2000; Cabello, Fernández-Berrocal, Ruiz y Extremera, 2006; Eisenberg y Spinrad, 2004; Kooler, 2009, que abordan la regulación y expresión emocional desde un enfoque cognitivo-conductual; así, al entenderse y expresarse adecuadamente las emociones se modula su ocurrencia, forma, intensidad y duración internamente. Por lo tanto, a estos procesos de regulación se les llama inteligencia emocional entendida como una habilidad de las personas que les

permite entender y responder apropiadamente a sus propios sentimientos y la capacidad para modificar su estado emocional o el de otros de manera voluntaria.

En la actualidad, son escasos los estudios que buscan evaluar la expresión y comunicación emocional de estudiantes universitarios bajo una modalidad de aprendizaje virtual y ninguno enfocado específicamente en estudiantes de programas de psicología en Colombia (Ortiz y Clares, 2020).

Por tanto, esta ponencia modalidad investigación profesional de corte descriptivo tiene como objetivo principal identificar la percepción de la expresión y la comunicación emocional en 113 estudiantes universitarios inscritos en el aula virtual del curso de psicometría pertenecientes al programa de psicología de la UNAD durante el primer periodo académico del 2020. Además, se busca analizar la percepción de la expresión y la comunicación emocional en relación con el rendimiento académico, el género, la edad, el nivel de educativo y región del país. El instrumento empleado es: el cuestionario de percepción de la expresión y comunicación emocional para universitarios PECEU (Clares, 2020).

MARCO TEÓRICO

Según García (2012) es difícil y complejo el poder definir las emociones, ya que estas pueden ser transitorias, intensas, con cambios corporales como respuesta a un evento, ello denota lo multicausal de las mismas, desde un componente biológico, cognitivo, social con implicaciones en la salud mental y desarrollo del individuo.

Escobar et ál. (2010) señalan que Darwin manifiesta la expresión de las emociones como un valor supervivencial para el hombre, Wundt como la representación en la conciencia de los sentimientos, mientras que Freud las expresa como el resultado de eventos traumáticos y como parte del inconsciente y reprimido.

Así mismo, estos mismos autores refieren que Jung define la emoción como la energía psíquica surgida por los sentimientos, que permiten la valoración de un evento, es decir, niega un proceso fisiológico en estas. Por otra parte, Martínez y Acosta manifiestan que las emociones son relevantes para el bienestar del individuo, al igual que Ruano quien reporta que la expresión emocional corporal contribuye al desarrollo tanto emocional como social.

Lo anterior, reconoce que la emoción permite a cada individuo conferir un significado a una situación impactando de forma positiva o negativa las relaciones y vínculos, en ese sentido lo emocional y racional no son opuestos son parte de los componentes de la personalidad entretnejidos en las diferentes dimensiones del ser desde una perspectiva biopsicosocial (García, 2012)

Lo que refiere a la inteligencia emocional, es un proceso orientado a que el individuo tenga la capacidad para percibir, usar, comprender y gestionar las emociones que permitan solucionar problemas y adaptarse eficazmente al medio, desarrollando habilidades para su identificación en las expresiones faciales, y para la comprensión de significados emocionales. (Jiménez & López 2009).

Mayer y Salovey en el año 2000, se refirieron a la inteligencia emocional como una inteligencia genuina producto del procesamiento eficiente de la información emocional, como si se tratara de una formula en donde emoción más razón es igual a inteligencia emocional (Fernández y Extremera, 2005)

Por otra parte, Ibarrola, (2011) define la expresión y comunicación emocional como la “reacción que se vivencia como una fuerte conmoción del estado de ánimo; suele ir acompañada de expresiones faciales, motoras, etc....y surge como reacción a una situación externa concreta, aunque puede provocarla también una información interna del propio individuo” (p,4)

Según Mehrotra, Ahamd Manzur, la falta de expresión y comunicación de las emociones que el individuo percibe como negativas tiene consecuencias importantes, lo cual generará diferentes desajustes, entre estas dificultades para el aprendizaje (Bravo, Naissir, Contreras & Moreno, 2015). Pero, al contrario, la expresión de las emociones promueve una organización cognitiva más abierta, flexible y compleja, lo cual posibilita que se ofrezcan de forma creativa, mejores soluciones a los problemas, ayudando a sobreponerse más rápido de sucesos negativos y desarmando los efectos perjudiciales que la emoción negativa puede acarrear. (Fernández-Abascal, 2011).

En cuanto a las comunicaciones en la internet, se evidencia el uso de emoticones en las comunicaciones virtuales, que en cierta manera compensa la no expresión facial de la emoción por el distanciamiento físico (Cuadrado, 2015). Así, en el ciberespacio se usa contenido emocional, pero cabe anotar que las competencias sociales y emocionales son un factor de protección ante posibles agresiones que se presenten en las interacciones virtuales.

La formación académica también fortalece la formación emocional, a partir de las comunicaciones, interrelaciones, el autocontrol, autoconocimiento y la empatía. En ese orden de ideas, un estudiante emocionalmente inteligente puede regular sus

emociones, además de ser capaz de sentir, facilitando la adaptación al medio (García et ál., 2018)

El estudio realizado por Garzón et ál. (2018) en estudiantes de psicología identificó que esta es una carrera estudiada más por mujeres que por hombres. Adicionalmente, respecto a la inteligencia interpersonal encontraron que la escucha, empatía, comprensión del otro y la responsabilidad social que son aspectos fundamentales para el ejercicio profesional se presentan en un rango moderado a bajo.

Tissoco et ál. (2019) interpretaron la existencia de una relación inversa entre el tiempo de transito por la carrera de psicología y la capacidad de expresión de sentimientos, en donde el tiempo fue analizado en razón al numero de materias cursadas.

Vale la pena mencionar que diversos estudios como los de Aquino, 2003; Argyle, 1990; Hargie, Saunders, y Dickson, 1995; Lafferty, 2004; Tapia y Marsh II, 2006; Trobst, Collins, y Embree, 1994 citados por Sánchez y Montañés (2008) han afirmado que los hombres son menos expresivos que las mujeres. Adicionalmente las mujeres denotan una mayor comprensión emocional y son más hábiles en competencias interpersonales (Gartzia et ál., 2012)

Pacheco y Berrocal (2004) encontraron asociaciones significativas entre la inteligencia emocional y las relaciones interpersonales y empatía, a su vez resaltan la importancia de fomentar la educación en inteligencia emocional en universitarios de tal manera que permita la construcción de una red social que a su vez facilite su adaptación.

Otros estudios como el Morales et ál. (2017) encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del rendimiento académico en la variable empatía, pero no con la inteligencia emocional. Por lo que resalta la relevancia educativa y practica de la empatía como una competencia interpersonal para potenciar las habilidades profesionales

Respecto a la empatía, es vital promover la percepción de las emociones de los demás, así como, la sensibilidad, el amor y el respeto, aspectos necesarios para la interacción social (Rovira, 2016), siendo esta una competencia fundamental del profesional en psicología.

En ese sentido, el desarrollo integral de un individuo involucra el desarrollo emocional, y para los estudiantes en formación en psicología es aún más relevante su desarrollo, en donde el conocimiento y expresión emocional haría parte del potencial profesional y la salud mental del profesional de psicología

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por 113 estudiantes del programa de psicología de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD con edades comprendidas entre los 19 y 60 años (Media =31), de los cuales 76.1% son mujeres y el 23.9% son hombres. En cuanto al nivel educativo, 27.4% son bachilleres, 35.4% culminaron estudios técnicos, 21.2% son tecnólogos y 15% ya poseen un título profesional (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Datos Demográficos

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	26	23.9
	Mujer	87	76.1
Nivel de estudios	Bachiller	31	27.4
	Técnico	40	35.4
	Tecnólogo	24	21.2
	Profesional	17	15
	Posgrado	1	0.9
Periodo académico	Tercero	5	4.4
	Cuarto	28	24.8
	Quinto	26	23
	Sexto	26	23
	Séptimo	11	9.8
	Octavo	7	6.2
	Noveno	10	8.8
Edad	19 a 29 años	55	48.7
	30 a 39 años	39	34.5
	40 a 60 años	19	16.8
	Media	Mínimo	Máximo
Edad	31	19	60

INSTRUMENTO

La evaluación de la percepción de la expresión y comunicación emocional se llevó a cabo a través del Cuestionario de Expresión y Comunicación Emocional en Universitarios - PEJEU (Clares, 2020). Los 19 ítems se califican en una escala de 4 puntos, donde 1 apunta a niveles bajos y 4 apunta a niveles altos. Para el cuestionario total la máxima puntuación posible es de 76 puntos y tiene en cuenta tres dimensiones: pensamientos y conductas empáticas, expresión y comunicación de emociones frente a los otros y percepción emocional de sí mismo y del otro. Esta escala arrojó un α total de 0.72.

PROCEDIMIENTO

La selección de la muestra se llevó a cabo a través del curso de psicometría de la UNAD durante el segundo periodo académico de 16 semanas del año 2020, se publicó un anuncio dentro del curso que convocaba a todos los estudiantes a participar en el estudio obteniendo una participación del 94%. Quienes aceptaron diligenciaron el consentimiento informado y el cuestionario en línea. A cada participante se le explicó el propósito del estudio haciendo énfasis en que su participación era de carácter voluntario y en la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

El propósito de este estudio fue determinar los niveles de expresión y comunicación emocional de una muestra de estudiantes de psicología en cuanto a pensamientos y conductas empáticas, expresión y comunicación de emociones frente a los otros y percepción emocional de sí mismo y del otro.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de la variable en estudio de manera general y por dimensiones, además se relacionaron algunas variables sociodemográficas.

Los análisis descriptivos arrojaron los resultados que se presentan a continuación para la totalidad de la muestra y de acuerdo con el género (ver Tabla 2). Se encontró que la mayoría de los estudiantes muestran un nivel medio de expresión y comunicación emocional y que las mujeres tienden a presentar niveles más altos que los hombres.

Tabla 2.

Niveles de expresión y comunicación emocional para la muestra total y por genero

Niveles de ECE	Muestra Total		Hombres		Mujeres	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Alto	21	18.6	4	15.4	17	19.6*
Medio	84	74.3*	18	69.2	66	75.8
Bajo	8	7.1	4	15.4*	4	4.6
Totales	113	100	26	100	87	100
Puntuaciones muestra total	Media		Mínimo		Máximo	
	55		37		69	

En cuanto a la edad y el nivel educativo, no se observan grandes diferencias, sin embargo, se destaca que el 84.6% de los estudiantes entre 30 y 39 años presentan niveles medios de expresión y comunicación emocional, los mayores de 40 años muestran las más altas puntuaciones tanto altas como bajas y que aquellos que tienen un nivel de estudios de bachillerato presentan puntuaciones más altas en comparación con los otros niveles educativos (ver Tablas 3 y 4).

Tabla 3.

Niveles de expresión y comunicación emocional por edad

Niveles de ECE	Grupo edad 19 a 29 años		30 a 39 años		40 a 60 años	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Alto	11	20	5	12.8	5	26.3*
Medio	39	70.9	33	84.6*	12	63.1
Bajo	5	9.1	1	2.6	2	10.5*
Totales	55	100	39	100	19	100

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Tabla 4.

Niveles de expresión y comunicación emocional por nivel de estudios

Nivel de estudio	Bachiller		Técnico		Tecnológico		Pregrado		Posgrado	
Niveles de ECE	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Alto	7	22.5*	7	17.5	4	16.7	3	17.6	0	0
Medio	20	64,5	32	80	19	79.2	12	70.6	1	100
Bajo	4	12.9	1	2.5	1	4.1	2	11.8	0	0
Totales	31	100	40	100	24	100	17	100	1	100

Con respecto a los niveles de expresión y comunicación emocional de acuerdo con el periodo académico en el que se encuentra el estudiante de psicología, se destaca que se encuentran cursando quinto y sexto periodo parecen mostrar las puntuaciones más altas y que en todos los periodos académicos predomina el nivel medio (ver Tabla 5).

Tabla 5.

Niveles de expresión y comunicación emocional por periodo académico

Periodo académico	Tercero y Cuarto		Quinto y Sexto		Séptimo, Octavo y Noveno	
Niveles de ECE	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Alto	5	15.1	12	23.1*	4	14.3
Medio	26	78.8*	35	67.3	23	82.1*
Bajo	2	6.1	5	9.6	1	3.6
Totales	33	100	52	100	28	100

Al revisar en la Tabla 6 las puntuaciones según las dimensiones que comprende el cuestionario, se destaca la dimensión 1 “pensamientos y conductas empáticas” con puntuaciones altas en el 66,4% de los estudiantes y puntuaciones

bajas para la dimensión 3 “percepción emocional de sí mismo y del otro” con un 37,2% 3.

Tabla 6.

Niveles de expresión y comunicación emocional para las puntuaciones totales por dimensiones

Niveles de ECE	Dimensión 1		Dimensión 2		Dimensión 3				
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%			
Alto	75	66.4*	35	31	8	7.1			
Medio	32	28.3	47	41.6	63	55.7			
Bajo	6	5.3	31	27.4	42	37.2*			
Totales	113	100	113	100	113	100			
Descriptivos	Dimensión 1			Dimensión 2			Dimensión 3		
	Media	Min.	Max.	Media	Min.	Max.	Media	Min.	Max.
	23	11	28	14	6	20	18	10	26

Al analizar de manera particular las tres dimensiones, los resultados a cada una de las preguntas que hacen parte de la primera dimensión denominada “pensamientos y conductas empáticas” es posible observar en la tabla 7 como algo favorable que los estudiantes en su mayoría (73.5%) consideran que pueden valorar los aportes positivos de sus compañeros y expresarles su reconocimiento, al igual que mostrar un gran interés por los sentimientos de otros (67.3%), poder debatir de manera empática su desacuerdo con la opinión de otro (57.5%) y llegar a intervenir en una discusión entre dos compañeros como mediador (68.1%). En un sentido poco favorable, se observa que más de la tercera parte de los estudiantes se interesan poco o nada en las cosas que pasan a su alrededor (45.1%).

Tabla 7.

Respuestas por pregunta para la dimensión 1 de pensamientos y conductas empáticas

Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
3. Las cosas que pasan a mi alrededor...	1. No me afectan, estoy en lo mío.	9	7.9*
	2. Me intereso un poco.	42	37.2*
	3. Suele interesarme casi todo	45	39.8
	4. Me interesa bastante todo lo que ocurre.	17	15.1
8. Cuando un compañero/a hace algo que crees que está muy bien. ¿qué haces?	1. No decirle nada	4	3.5
	2. le diría: "No está mal".	1	0.88
	3. Le diría: Está bien.	25	22.1
	4. Le diría: "Está muy bien"	83	73.5*
9. Te has enterado que hay otro compañero/a que no se encuentra bien, ¿qué haces	1. Como no es mi amigo/a no le digo nada.	4	3.5
	2. Le pregunto que qué le pasa	17	15
	3. Intento ayudarle si puedo.	59	52.2
	4. Me preocupa y le diría que como puedo ayudarle.	33	29.2
11. Cuando alguna cosa me interesa...	1. En cuanto la veo se me pasa el interés.	0	0
	2. La veo un poco y es suficiente.	4	3.5
	3. Me fijo bastante para ver cómo es.	50	44.2
	4. La estudio todo lo que puedo para enterarme muy bien	59	52.2

17. Si un compañero/a habla de sus sentimientos...	1. No me interesa si no lo conozco	3	2.7
	2. Algunas veces me intereso por lo que le ha pasado	10	8.5
	3. Me interesa casi siempre lo que le pasa a los demás.	24	21.2
	4. Siempre me interesa e intento colaborar	76	67.3*
18. Si un compañero/a de tu grupo de trabajo colaborativo dice algo que no te parece nada bien, ¿le dirías algo?	1. Le diría que no tiene razón, que está equivocado y me alejaría.	0	0
	2. Le diría y le demostraría que no tiene razón.	15	13.3
	3. Le diría que estoy en desacuerdo con lo que dice.	33	29.2
	4. Le diría que puede haber otras opiniones tan válidas como la suya.	65	57.5*
19. Ante una fuerte discusión entre dos de tus compañeros/as de grupo de trabajo colaborativo, ¿qué harías?	1. Me apartaría, para no meterme en medio.	3	2.7
	2. Miraría desde lejos lo que pasa.	0	0
	3. Intentaría entender lo que está pasando	33	29.2
	4. Me acercaría para ayudar a que parasen de discutir.	77	68.1*

Para las preguntas que hacen parte de la segunda dimensión denominada “expresión y comunicación de emociones frente a otros” (ver tabla 8) se observa que el 38% de los estudiantes se sienten mal o nerviosos al hacer una presentación oral frente a los compañeros y el 44.2% no suelen hablar espontáneamente de sus

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

sentimientos y emociones, sin embargo, cuando se ven obligados a expresar los suelen sentirse bien (78.8%).

Tabla 8.

Respuestas por pregunta para la dimensión 2 de expresión y comunicación de emociones frente a los otros

Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
6. ¿Cómo te sientes cuando expones una actividad de forma oral?	1. Me siento mal, porque pienso que no estará bien y no gustará.	5	4.42
	2. Me siento nervioso/a por si no les gusta a mis compañeros/as	38	33.6*
	3. Me siento tranquilo/a porque mis compañeros no suelen criticarme si fallo	29	25.7
	4. Muy bien porque las cosas las hago bien, y si me equivoco en algo mis compañeros lo entienden	41	36.3
12. En cuanto a la expresión de mis sentimientos en las aulas virtuales, a mí...	1. Me da mucha vergüenza y nunca hablo de ellos en clase.	16	14.1
	2. Aunque me da vergüenza alguna vez hablo de ellos en clase	27	23.9
	3. Puedo hablar de mis sentimientos sin que me dé	65	57.5
	4. Me gusta hablar de mis sentimientos en clase.	5	4.42
14. Yo, sin que nadie me lo diga...	1. Nunca hablo de mis sentimientos y emociones.	16	14.1
	2. Suelo hablar muy poco de mis	35	30.1*

	sentimientos y emociones.		
	3. Hablo de vez en cuando de mis sentimientos y emociones.	55	48.7
	4. Me gusta mucho hablar de mis emociones	7	6.2
15. Cuando haces una cosa que piensas que está muy bien, y otro dice que no le gusta. ¿Qué le dices?	1. No le digo nada y me siento mal	6	5.31
	2. Le digo: "Pues yo creo que no está tan mal	28	24.8
	3. Le digo: "Pues a mí me parece que está bien".	47	41.6
	4. No me sienta mal, y le digo: "pues para mí está muy bien"	32	28.3
16. Cuando tienes que hablar de tus sentimientos o emociones cómo te sientes...	1. Muy mal	2	1.8
	2. Mal	9	7.10
	3. Bien	89	78.8*
	4. Muy bien	13	11.50

En cuanto a las preguntas que hacen parte de la dimensión denominada "percepción emocional de sí mismo y del otro", el 92.9% de los estudiantes conoce poco o nada de los sentimientos de sus compañeros, el 68.2% perciben que en las aulas virtuales tienen pocas o ninguna oportunidad de hablar de sus sentimientos y emociones, el 45.2% se ponen nerviosos o no les gusta hablar de sus emociones, y el 31.9% solo algunas veces o casi no le interesa cuando a alguien le pasa algo.

Tabla 9.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Respuestas por pregunta para la dimensión 3 de percepción emocional de sí mismo y del otro

Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1. Ante las cosas que pasan a mi alrededor...	1. No me entero de casi nada, estoy en mis cosas.	9	7.10
	2. De algo me entero, si me fijo.	24	21.2
	3. Me entero de muchas cosas de lo que pasa	64	56.6
	4. Me entero de todo, estoy muy atento/a	16	14.1
2. ¿Tienes en las aulas virtuales oportunidad de hablar de tus sentimientos y emociones?	1. Nunca	38	32.8*
	2. Pocas veces	40	35.4*
	3. Algunas veces	33	29.2
	4. Muchas veces	2	1.8
4. Cuando me dicen que hable de mis emociones y sentimientos...	1. Me pongo muy nervioso/a y quiero dejar de hacerlo cuanto antes.	9	7.10*
	2. No me gusta mucho hacerlo.	43	38.1*
	3. Si lo tengo que hacer lo hago, no me importa.	23	20.4
	4. Me gusta hacerlo, me siento mejor	38	33.6
5. Cuando te expresas en las aulas virtuales, ¿sientes que los demás respetan lo que piensas?	1. No me respetan.	4	3.5
	2. Me respetan un poco.	13	11.50
	3. Me respetan bastante.	56	49.6
	4. Me respetan mucho.	40	35.4
7. En cuanto a los sentimientos de mis compañeros/as en los	1. No los conozco.	42	37.1*
	2. Conozco un poco lo que sienten mis compañeros/as.	63	55.8*

grupos de trabajos colaborativos,...	3. Conozco los sentimientos de bastantes compañeros.	6	5.31
	4. Conozco lo que sienten casi todos mis compañeros/as.	2	1.8
10. Alguien en tus grupos de trabajo colaborativo hace algo que está muy mal. ¿Qué crees que tus compañeros/as le dirían?	1. Se enfadarían y discutirían con él.	4	3.5
	2. Le hacen ver que no les gusta lo que ha hecho	27	23.9
	3. Le pedirían que cambiase de actitud porque no está bien lo que ha hecho	43	38.1
	4. Intentan comprender por qué lo ha hecho para poder ayudarlo a hacerlo bien.	39	34.51
13. Cuando a alguien le pasa algo...	1. No me interesa si no lo conozco.	2	1.8*
	2. Algunas veces me intereso por lo que le ha pasado	35	30.1*
	3. Me interesa casi siempre lo que le pasa a los demás.	35	30.1
	4. Siempre me interesa e intento colaborar	41	36.2

En síntesis, los principales hallazgos son: Los estudiantes de psicología en general muestran niveles moderados de expresión y comunicación emocional, en las mujeres y en aquellos con nivel de estudios de bachillerato se observa la tendencia a puntuar más alto. En cuanto a las dimensiones los estudiantes se perciben a si mismo con adecuados pensamientos y conductas empáticas, pero su percepción emocional de sí mismo y del otro tiende a ser baja.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar la percepción de la expresión y comunicación emocional en estudiantes de psicología en modalidad virtual. En primer lugar, se interpretan los resultados en la muestra general dando cuenta de puntuaciones medias, lo cual implica que este grupo de psicólogos(as) en formación no tiene un nivel óptimo de expresión y comunicación emocional que sería ideal en este tipo de profesionales (García et ál., 2012).

De acuerdo con las investigaciones (Sanchez y Montañez, 2008) efectivamente las mujeres tienen un mejor nivel de expresión y comunicación emocional que los hombres, en cuanto al resto de los indicadores sociodemográficos solo se destaca que contrario a lo que se podría esperar no se incrementa progresivamente el nivel de expresión y comunicación emocional en los niveles de estudio superiores (García et ál., 2018).

En las dimensiones planteadas si bien los estudiantes se perciben a sí mismos de manera positiva con unos pensamientos y conductas empáticas, al momento de percibir sus propias emociones y mostrar interés por las emociones del otro tienen dificultades dado que en el aula virtual no consideran que puedan expresarse con sus compañeros y si un compañero expresa algo de sus sentimientos no les interesa. Este hallazgo puede deberse a las implicaciones de la comunicación virtual que puede llevar a una reducción de la emocionalidad percibida (Cuadrado, 2015).

El estilo de los hallazgos de esta investigación en general puede deberse a las características de contexto y de la modalidad virtual, no es posible ignorar que estamos hablando de psicólogos(as) en formación, por lo tanto, se presenta una

dificultad notable en este grupo de estudiantes ya que la expresión y comunicación emocional es una habilidad fundamental dentro de la inteligencia emocional esperada en profesionales de la psicología.

En este sentido el rol del docente como modelo de interacción profesional virtual debe dar la imagen de un psicólogo(a) en un trato emocionalmente competente, lo cual puede dar paso a un estudio posterior para identificar sus habilidades emocionales y su influencia sobre los estudiantes a cargo.

En la UNAD se potencian las habilidades socioemocionales y de comunicación por medio de los trabajos colaborativos que corresponden a las actividades evaluativas. Por lo tanto, en los estudiantes de psicología, la expresión y la comunicación emocional se relaciona con las competencias de trabajo en equipo, liderazgo, negociación, empatía y resolución de conflictos, necesarias para la formación académica en un campus virtual y un óptimo ejercicio profesional, toda vez, que ayudan a construir entornos de estudio y de trabajo humanizados, siendo capaces de percibir, usar, comprender y gestionar las emociones para la comprensión de significados emocionales.(Jiménez & López 2009).

Esto a su vez, ha de tenerse en cuenta por el auge actual de la tele-psicología como una herramienta de atención psicológica en tiempos de pandemia por COVID-19, la cual evidencia la necesidad de formar psicólogos inteligentes emocionalmente para su interacción profesional mediada por las tecnologías de la información y comunicación.

Aunque los resultados de esta investigación son incipientes y dirigidos a una población específica, tienen implicaciones para la práctica profesional y desarrollo de programas de apoyo e intervención a psicólogos en formación y de manera

específica a estudiantes del programa de psicología de la UNAD. Los estudiantes son un recurso humano potencial valioso que debe formarse en aspectos como la expresión y comunicación emocional para su vida profesional futura y de esta manera ejercer la psicología de forma afectiva, respetuosa y cuidadosa de los sentimientos y emociones de todo aquel con quien tengan contacto.

REFERENCIAS

Bravo, L., Naissir, L., Contreras, C., & Moreno, A. (2015). El estado emocional y el bajo rendimiento académico en niños y niñas de Colombia. *Unifé*. Vol. 23 Núm. 1. Recuperado de:

<http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/175>

Canales L. & Rovira, G. (2016). La importancia de la autorregulación y la empatía en la formación docente. *Movimiento*, 22(1),157-172. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1153/115344155012>

Clares, J. (2020) *Cuestionario Percepción de la ECE* [documento no publicado]. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Sevilla.

Cuadrado, I., Martín-Mora, G., y Fernández, I. (2015): La expresión de las emociones en la Comunicación Virtual: *El Ciberhabla*, *Icono*, 14(13),180-207. doi: 10.7195/ri14.v13i1.71

Escobar, J., Domínguez, A. y García, R. (2010). La expresión emocional en el aula y su relación con el aprendizaje significativo: estudio cualitativo en alumnos

de la licenciatura en psicología de la UAEH. *Revista científica electrónica de psicología* ICSa-UAEH No.10 ISSN 1870-5812.

https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_ProcCogn/Jorge_Torres/9.pdf

Fernández-Abascal, E., García, B., Jiménez, M. & Domínguez, J. (2011) *Psicología de la emoción*. Editorial universitaria ramón areces. Recuperado de: <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf>

Fernández, P. & Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, vol. 19, núm. 3, diciembre, 2005, pp. 63-93. Universidad de Zaragoza, España. Recuperado de: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=27411927005> ISSN 02138646

García, J. (2012). La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje. *Educación*, vol. 36, núm. 1, 2012, pp. 1-24

García, M., Hurtado, P. Quintero, D., Rivera, D. y Ureña, Y. (2018). La gestión de las emociones, una necesidad en el contexto educativo y en la formación profesional. *Revista espacios*, 39(9), 8-17

Gartzia, I., Aritzeta, A. y Barberá, E. (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de psicología*. 28(2), 567-575 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.124111>

Gutiérrez, M. & García Cué, J.L. (2015). La comunicación emocional, una necesidad para una sociedad en crisis. En J. Clares López & W. I. Ángel Benavides (Coord.), y comunicación emocional: prevención de dificultades socioeducativas: actas del I

- Congreso Internacional de Expresión y Comunicación Emocional (p. 397-408).
Sevilla. Recuperado de: http://congreso.us.es/ciece/Publicacion_CIECE_2015.pdf
- Ibarrola, B. (2011). Como educar las emociones de nuestros hijos. Conferencia celebrada en el auditorio CAM de Alicante el 5 de abril.
- Ibarrola, B. (2011). Como educar las emociones de nuestros hijos. Conferencia celebrada en el auditorio CAM de Alicante el 5 de abril.
- Jiménez, M. & López, E. (2009) Inteligencia emocional y rendimiento escolar: Estado actual de la cuestión. *Revista latinoamericana de psicología*. Vol. 41, núm. 1. Konrad Lorenz. Recuperado de: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/view/556/392>
- Morales, A., Morales, M., Pérez, J., García, B. (2017). Diferencias en empatía e inteligencia emocional en función del rendimiento académico, *Revista educación y psicopatología*, 5(2), 45-52
- Ortiz-Barrero, M. J. y Clares-López, J. (2020). Comunicación y expresión emocional entre estudiantes universitarios de Bogotá-Colombia. Programa DISEMFE-IUVEN, Actas del III Congreso Internacional de Expresión y Comunicación Emocional (p. 258-273). Sevilla. Recuperado de: http://congreso.us.es/ciece/lib_Ciece_19.pdf
- Pacheco, N. y Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Revista Clínica y Salud*, 15 (2), 117-137

Papalia, D. & Martorell, G. (2017) Desarrollo Humano (Edición 13) México. McGraw-Hill.

Pérez-Portillo, F. & Clares-López, J. (2015). Programa DISEMFE: expresión y comunicación emocional. Una experiencia en secundaria. En J. Clares López & W. I. Ángel Benavides (Coord.), Expresión y comunicación emocional: prevención de dificultades socioeducativas: actas del I Congreso Internacional de Expresión y Comunicación Emocional (p. 291-304). Sevilla: Universidad de Sevilla. Recuperado de http://congreso.us.es/ciece/Publicacion_CIECE_2015.pdf

Ribero, S., Vargas, R. (2015) Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo conductual: una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. Psicología desde el Caribe, vol. 30, núm. 3, septiembre-diciembre, 2013, 495-525. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21329176004>

Rovira, Gloria., Canales La cruz Inmaculada. (2016). La importancia de la autorregulación y la empatía en la formación docente. Universidad de Zaragoza España. Revista Movimiento, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 157-172, jan./mar. De 2016. Recuperado de: <https://dugidoc.udg.edu/bitstream/handle/10256/139Imp99/ortanciaAutoregulacion.pdf>

Sánchez, M., Fernández, P. y Montañés, J. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en

hombres y mujeres y sus implicaciones. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*. ISSN. 1696-2095, 6 (2), 455–474

Silenzi, M. (2018) El rol de las emociones a la hora de resolver el problema del marco ¿Emociones de tipo cognitivas y/o perceptivas? *Revista Estudios de Filosofía*. 59, p65-95. 31p. Recuperada de: <https://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile>

Tissoco, F., Bruno, F. y Stover, J. (2019). Inteligencia emocional, sintomatología psicopatológica y rendimiento académico en estudiantes de Psicología de Buenos Aires. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(2), 111-123 <http://dx.doi.org/10.30545/academo.2019.jul-dic.2>

RESEÑAS

MELISSA JUDITH ORTIZ BARRERO

Psicóloga. **Experiencia en evaluación psicológica, el diagnóstico y seguimiento terapéutico en familias y población infantil. Con capacitación en las áreas de Desarrollo Socio-Emocional, Dificultades del Aprendizaje, Violencia Intrafamiliar, Psicología Positiva y Educación. Énfasis en el área clínica, educativa e investigativa.**

Magister en Investigación Psicosocial. Universidad de los Andes. Septiembre de 2007. Bogotá. Línea de Investigación: Relaciones Afectivas a lo Largo de la Vida.

Psicóloga. Universidad de los Andes. Septiembre de 2004. Bogotá.

Actualmente me encuentro en la ciudad de Bogotá. D.C. (Colombia) soy docente investigadora de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD. Zona Centro: Bogotá - Cundinamarca. Soy líder del grupo de investigación Sophie y el semillero de investigación Serendipity.

SHADYE ROCIO MATAR KHALIL,

Bióloga y psicóloga. Doctora en psicología, docente del programa de psicología de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia e integrante del grupo de investigación SHOPIE. Con experiencia investigativa en diabetes y función neurocognitiva, autoeficacia y control de peso, percepción y comunicación emocional en universitarios (análisis de las propiedades psicométricas del PCEJ), diseño de cuestionario para evaluar la percepción de riesgo contagio COVID-19 en Colombia, neurobiología de la adicción a la nicotina y ética en psicología.

MODELOS DE ATENCIÓN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. ESTUDIO CUALITATIVO DE TIPO SISTÉMICO

MODELS OF CARE IN THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES.

Johan Manuel Pérez López
Mónica Andrea Trujillo Segrera.
Corporación Universitaria Minuto de Dios.
Semillero Psicopatología de las Adicciones.
Colombia.

Investigación Cualitativa – Psicología y Modelos Intervención

RESUMEN: La motivación principal de este proyecto radica en que por medio de esta investigación se abordarán los modelos de atención que se emplean a nivel de salud cuando se presenta consumo de sustancias psicoactivas (SPA), con la finalidad de afrontar una de las problemáticas sociales a nivel nacional e internacional con mayor número de afectados, debido a que Colombia paso de ser un país productor de drogas ilícitas a un país consumidor, donde se identifica como principal problemática el aumento del consumo que en su medida perjudica mayormente a la sociedad. Es por esto que se hace necesario abordar esta problemática desde los modelos de atención en el consumo de sustancias psicoactivas con el objetivo de “ofrecer un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que un profesional, establece deliberadamente una relación con

su paciente, con el objetivo de eliminar, modificar o retrasar síntomas existentes, cambiar patrones de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad“ (Becoña Iglesias, y otros, 2012). En cuanto a los objetivos de esta investigación se encuentra como finalidad general conocer cuáles son los modelos interpretativos utilizados para abordar el consumo de sustancias psicoactivas a partir de la participación del psicólogo. De igual forma, los objetivos específicos son: identificar que modelos de atención son los más utilizados para llevar a cabo el proceso de rehabilitación en el afectado, describir las fases de intervención en el consumo de SPA de acuerdo a cada modelo de atención y analizar las diferentes técnicas/actividades que se desarrollan desde los diferentes modelos de atención. Dentro de la metodología se planteó una investigación con enfoque cualitativo, implementando un diseño sistémico; se examinó literatura incluyendo artículos e investigación en base de datos especializadas como Scielo, Redalyc, Dialnet, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA), y Observatorio de Drogas de Colombia (ODOC). En cuanto a los resultados relevantes para esta investigación se encuentra el: Modelo de Hospital de día, Modelo de Minnesota, Modelo de Comunidad Terapéutica y los centros de emergencia, los cuales, a partir de su revisión, se logró obtener resultados sobre como es el manejo que se le da a los pacientes diagnosticados y su tratamiento adecuado en cada uno de los modelos. Así mismo, para concluir, se considera pertinente este estudio, de acuerdo a que este fenómeno social se encuentra en aumento a nivel nacional, y en municipios como Girardot no se cuenta con las suficientes instituciones que brinden la atención requerida para el manejo de esta población drogodependiente. De acuerdo con el (Observatorio de Drogas de

Colombia, 2016) “Girardot ocupa el segundo lugar después de Soacha, en cuanto al tráfico, micro tráfico y comercialización de drogas presentando una prioridad alta”, de esta manera, esta investigación permite generar datos y herramientas específicas a partir de la caracterización de los modelos psicoterapéuticos en el tratamiento del abuso de drogas, que permita dar a conocer la necesidad de crear fundaciones que atiendan las adicciones como la enfermedad que es, y que debe ser tratada desde el área de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que, de acuerdo con la Ley 1566 del 2012, artículo 1:

“Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, licitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de las familias, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

PALABRAS CLAVES: Consumo de sustancias psicoactivas, revisión bibliográfica, modelos de atención en el consumo de SPA, fundaciones, salud pública.

ABSTRACT: The main motivation of this project is that this research will address the models of care used at the health level when psychoactive substance use occurs, with the aim of addressing one of the social problems at the national and international level with the greatest number of people affected, due to the fact that

Colombia has gone from being a country producing illicit drugs to a country that consumes drugs. The main problem is the increase in consumption, which to its extent harms society the most. This is why it is necessary to address this problem from the perspective of models of care for the consumption of psychoactive substances with the aim of “provoking a treatment for problems of an emotional nature, in which a professional deliberately establishes a relationship with his patient, with the aim of eliminating, modifying or delaying existing symptoms, changing behaviour patterns and promoting the growth and positive development of the personality” (Becoña Iglesias, and others, 2012). Regarding the objectives of this research, the general aim is to know which interpretative models are used to address the consumption of psychoactive substances through the participation of the psychologist. Similarly, the specific objectives are: to identify which models of care are most used to carry out the rehabilitation process in the affected person, to describe the stages of intervention in the consumption of PAS according to each model of care, and to analyse the different techniques/activities that are developed from the different models of care. Within the methodology, a qualitative research approach was proposed, implementing a systemic design; literature was examined, including articles and research based on specialized databases such as Scielo, Redalyc, Dialnet, the National Institute on Drug Abuse of the United States (NIDA), and the Observatory of Drugs of Colombia (ODOC). Regarding the relevant results for this research, we find the: Day Hospital Model, Minnesota Model, Therapeutic Community Model and Emergency Centers, which, based on their review, were able to obtain results on the management of diagnosed patients and their appropriate treatment in each of the models. In conclusion, this study is considered pertinent,

given that this social phenomenon is on the rise at the national level, and municipalities such as Girardot do not have enough institutions to provide the care required for the management of this drug-dependent population. According to the (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016) “Girardot occupies the second place after Soacha, in terms of trafficking, micro-trafficking and commercialization of drugs presenting a high priority”, thus, this research allows the generation of specific data and tools from the characterization of psychotherapeutic models in the treatment of drug abuse, which will allow to raise awareness of the need to create funds treatment of addictions, such as the disease that it is, and that should be treated from the area of health promotion and disease prevention, since, according to Law 1566 of 2012, article 1:

“Recognize that the use, abuse and addiction to psychoactive substances, whether licit or illicit, is a matter of public health and the well-being of families, the community and individuals. Therefore, abuse and addiction should be treated as a disease that requires comprehensive care by the State, in accordance with current regulations and the National Public Policies on Mental Health and to reduce the use of psychoactive substances and their impact” (Ministry of Health and Social Protection, 2013)

KEYWORDS: Consumption of psychoactive substances, bibliographic review, models of care in the consumption of SPA, foundations, public health.

INTRODUCCIÓN

El consumo de (SPA) es una problemática latente que prevalece y empeora con el pasar de los años, las adicciones al consumo de sustancias afectan al individuo que las consume, a su familia y a la sociedad; debido a esto se han implementado diversos modelos de atención que se enfocan en la rehabilitación de personas consumidoras. Cada uno de los modelos de tratamiento de consumo de SPA tiene diferentes enfoques y consigo aplica diferentes tipos de terapias, cada uno viene acompañado de un equipo de profesionales de la salud que ayudan en el área física, cognitiva, mental, emocional y familiar.

Mediante esta investigación de revisión sistemático se busca generar información pertinente para propuestas de fundaciones en diferentes lugares, pero sobre todo en la ciudad de Girardot que es donde nace la necesidad de esta investigación ya que por medio de la recolección de información y herramientas específicas a partir de los modelos de atención en el tratamiento del abuso de drogas, que permita dar a conocer la necesidad de crear fundaciones especializadas que ayuden a mitigar los índices de consumo de SPA en el municipio, dando como cumplimiento a la ley 1566 del 2012 que plantea que El abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Para dar respuesta al fenómeno de las adicciones, se incorporan diversos programas de intervención, que en función de las características y necesidades de la población, se desarrollan en tratamientos ambulatorios, residenciales, e intervención mínima, con la finalidad de solucionar o minimizar la problemática que se ha mencionado anteriormente en el uso de los diferentes tipos de SPA y como poder lograr intervenir a partir de los diversos modelos que se presentan para generar soluciones en cada una de las necesidades de las personas o afectados que se encuentren involucrados.

INTERVENCIONES AMBULATORIAS

“Los niveles de atención ambulatorias intervienen en pacientes con un grado de severidad manejable con los recursos disponibles, los cuales presentan una patología dual, trastornos mentales de severidad leve o de severidad grave pero estables. En este proceso se utilizan pruebas diagnósticas médicas y psicológicas, cuestionarios y cualquier instrumento estandarizado o no, que contribuya a completar una evaluación biopsicosocial, permitiendo realizar la planificación del tratamiento “ (Becoña Iglesias, y otros, 2012). A partir de esto se explica que, para iniciar el tratamiento con algún individuo, se requiere analizar: nivel de adicción, como la conducta adictiva afecta la parte individual y social del sujeto, para así mismo evaluar los recursos con los que cuenta la institución y brindar el mejor acompañamiento al afectado.

Dentro de las intervenciones ambulatorias se encuentran modelos como: Hospital de día, Modelo de Minnesota.

MODELO HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de Día (HD) es una alternativa al tratamiento de reclusión/interno, que disminuye los costos y aumenta la capacidad de atención, que nace desde el ámbito de la psiquiatría y constituye un esfuerzo por mantener una interacción constante de corresponsabilidad en la triada Institución-paciente-familia, donde la familia y el hogar no son sustituidos sino involucrados en el proceso de ayuda, pero bajo una fuerte supervisión institucional. De acuerdo con (Muñoz Gil, 2014) los objetivos de este modelo consisten: Evitar la internación, ofrecer un tratamiento efectivo para pacientes adictos a sustancias como alternativa a la hospitalización de tiempo completo. Facilitar la rehabilitación, la resocialización, y la pronta reinserción en el medio familiar, educacional y/o laboral. Brindar al paciente las herramientas necesarias para que pueda establecer relaciones de interdependencia normales con los demás, manteniendo a la vez un perfil personal, con capacidad de decidir, determinar y elegir su propio proyecto vital.

MODELO DE MINNESOTA

Los fundamentos de este modelo de tratamiento incluyen que las intervenciones deben contar con un enfoque integral y multidisciplinario, orientado hacia la abstinencia y basado en los principios de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA), añadiendo un tratamiento médico profesional, este modelo opta por un nivel de atención sanitario, ya sea ambulatorio o residencial en alguna institución especializada en la contingencia del consumo de SPA. De acuerdo con (Gil Ossa, 2017) los objetivos generales del Modelo de Minnesota son: Ayudar al adicto y a su familia a reconocer la enfermedad y sus consecuencias en su vida. Ayudar a la persona a identificar cuáles son las conductas que tiene que cambiar para poder vivir con la enfermedad que no tiene cura. El Modelo de Minnesota incluye un programa de cuidado continuo desarrollado y estructurado como red de apoyo para la persona en recuperación.

INTERVENCIONES RESIDENCIALES

“Esta modalidad está dirigida a pacientes que habitualmente presentan una importante desestructuración psicológica, familiar y/o social que dificulta de forma notable el desarrollo de un tratamiento exitoso en su medio habitual y que han fracasado de forma repetida en el ámbito ambulatorio “ (Becoña Iglesias, y otros, 2012).

Dentro de las intervenciones residenciales se encuentra el Modelo de la Comunidad Terapéutica (CT).

MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Este modelo de atención en adicciones “consiste en centros de carácter residencial, cuyo objetivo es la deshabitación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencias. Dentro de las mismas se lleva a cabo un tratamiento integral, que comprende intervenciones psicológicas, médicas y educativas, dirigidas, en último término, al desarrollo de un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado” (Becoña Iglesias, y otros, 2012). Desde este modelo se señalan rasgos fundamentales como: “El ingreso en el dispositivo es voluntario. Presencia de un equipo multidisciplinar: psicólogos, trabajadores sociales, educadores y médicos. El objetivo de toda intervención debe ser ayudar a la persona a desarrollar un proyecto y un estilo de vida alternativo” (Fundación Atenea, 2011). Es decir que, a partir, de las diferentes disciplinas que se involucran en este proceso, cada área brinda herramientas/estrategias para que a la vez el sujeto vaya disminuyendo la conducta adictiva.

NIVEL DE INTERVENCIÓN MÍNIMA

“Se sitúa una serie de recursos cuya función es minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de droga, así como llevar a cabo una vigilancia sobre enfermedades en la población drogodependientes que no desea comenzar un tratamiento “ (Fundación Atenea, 2011).

MÉTODOS

PROBLEMA DE ESTUDIO

Colombia pasó de ser un país productor de drogas ilícitas a un país consumidor, este consumo ha venido en aumento y de acuerdo al reciente informe del (Observatorio de Drogas de Colombia, 2017) “Los estudios muestran que el consumo de drogas se está incrementando en el país, no solo porque las personas las consumen, sino porque el mercado es cada vez más amplio y diverso “. De esta manera, es importante conocer que el tema de adicciones tiene diferentes interrogantes, como las causas y el impacto a nivel social y familiar. Así mismo surge el interrogante de cómo se está atendiendo en Girardot a este tipo de población desde el campo terapéutico, ya que “Girardot ocupa el segundo lugar después de Soacha, en cuanto al tráfico, microtráfico y comercialización de drogas presentando una prioridad alta“ (Plan Nacional de Desarrollo, 2016).

Además de esta problemática que se presenta, en el municipio de Girardot no se cuenta con las suficientes instituciones especializadas en el tema, la única fundación con la que cuenta el municipio y sus alrededores, no da la suficiente capacidad para atender a esta población afectada por el consumo de SPA.

En este sentido desde el campo de la salud mental se hace necesario conocer ¿Cuáles son los modelos de atención en el consumo de sustancias psicoactivas? Con el fin de generar información específica que permitan reconocer y profundizar a nivel estructural como están constituidas y dinamizadas cada uno de los diferentes modelos y enfoques, lo cual permita direccionar o generar insumo suficiente para posibles propuestas de fundaciones en el Municipio de Girardot.

MUESTRAS

Al momento de llevar a cabo la consulta bibliográfica en bases de datos como: Scielo, Redalyc, Dialnet, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA), Observatorio de Drogas de Colombia (ODOC), se consultaron cerca de 72 artículos y se seleccionaron 10 documentos que aportaron información relevante a la investigación. El artículo denominado “Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación “aporta en esta investigación los diferentes niveles de atención sanitaria y la rehabilitación funcional en diferentes ámbitos de la dependencia.

DISEÑO

El desarrollo del proyecto se realizó a través de la construcción de una revisión sistémica, que son resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta específica. Se conforman de múltiples artículos y fuentes de información como evidencia, a partir de una tarea de recolección, selección y evaluación por medio de un proceso realizado de forma transparente (Moreño, Muñoz, Cuellar, Domancic, & Villanueva, 2018), con el objetivo de abordar una serie de investigaciones, documentos y libros que permitieran la recolección de información necesaria y adecuada para dar respuesta al objetivo principal que es conocer los diferentes modelos de atención por los cuales el psicólogo o profesional puede dar tratamiento.

TÉCNICA

La técnica utilizada en el desarrollo de esta investigación fue la revisión bibliográfica, cuyo objetivo principal es realizar una investigación documental, con el fin de recopilar información ya existente sobre un determinado tema.

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS DATOS

MODELO HOSPITAL DE DÍA

Categorías	Modelo de Comunidad Terapéutica
Nivel de atención sanitaria	Nivel de tratamiento residencial/hospitalario
Bases metodológicas	<p>Las bases metodológicas de la Comunidad Terapéutica se caracteriza por una serie de rasgos y componentes, entre los que he seleccionados los doce más relevantes o significativos, siguiendo un esquema propuesto por Maxwel Jones (Fundación Atenea, 2011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una Comunidad Terapéutica es un centro residencial, en el que se permanece la mayor parte del día o todo el día, y donde los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico. 2. El ingreso es voluntario, sin que puedan utilizarse medidas ni estrategias de retención que atenten contra los derechos individuales. 3. Una Comunidad terapéutica exige la presencia y la intervención de

	<p>un equipo técnico multidisciplinar, con un fuerte predominio de componentes psico-sociales y educativos.</p> <p>4. La vida en la Comunidad Terapéutica es un intento de reproducir una vida cotidiana real, en la que todas las figuras cumplen con sus roles reales, interaccionan y a través del desarrollo de sus papeles en esta micro-sociedad, lo cual produce intensos (y positivos) efectos sobre los residentes.</p> <p>5. La Comunidad Terapéutica se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para diversos perfiles que, en general, presentan una combinación especialmente letal de problemas sanitarios, sociales, psicológicos y morales.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>6. En una Comunidad Terapéutica los residentes no son sujetos pasivos que “reciben una ayuda profesional” sino que adoptan progresivas y crecientes responsabilidades asumiendo roles que contribuyen a dinamizar la vida comunitaria ayudando a los ingresos más recientes a integrarse.</p>
<p>Tiempo de tratamiento</p>	<p>El tiempo de tratamiento en el Modelo de Comunidad Terapéutica puede variar de acuerdo a las avances que se evidencian en el afectado, habitualmente este proceso de desarrolla en un lapso de tiempo de 12 meses a 18 meses con plazo máximo de hasta 3 años.</p>
<p>Fases de tratamiento</p>	<p>Los programas de tratamiento de la Comunidad Terapéutica para Drogodependientes (CTD) parten de modalidades estratégicas y de posicionamientos distintos: los primeros</p>

	<p>son asistenciales, farmacológicos, en lo que se pone en duda y se niegan capacidades a la persona para resolver y cambiar sus problemas y situaciones, y en los que esta asume el rol de paciente. La Comunidad Terapéutica incorpora a su programa terapéutico estrategias formales de intervención que van desde el tratamiento psiquiátrico hasta la aplicación de técnicas de tratamiento psicológico de índole diversa, según la orientación teórica de la CT (terapia cognitivo-conductual, familiar-sistémica, de orientación psicoanalítica, psicoterapia centra en el cliente) (Becoña Iglesias, Cortés Tomás, Pedrero Pérez , Fernández Hermida, & Casete Fernández, 2010).</p>
<p>Equipo interdisciplinario</p>	<p>El equipo interdisciplinario conformado en las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes (CTD) se encuentra compuesta en dos niveles: Atención directa: Dirección (psicólogo o medico),</p>

	Educador, Psicólogo, Trabajador Social, Médico experto en adicciones, Enfermero/a, Monitor. Atención indirecta: Personal administrativo y de gestión
Involucramiento del núcleo familiar	La CT como potente instrumento terapéutico posibilita trabajar en un nuevo sistema algunas de las funciones de la familia, que pueden encontrarse deterioradas o alteradas. Los terapeutas de la CT tienen que tener en cuenta e incorporar al máximo a la familia de forma que la familia no sea ajena a los cambios del usuario y puedan producirse modificaciones en el sistema familiar.
Seguimiento en el afectado	De acuerdo con autores como (Gogeochea, Pavón León, Blázquez Morales, & Sanchez Solis, 2016) resaltan que es fundamental insistir en el post tratamiento a través de diferentes modalidades terapéuticas profesionales y grupos de ayuda mutua (terapia grupal, terapia individual, grupo de AA). De igual

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

	manera, el apoyo familiar es indispensable para lograr un mejor resultado, principalmente en el mantenimiento de la abstinencia.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MODELO DE CENTROS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

Categorías	Modelo de centros de atención a las drogodependencias (CAD)
Nivel de atención sanitaria	Nivel de intervención mínima por medio de una atención ambulatoria
Bases metodológicas	Los centros de atención a las drogas se encargan de prestar servicios de salud promocionales, preventivos y asistenciales iniciales a través de estrategias para la reducción de riesgos y daños generados por consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales a grupos poblacionales vulnerables y sus redes sociales de apoyo desde la atención primaria en salud para garantizar el mejoramiento de su calidad de vida a

	través de la disminución de la segregación, discriminación y marginalidad. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2014)
Tiempo de tratamiento	El tiempo de tratamiento de este modelo es de acuerdo a los avances en el programa y en la deshabitación de las conductas adictivas por parte del afectado.
Equipo interdisciplinario	El equipo técnico de los centros de atención a las drogodependencias está formado por: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros.
Fases de tratamiento	Desde los CAD se presta una atención personalizada individual y/o grupal, en régimen ambulatorio, a aquellas personas que presentan problemas de abuso dependencias del alcohol o de otras drogas, las fases de tratamiento contemplan:

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

	<ul style="list-style-type: none">➤ Valoración interdisciplinar del paciente.➤ Tratamiento integral que, además de abordar el propio consumo, contempla aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y ocupacionales.➤ Intervenciones de reducción del daño y riesgos, dirigidos a disminuir los efectos del consumo de drogas y conseguir mejoras en la salud.➤ Tratamientos farmacológicos.
Involucramiento del núcleo familiar	Las acciones en este modelo de atención se desarrollan en espacios abiertos y vigilados que incluyen: salones de terapia grupal, consultorios de terapia individual y familiar.
Seguimiento en el afectado	El proceso de seguimiento en el afectado se lleva a cabo por medio de visitas domiciliarias por parte del

	equipo interdisciplinario para evaluar la deshabitación de las conductas adictivas, permitiendo que el usuario lleve consigo una vida integral.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONCLUSIONES

Los tratamientos desde los modelos de atención tienen diferentes características, se parte desde diversos enfoques teóricos psicológicos, donde se puede tratar la adicción de manera individual, grupal y familiar, en medio domiciliario o en medio cerrado. En investigaciones futuras se hará mayor énfasis en el desarrollo de cada modelo de atención, teniendo en cuenta, la intervención, ejecución y seguimiento del afectado que lleva a cabo cada miembro del equipo disciplinario de acuerdo a su disciplina científica, con el propósito de contar con las herramientas e insumos que permita la creación de diferentes fundaciones especializadas en el consumo de sustancias psicoactivas, para disminuir los índices de consumo a nivel nacional, permitiendo mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras de drogas o que presenten algún tipo de adicción.

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorrivas, C., Berdullas Barreiro, J., & Iraurgi Castillo, I. (2012). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación . Valencia: Socidrogalcohol.
- Fundación Atenea. (2011). La metodología de la Comunidad Terapéutica. Fundación Atenea.
- Gil Ossa, S. P. (2017). Intervención de corte terapéutico con enfoque cognitivo conductual en personas con adicción a sustancias psicoactivas y sus familias de la Institución Prestadora de servicios de salud PSICO de Pereira. Universidad Católica de Pereira, 13-14.
- Gogeoascoechea, M., Pavón León, P., Blázquez Morales, M. S., & Sanchez Solis, A. (2016). Evaluación de resultados del tratamiento de adicciones en usuarios de una comunidad terapéutica. Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 37.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública. Observatorio de Drogas de Colombia, 22.
- Moreño, B., Muñoz, M., Cuellar , J., Domancic, S., & Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. Revista Clínica de Periodoncia Implantología y Rehabilitación Oral, 2.
- Muñoz Gil, R. (2014). El tratamiento ambulatorio de las adicciones. Universidad de oriente, 42.

Observatorio de Drogas de Colombia. (2014). Modelo de atención primaria en salud.

Observatorio de Drogas de Colombia, 18.

Observatorio de Drogas de Colombia. (2016). Plan Integral Departamental de

Drogas Cundinamarca 2016-2019. Observatorio de Drogas de Colombia, 19.

Observatorio de Drogas de Colombia. (2017). Reporte de Drogas de Colombia.

Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia.

Plan Nacional de Desarrollo. (2016). Plan Integral Departamental de Drogas 2016-

2019. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia.

**INCLUSIÓN LABORAL Y WORK ENGAGEMENT: LA PARADOJA
DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN CLAVE DE
DISCAPACIDAD**

**LABOR INCLUSION AND WORK ENGAGEMENT: THE PARADOX OF
PSYCHOSOCIAL RISKS AS A DISABILITY**

Andrea del Pilar Arenas
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
Colombia

Juan Manuel Aldana Porras
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
Colombia

Edwin Dorance Garzón Carrillo
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
Colombia

Investigación Mixta - Psicología Organizacional

RESUMEN: La ponencia que se presenta da cuenta de los resultados de una investigación que tuvo como propósito hacer un análisis del proceso de inclusión laboral de personas en situación de discapacidad en la ciudad de Ibagué, identificando los ajustes razonables y su incidencia en la prevención inclusiva y específicamente en los factores de riesgo psicosocial a los que están expuestos los trabajadores. El ejercicio se orientó desde un enfoque mixto bajo un diseño explicativo secuencial, haciendo uso de la encuesta y la entrevista abierta semiestructurada como instrumentos para la recolección de información, los cuales fueron validados a través de la estrategia denominada validación de contenido por

juicio de expertos. En tal sentido y apelando a los preceptos del diseño metodológico planteado, la fase cuantitativa tuvo como objetivo delimitar la población que participaría en la fase cualitativa; para ello, se llevó a cabo la caracterización de 50 empresas estableciendo la encuesta como instrumento primario de recolección de datos, lo que derivó en la selección de 5 compañías con las cuales se desarrolló la fase cualitativa, constituyéndose finalmente, en un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los principales hallazgos hacen referencia a: en primer lugar, que en el contexto empresarial ibaguereño los procesos de inclusión laboral son limitados, en segundo lugar, que los trabajadores en situación de discapacidad desarrollan un alto compromiso laboral o engagement, y en tercer lugar, que las personas vinculadas se exponen a riesgos psicosociales derivados de los aspectos de la organización del trabajo y del entorno sociolaboral que pueden incidir en la calidad de vida laboral de los trabajadores, a causa de las barreras que cotidianamente enfrentan relacionadas con el estigma social, lo que pone en evidencia que pese a la concepción tradicional de orden biologicista para el abordaje de la discapacidad, esta da cuenta más de construcción social que actúa sobre el sujeto incidiendo en sus prácticas cotidianas.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad, Inclusión Laboral, Contexto Empresarial, Prevención Inclusiva, Riesgos Psicosociales.

ABSTRACT: The paper presented here reflects the results of a research aimed at analyzing the process of labor inclusion of people with disabilities in the city of Ibagué, identifying reasonable accommodation and its impact on inclusive prevention and specifically on the psychosocial risk factors to which workers are exposed. The exercise was oriented from a mixed approach under a sequential

explanatory design, making use of the survey and the semi-structured open interview as instruments for the collection of information, which were validated through the strategy called content validation by expert judgment. In this sense, and appealing to the precepts of the proposed methodological design, the quantitative phase had the objective of delimiting the population that would participate in the qualitative phase; for this purpose, the characterization of 50 companies was carried out, establishing the survey as the primary data collection instrument, which resulted in the selection of 5 companies with which the qualitative phase was developed, finally constituting a non-probabilistic sampling by convenience. The main findings refer to: firstly, that in the Ibaguiera business context the processes of labor inclusion are limited, secondly, that workers with disabilities develop a high work commitment or engagement, and thirdly, that people with disabilities are exposed to psychosocial risks derived from aspects of the organization of work and the socio-labor environment that may affect the quality of working life of workers, This shows that in spite of the traditional biologicist conception of disability, it is more of a social construction that acts on the individual and affects his or her daily practices.

KEYWORDS: Disability, Labor Inclusion, Business Context, Inclusive Prevention, Psychosocial Risks.

INTRODUCCIÓN

La inclusión laboral se ha constituido en una responsabilidad ética y social que tiene como propósito la implementación de procesos de selección y contratación donde no se discrimine el sujeto por situaciones de discapacidad. Sin embargo, en

el contexto empresarial ibaguereño existe una brecha entre lo normativo y lo práctico que se constituye en un desafío constante tanto para empleadores como empleados, dado que si bien en la actualidad el abordaje de la discapacidad ha inclinado la balanza hacia un proceso de consolidación de semánticas emergentes que reafirmen la diversidad tanto en el orden del decir como en el orden del hacer, aún se evidencia como un tema signado por el estigma, el desconocimiento y la exclusión que relega al sujeto al confinamiento y por tanto limita su desarrollo personal, social y laboral, pese a que paulatinamente se ha buscado transitar desde una perspectiva ortodoxa centrada en el paradigma biologicista y por tanto rehabilitador, que la sume “como una condición o rasgo derivado de la existencia de una serie de «deficiencias» personales que hay que combatir mediante políticas y actuaciones destinadas a normalizar a las personas que las «padecen»” (Asís, 2013, p. 2) hacia una visión centrada en la perspectiva biopsicosocial que busca “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades individuales para todas las personas con discapacidad” (ONU, 2006, p.1).

Y es que hablar de discapacidad en un entorno diseñado por personas sin discapacidad bajo una percepción de perfección antropométrica, es reproducir las estructuras basales de exclusión a las que está expuesto el sujeto, una exclusión como la refieren Arenas et al (2020) aquella que “ilustra la dualidad que caracteriza una sociedad dividida, la cual refleja un adentro y un afuera que se materializa en la justicia/injusticia espacial y en la ventaja/desventaja social como disparidades que dan cuenta de la desigualdad que experimentan, entre otras, las personas con

discapacidad” (p. 178), situación que trasladada al plano laboral no es más prometedora.

Al respecto, vale la pena mostrar las cifras del censo poblacional realizado por el DANE y que fueron socializadas en mayo de 2019 las cuales dan cuenta de un 7.1% de colombianos en condición de discapacidad, aproximadamente 3.065.361 personas, las cuales en su mayoría se encuentran en edad productiva, es decir alrededor de 1.793.236 que corresponden al 58.5% de la población total y de la cual el reporte en términos de vinculación con el sector productivo es desalentador pues “tan solo el 29.1% (3 de cada 10) de personas en condición de discapacidad ha recibido un ingreso por trabajo, y de estos el 10% tiene un contrato a término indefinido, el 6% cuenta con una vinculación laboral a término fijo, el 13% no especificó su condición contractual y un 71% lo hace sin contrato” (DANE, 2018).

Por lo tanto, lo que se logra observar en torno al tema, es el bajo índice de formalidad contractual en el contexto empresarial, dado que las personas en situación de discapacidad enfrentan en los espacios de trabajo barreras sociales y físicas pese a que se tiene evidencia de que este grupo poblacional más allá de su limitación física, cognitiva o sensorial, tiene grandes capacidades de aprender, adaptarse, desarrollar habilidades y destrezas, al tiempo que se destaca su sentido de pertenencia, responsabilidad y compromiso, lo que desde la cultura organizacional se conoce como engagement y supone en sí mismo un mutuo beneficio trabajador/empresa. No obstante, en la diada empleo-discapacidad dicho beneficio pudiera verse limitado puesto que al interior de las organizaciones no se da cuenta de un modelo inclusivo que, en términos de valores, ponga de manifiesto

la igualdad de trato, la cultura inclusiva y un estilo directivo personal y flexible, que enfatice en el desempeño del trabajador y no en su discapacidad, así como la disposición de proveer las adaptaciones necesarias para todos los empleados (Alcover de la Hera y Pérez, 2011).

Ahora bien, un punto sensible en los procesos de inclusión laboral y que repercute en la generación del engagement, es la organización del trabajo y el entorno sociolaboral en el que los trabajadores desarrollan su labor. Estos elementos se relacionan directamente con los factores psicosociales en el ámbito de la empleabilidad, los cuales hacen parte de lo que se conoce como la prevención de riesgos y que para el caso específico de las personas en situación de discapacidad se denomina prevención inclusiva, pues pese a que los trabajadores con algún tipo de discapacidad, al igual que cualquier otro trabajador deben hacer frente a los aspectos psicosociales del contexto del trabajo, es claro que, las demandas, recursos y ajustes de que disponen sitúan al sujeto en una posición de riesgo que en ocasiones puede reducir la calidad de vida laboral.

MARCO TEÓRICO

INCLUSIÓN LABORAL Y DISCAPACIDAD: DE LA DIFERENCIA A LA IGUALDAD

En la actualidad el abordaje de la discapacidad ha transitado de una perspectiva centrada en el individuo que toma como base el modelo médico rehabilitador, a una cuya óptica se centra en la colectividad y en la construcción social del concepto, orientada desde el modelo social que hace énfasis en las ideas de discriminación y normalización. Por lo tanto, frente a los planteamientos que consideran la

discapacidad como un rasgo derivado de la existencia de una serie de deficiencias personales que hay que combatir mediante políticas y actuaciones destinadas a normalizar a las personas que las padecen, el modelo social entiende la discapacidad como una situación no derivada necesariamente de dichos rasgos sino más bien de estructuras y condicionamientos sociales (Asís, 2013 p. 2).

De esta forma, el modelo social se asume desde una postura distal al concepto que enfatiza exclusivamente en los rasgos personales y se instala en el plano contextual, resultando entonces de la interacción de la persona y su experiencia con las barreras impuestas en el entorno a causa de los aspectos físicos y sociales que menoscaban la participación del sujeto en igualdad de condiciones. Y es que, vista desde este lente, la discapacidad, tanto en sentido como en significado es concomitante con aspectos como la exclusión y la discriminación que se evidencian en todas las esferas de la vida: educativa, sanitaria, social y laboral. Frente a este último aspecto, autores como Hernández y Cruz (2006) refieren que

... hoy, parte de la población -especialmente en los países pobres- está desempleada o subempleada en ocupaciones precarias, intermitentes y mal remuneradas. Esta situación afecta principalmente a los miembros de los grupos sociales más vulnerables: trabajadores jóvenes, adultos con bajo nivel de calificación profesional, mujeres cabeza de familia, personas en situación de discapacidad, minorías étnicas y otros (p. 12).

Y es que en el contexto laboral, la discapacidad entendida desde la diversidad no siempre permea la cultura organizacional, haciendo que la inclusión laboral sea optativa, pese a que es vista no solo como un tema de igualdad sino también de

productividad y que por tanto supone un reto aunado a la posibilidad de generar nuevas perspectivas y creencias en torno a la discapacidad; un reto cuyo cometido sería la transformación del marco social que acrecienta brechas y discapacita, por uno encaminado a cambiar paradigmas sociales desde la generación de un ecosistema social inclusivo en el que todos los actores (sociedad, empresa, entidades educativas, administración pública...) trabajen de forma conjunta. Siendo las empresas un eje clave en la inclusión (Delclos, 2019).

Ahora bien, pese a los avances en materia de contratación de empleados con discapacidad, todavía el contexto laboral está impregnado de prejuicios y mitos y entre los cuales se destacan: el bajo nivel de productividad y rendimiento laboral de las personas en algún tipo de discapacidad, la creencia de que para que las infraestructuras sean accesibles se requiere de grandes inversiones y costes para adaptar los puestos a los empleados, la percepción de las ausencias temporales y permanentes a causa de la discapacidad, la falta de conocimiento y capacitación en el tema, el temor a que se accidenten en el sitio de trabajo más que otros empleados, las inquietudes relacionadas con la aceptación de las personas con discapacidad por parte de los empleados sin discapacidad, las dificultades legales a las que se expone el empresario al momento de desvincular una persona en situación de discapacidad, entre otros.

A razón de lo anterior, Delclos (2019) refiere que lo que hace que las empresas tomen la decisión de poner en marcha y ejecución políticas y programas de inclusión laboral, es entre otros aspectos, el compromiso real con la integración laboral, el reconocimiento de los beneficios tributarios, el impacto positivo de esta gestión en la reputación de la compañía, etc. Lo que se traduce en un cambio de concepción

en torno a la discapacidad y el reconocimiento de la diferencia en medio de la igualdad.

ENGAGEMENT EN CLAVE DE DISCAPACIDAD

El contexto laboral enfrenta un reto sin precedentes a causa de la globalización, la competitividad y la emergencia de modelos de negocio con una perspectiva integral y de generación de valor, cuyos enfoques estratégicos y de afrontamiento de las demandas y ofertas se han centrado en el reconocimiento de la importancia de las personas (colaboradores), como un recurso activo para el logro de las metas organizacionales y el posicionamiento de las compañías.

En la actualidad, a nivel empresarial, el centro de atención y productividad inclina la balanza hacia el personal más que hacia los aspectos materiales y físicos con los que cuentan las organizaciones, pues la gestión del recursos humano y el desarrollo organizacional se potencia en la medida en que los empleados demuestran comportamientos positivos enmarcados en el compromiso, la responsabilidad, el sentido de pertenencia y el nivel de interacción, acoplamiento y articulación de los propósitos individuales con los propósitos organizacionales; un tipo de comportamiento al que se le conoce como engagement y que beneficia a las compañías, justamente por la predisposición que aquellos evidencian para generar mayores y mejores resultados.

En la definición estricta del término, la traducción del vocablo engagement al español es dinámica y compleja, puesto que no existe un término preciso que englobe la totalidad del concepto, dado que representa un estado pluridimensional

afectivo y cognitivo cuya evidencia es la actitud y el comportamiento del sujeto. Y aunque las investigaciones sobre el tema aún son escasas, teóricamente se han planteado diferentes perspectivas para su comprensión y abordaje, que van desde su interpretación a partir de lo que se conoce como la teoría del rol en donde se establece una relación entre el individuo y las características de la tarea, considerando los contextos interpersonales, grupales y organizacionales como factores que inciden en los niveles de motivación y significancia del trabajo; pasando por el modelo basado en la teoría de las demandas y recursos laborales; hasta el reciente modelo circunflejo de las emociones a partir del cual se plantea que existe diferencia entre el constructo engagement y la satisfacción laboral, pues para Bakker y Oerlemans (2001) engagement combina el placer por el trabajo (dedicación) con una elevada activación (vigor, absorción), mientras, la satisfacción laboral es una forma pasiva de bienestar en el trabajo.

No obstante, en la revisión de la literatura se logra evidenciar que el modelo teórico más referenciado y utilizado en diferentes contextos y sectores es el que toma como base las demandas y recursos laborales, por el interés que suscita la cuestión sobre qué causa estrés en el trabajo y qué motiva a los trabajadores, a partir de la existencia de relaciones recíprocas entre estas variables (Bakker y Demerouti 2013). De acuerdo con los autores, los recursos laborales se constituyen en los aspectos motivacionales del trabajo, mientras que las demandas laborales dan cuenta de los factores estresores. Según los autores:

las demandas laborales hacen referencia a aquellos aspectos físicos, psicológicos y organizacionales que requieren un esfuerzo sostenido, y conllevan costes fisiológicos y psíquicos. Por su parte, los recursos laborales aluden a los

aspectos que están relacionados con los factores psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo, que pueden reducir las exigencias, y costos físicos y psíquicos asociados al trabajo. Estos pueden ser decisivos en la consecución de los objetivos de trabajo, o pueden estimular el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo (p. 108).

Ahora bien, trasladar el tema al contexto de la inclusión laboral, permite reflexionar en torno a interrogantes como ¿cuál es la relación entre discapacidad y engagement? o ¿cómo se puede impulsar el desarrollo del engagement en los procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad en el entorno laboral? Al respecto Delclos (2019) menciona que:

... aunque la integración de personas con discapacidad en la compañía no se traduce siempre, ni de forma directa en un elemento generador de vínculo y confianza por parte de los trabajadores hacia la compañía, ni las empresas pueden convertir esta apuesta por la inclusión en parte de su salario emocional... cuando la diversidad se gestiona de forma consciente y con base en una estrategia orientada a aceptar la diferencia, valorarla y hacerla parte, a través del compromiso, de un proyecto empresarial con propósito... el engagement como objetivo puede conseguirse (p. 1).

Al respecto, el engagement en las personas en situación de discapacidad con su puesto de trabajo debe partir de la base de que el empleo cumpla con las expectativas, perfil, capacitación y necesidades de la persona vinculada, de tal forma que se gestione no sólo un vínculo con la empresa, sino también con el trabajo que se realiza y con la calidad de su empleo, lo que a su vez redundará en el

mejoramiento de la calidad de vida laboral; situación que en sí misma hace posible predecir el engagement y su opuesto (el agotamiento) a partir de recursos como la autoeficacia, la autoestima basada en la organización, el optimismo y las autoevaluaciones positivas vinculadas a la resiliencia referidas a la percepción de la capacidad propia para controlar e influir en el entorno (Hobfoll et al, 2003).

Así pues, está demostrado que contratar personas en situación de discapacidad genera un impacto positivo en las empresas, pues a la reputación y reconocimiento empresarial que se obtiene, es importante sumar aspectos estratégicos como el logro de metas y objetivos, el factor productivo, la promoción del trabajo colaborativo y el engagement de los empleados, pues existe evidencia de que “las habilidades y destrezas laborales se miden por la capacidad de aprendizaje, adaptación al entorno, trabajo en equipo y, sobre todo, ganas de trabajar, habilidades que las personas con discapacidad (PcD) han evidenciado sin ningún impedimento. Incluso, se destaca su compromiso, sentido de pertenencia y responsabilidad con respecto a las personas sin discapacidad” (Mintrabajo, 2015, p.4).

La prevención inclusiva: una aproximación a los riesgos psicosocial

La calidad de vida laboral es un tema que en la actualidad ha sido abordado desde diferentes disciplinas y cuyo concepto se relaciona con la articulación de los aspectos del trabajo asociados a la experiencia individual y los propósitos organizacionales. Para Flores y Janero (2010) la calidad de vida laboral (CVL) da cuenta de la forma en que se produce la experiencia del trabajo, tanto en sus condiciones objetivas (seguridad, higiene, salario, etc.) como subjetivas (la forma en que es vivida por el trabajador); dando cuenta de un concepto multidimensional formado por indicadores que atañen tanto al individuo como al contexto en el que

se desenvuelve (p. 15), aspectos que para el caso de las personas en situación de discapacidad integra los mismo factores, que para los empleados sin discapacidad.

Ahora bien, diferentes elementos del contexto laboral y sobre todo de la forma en la que aquellos son percibidos por el empleado inciden directamente en la vivencia del bienestar asociado al contexto del trabajo. Situación que, de ser negativa, se conoce desde la prevención inclusiva como el desencadenante de los riesgos psicosociales en el entorno laboral, que no son otra cosa que el desnivel entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el sujeto para afrontarlas. Pero específicamente, ¿a qué hace referencia la prevención inclusiva? Desde la visión de OIT (2013) la prevención inclusiva de riesgos laborales pone el foco en las condiciones del entorno y la actividad técnica desarrollada por la empresa para disminuir los riesgos laborales, tomando en cuenta la diversidad de personas que en él se desempeñan. No es un proceso que revista dificultades técnicas, operativas y/o administrativas, sino que se constituye en una oportunidad para integrar e incluir aquellas personas que a causa de su situación de discapacidad han sido relegadas y excluidas y que pueden ser tan productivas y profesionales como los demás.

En tal sentido, la prevención inclusiva y en general la prevención de riesgos laborales, tiene como propósito precautelar el bienestar y cuidado de las personas en su entorno laboral tanto físico como social, tomando como fundamento el desarrollo de condiciones de trabajo saludables, confortables y seguras, por la premisa del valor que se le adjudica al capital humano. Frente al tema autores como Ramírez (2005) refieren que el objetivo común es el bienestar del hombre mediante un esfuerzo racionalizado y humanizado, de flexibilidad y seguridad, de forma tal

que en el ambiente del trabajo, el sujeto, sus necesidades, intereses y habilidades, sean el factor más importante y a partir del cual el empleador implemente acciones para garantizar la salud y la seguridad de los colaboradores, dado que si bien el comportamiento del trabajador es el determinante más importante de su seguridad... por sí solo, no puede hacer seguro un trabajo peligroso” (Asfahl, 2000, p. 1).

Ahora bien, un aspecto importante para tener en cuenta en la prevención, son los factores de riesgo psicosocial, relacionados con las condiciones y la organización del trabajo y que pueden repercutir en la salud no solo física sino también mental del sujeto, a causa de las exigencias, las interacciones y en ambiente interno de trabajo. Técnicamente, un factor de riesgo se entiende como “una característica del ambiente, físico o social, o inherente al individuo, que está asociada a la probabilidad de que ocurra un hecho específico” (Benavides et al, 2010, p.6) el cual puede influir positiva o negativamente sobre la salud.

En esa vía, los factores de riesgo psicosociales se refieren a las interrelaciones entre el trabajo, medio ambiente, y condiciones de trabajo, por un lado, y por el otro, “las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y consideraciones personales que a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo” (Gómez, 2010, p. 716) por lo que “unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador” (González, 2011, p. 38).

Por lo anterior, hablar de factores de riesgo psicosocial es un tema imperante que cobra una gran relevancia cuando se aborda desde la óptica de los trabajadores en situación de discapacidad, debido a las situaciones y barreras que a diario enfrentan en el trabajo a causa del estigma. Al respecto Flores y Janero (2010) mencionan que los últimos años, los investigadores que previamente se habían centrado en el estudio del síndrome de burnout como una consecuencia de los riesgos psicosociales, están comenzando a prestar también atención al estudio de un constructo considerado como el polo teóricamente opuesto al “síndrome del quemado”, denominado “Work Engagement”, y que ha sido traducido como “ilusión por el trabajo” (p. 34) dado que pese a las condiciones estresante derivadas de las barreras actitudinales y comunicacionales en el entorno sociolaboral, la ilusión por el trabajo se considera como un activo que caracteriza muchos de los trabajadores en situación de discapacidad, a diferencia de otros empleados a quienes pueden ser más propensos a desarrollar síndrome de burnout: contrario al agotamiento y al cinismo experimentado por aquellos trabajadores quemados, los individuos “engaged” o “ilusionados con el trabajo” “se sienten capaces, se perciben con más recursos para afrontar las demandas laborales del día a día y, además, manifiestan sentirse entusiasmados en sus trabajos” (Flores y Janero, 2010. p. 35).

MÉTODO

ENFOQUE: MIXTO

De acuerdo con los objetivos planteados se realizó un proceso sistemático cuyo propósito fue ampliar el conocimiento en torno al tema de referencia,

específicamente la inclusión laboral y la prevención de riesgos laborales con población en situación de discapacidad en la ciudad de Ibagué, por lo que se desarrolló un proceso de investigación tomando como base los fundamentos de la investigación mixta o cualimétrica.

El enfoque cualimétrico (Ruiz, et al 2013) se caracteriza “por una serie de pasos entre los que se encuentran llevar a cabo la observación y la evaluación de fenómenos, establecer suposiciones o ideas como consecuencia de la observación”, describir el grado en que las suposiciones tienen fundamento y proponer nuevas observaciones para fundamentar, modificar o esclarecer las suposiciones y generar otras.

Al respecto, autores como Hernández, Fernández y Baptista (2003) señalan que los diseños mixtos representan el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. Ambos se entremezclan o combinan en todo el proceso de investigación, o, al menos, en la mayoría de sus etapas o fases, agregando complejidad al diseño de estudio a partir de las ventajas de cada uno de ellos.

DISEÑO: EXPLICATIVO SECUENCIAL

De acuerdo con el enfoque seleccionado para el desarrollo del proceso de investigación, se hizo uso del diseño explicativo secuencial el cual permitió la recolección de información por etapas. En la primera fase se aplicaron los instrumentos cuantitativos y en la siguiente se utilizarán los instrumentos cualitativos. La característica fundamental de este diseño es que la segunda etapa

se construye sobre la base de la primera y posteriormente los hallazgos se integran para la presentación de los resultados.

Por lo tanto, desde el diseño, en la fase inicial que fue la cuantitativa se partió de un proceso explicativo de selección de participantes, el cual se usa cuando el equipo investigador necesita inicialmente información cuantitativa para luego, a partir de allí, seleccionar los participantes en la fase cualitativa. De acuerdo con Piñeiro et al (2018) “este diseño se aleja de los habituales estudios explicativos en los que la fase cualitativa permite profundizar, comprender o dar significado a los resultados encontrados en la fase cuantitativa y en los que la principal es la primera etapa no la segunda. En este estudio, la cuantitativa, aunque necesaria, tiene un menor papel, ya que es el estudio cualitativo, el que permite responder a los objetivos formulados.

Por lo anterior, la fase cuantitativa posibilitó la caracterización de las empresas ibaguereñas en las que se realizan procesos de vinculación de personas en situación de discapacidad, para posteriormente realizar la selección de participantes que se involucraron en la fase cualitativa, desde la cual se exponen los resultados de la presente disertación, como una forma de dar continuidad al desarrollo del proyecto en coherencia con los objetivos específicos planteados.

POBLACIÓN

Siguiendo el objetivo principal del proyecto la población objeto de estudio en la fase cualitativa, estuvo integrada por dos grupos de personas, por una parte, los Representantes Legales y/o encargados de Recursos Humanos de las empresas

que realizan procesos de contratación de personas en situación de discapacidad, y por otra, las personas en situación de discapacidad vinculadas a las empresas Ibaguereñas que realizan procesos de inclusión laboral.

Para ello, previamente se realizó la selección de los participantes a partir de la caracterización de las empresas, siendo esta la primera etapa descrita en el diseño secuencial explicativo y una vez identificadas se trabajó con un total de 5 empresas haciendo uso de un muestreo de casos homogéneos y no probabilístico por conveniencia, el cual se fundamentó en el criterio de selección del equipo investigador de manera objetiva, tomando como criterio la conveniencia y la facilidad, sobre la base de una norma sistemáticamente empleada (López y Fachelli, 2017). A partir de este tipo de muestreo se buscó comprender y describir un subgrupo poblacional a profundidad, siendo el punto de referencia para la elección de los participantes: sus vivencias, condiciones y experiencia común con el núcleo temático de la investigación, de tal forma que se seleccionaron los casos accesibles y que voluntariamente aceptaron ser incluidos en el proceso investigativo. Así, el de participantes fueron 28 personas, de las cuales 5 fueron empleadores y 23 empleados en situación de discapacidad física y sensorial (auditiva y visual).

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En coherencia con las fases descritas en el diseño metodológico, se hizo uso de dos instrumentos. A saber, la encuesta para la fase cuantitativa y la entrevista abierta semiestructurada para la fase cualitativa, siendo esta última sobre la cual se fundamentan los resultados aquí referenciados.

El diseño de los instrumentos se sustentó en los siguientes criterios:

Encuesta: Especificación de la información requerida tomando como base el objetivo a alcanzar; definición de las categorías de estudio de acuerdo con la información a recolectar; definición del contenido de las preguntas, la redacción de los ítems y el formato de respuesta y validación del instrumento a través de la estrategia denominada validación por juicio de expertos.

Entrevista abierta semiestructurada: Análisis y definición operacional de las categorías de estudio de acuerdo con los objetivos específicos; elaboración de la guía de preguntas sobre la base de las categorías definidas; validación de la guía de preguntas y definición del proceso para la codificación y análisis de la información.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

La inclusión laboral en el contexto empresarial ibaguereño es un tema poco explorado y los procesos de contratación de personas en situación de discapacidad son limitados. Al respecto, se encontró que el número de personas vinculadas en las cinco empresas participantes no asciende a veinte cinco empleados, los cuales en su mayoría son personas con discapacidad física y sensorial tal y como lo muestra la tabla 1.

Tabla 1. Vinculación de Personas en Situación de Discapacidad

Empleador	No. Empleados	Tipo de Discapacidad
1	11	Física - Auditiva y Visual
2	8	Física y Auditiva
3	2	Física
4	1	Física
5	1	Física

Fuente: elaborada por los autores.

De acuerdo con los hallazgos se logró evidenciar que en la actualidad otros tipos de discapacidad como la cognitiva o intelectual y la psicosocial no son tenidas en cuenta en la mayoría de las empresas y los principales factores que inciden en este proceso, dan cuenta de las creencias y el desconocimiento que se tiene por parte de las empresas frente al abordaje de la discapacidad. Al respecto, algunos de los empleadores mencionan, entre otros, aspectos como los que se describen a continuación:

No estamos preparados aún para vincular personas con discapacidad cognitiva, por el nivel de supervisión que requieren y porque consideramos que la labor a desarrollar debe basarse en tareas repetitivas en donde el seguimiento a instrucciones sea la clave y es posible además que estén expuestos en mayor proporción a riesgos en comparación con los empleados sin discapacidad. **(Empleador A1)**

Como empresa no hemos explorado la discapacidad psicosocial, no tenemos conocimiento al respecto y nuestro objetivo en materia de inclusión laboral es la contratación de personas con discapacidad física. **(Empleador A2)**

A partir de la implementación de nuestro programa de inclusión laboral hemos aprendido que las personas con discapacidad tienen una alta capacidad de aprendizaje y desarrollan un gran sentido de pertenencia por la organización, sin embargo, frente a la integración de personas con discapacidad intelectual tenemos un poco de temor, por llamarlo de alguna manera, frente a las actitudes que puedan tener los demás empleados y nuestros clientes. **(Empleador A3)**

Lo anterior, permite observar cómo se ha extendido una deuda histórica frente a la promoción de procesos de inclusión laboral, que da cuenta de su implementación desde la dimensión normativa sin llegar a consolidarse (del todo) como una praxis cotidiana, poniendo en evidencia que la discapacidad no es solamente una situación de orden biológico, sino que da cuenta de una construcción social que actúa sobre

el cuerpo del individuo, incidiendo en sus prácticas a partir de discursos que “clasifican a las personas, en torno a nociones de normalidad como “aptas” y “no aptas”, “meritorias” y “no meritorias”, “capacitadas” y “no capacitadas” para desenvolverse con normalidad en la vida social y laboral y por ende realizar las actividades que esto conlleva... Así pues, estos discursos no sólo clasifican los cuerpos, sino que al mismo tiempo posicionan a los individuos en un punto específico del espacio sociolaboral, construyendo barreras que se ven reflejadas en actitudes e imaginarios discriminatorios” (Ruíz, 2017, p. 11).

Al respecto, desde la perspectiva de los empleados los resultados muestran cómo su percepción es coherente con lo que manifiestan los empleadores, argumentando que, pese a la existencia de instrumentos jurídicos y normativos para la reivindicación de sus derechos en igualdad de condiciones, a nivel local la mayoría de las empresas se limitan, e incluso rechazan las postulaciones de los candidatos al conocer su situación de discapacidad. En la voz de algunos de los participantes las vivencias y experiencias en torno al tema hacen referencia a:

En Ibagué es muy complicado encontrar un trabajo estable, uno puede tener las capacidades y saber del trabajo, pero cuando en la empresa se dan cuenta de la discapacidad lo rechazan. En mi caso particular, en el anterior empleo oculté por más de tres meses mi situación y hacia mi trabajo sin dificultad, pero cuando se dieron cuenta de mi problema físico buscaron la forma para terminarme el contrato diciéndome que era política de la empresa no contratar personas con discapacidad por los riesgos. **(Empleado B1)**

Yo agradezco mucho a esta empresa la oportunidad que me ha brindado, ya tengo más de dos años aquí laborando, pero antes mi situación era diferente, trabajaba de manera informal, vendiendo cosas y expuesta a la buena voluntad de los demás como si uno no tuviera los mismos derechos, casi que viviendo del pesar de los otros. Por todo lo que viví antes, sentía que tener una discapacidad y ser mujer era muy difícil pues

me discriminaban por las dos cosas. Todavía la sociedad juzga por las apariencias y no por las habilidades que uno pueda tener. **(Empleado B2)**

Las empresas no están interesadas en contratar personas con discapacidad, yo creo que es por desconocimiento y miedo a que uno no haga bien las cosas y que eso repercuta en las ventas. Lo que uno más ve es que las personas que tienen trabajo y que son discapacitadas, son personas con discapacidad física, pero así ciegos o sordos es difícil y súmele a eso la edad, yo ya tengo más de cincuenta y cinco años y lo primero que me decían era que la edad no estaba a mi favor y que además no tenían recursos ni nada acondicionado en la empresa para trabajar con personas con discapacidad visual. **(Empleado B3)**

Los anteriores resultados dan cuenta de hallazgos significativos en torno al tema de la inclusión laboral, en donde el contexto del trabajo, como se mencionó en la disertación teórica, está impregnado de mitos y prejuicios que signan al sujeto y lo condenan al no ser, dejando al descubierto además cómo aspectos como el género y la edad se constituyen en elementos de doble discriminación, que perpetúan la construcción de barreras sociales que se proyectan en los imaginarios y las prácticas estigmatizantes, lo que hace que las personas en situación de discapacidad, estén en una posición o lugar de desventaja, con relación a las personas que no tienen algún tipo de discapacidad.

Por otra parte, además de conocer la percepción en torno a los procesos de inclusión laboral, fue posible a partir del desarrollo de la entrevista abierta semiestructurada, reconocer desde el correlato de los participantes su perspectiva frente al work engagement y a la prevención inclusiva, encontrándose que las personas en situación de discapacidad están expuestas a factores de riesgo psicosocial los cuales radican en las barreras que el sujeto debe salvar de tipo comunicacional y actitudinal en el entorno del trabajo a causa de su contenido, organización y las interacciones con los demás colaboradores de la compañía, no

obstante, desde la apreciación de los empleadores priman los riesgos de tipo físico; pese a esto, tanto desde la visión de los empleados como de los empleadores, estos últimos proyectan un alto sentido de pertenencia, motivación, compromiso y dedicación con el trabajo, pudiéndose evidenciar en los participantes lo que se conoce como engagement y que desde la literatura se considera como el polo opuesto al síndrome de burnout, un factor de riesgo psicosocial de alta incidencia a nivel laboral.

Las tablas 2 y 3 muestran los principales hallazgos relacionados con la prevención inclusiva y el work engagement:

Tabla 2. Matriz de análisis categorial – prevención inclusiva

Actor	Categoría
Empleador	Existe claridad en torno a la importancia de la prevención de riesgos y la prevención inclusiva se asocia con la inclusión de los trabajadores en situación de discapacidad en los programas de capacitación en materia de prevención.
	Los principales riesgos a los que están expuestos los trabajadores en situación de discapacidad son físicos por las modificaciones que se requieren para el desarrollo de su labor, seguidos de los psicosociales por el proceso de adaptación que deben asumir y el ambiente laboral en donde la mayoría de los trabajadores no tienen discapacidad.
	Frente a los factores de riesgo psicosocial, la principal barrera que enfrentan los trabajadores hace referencia al desconocimiento del abordaje de la discapacidad por parte de los empleados sin discapacidad.
	Un aspecto importante a nivel psicosocial es la creencia de los empleados frente a las capacidades de los compañeros en situación de discapacidad, quienes al principio las consideran insuficientes para el desempeño y exigencia de las empresas, percepción que luego se modifica al reconocer las habilidades de aquellos.
Empleado	Frente al contenido y organización del trabajo la principal dificultad se relaciona con el desarrollo de tareas repetitivas, la exigencia frente a la productividad diaria y a la rotación de turnos de trabajo.
	La percepción de prevención inclusiva para los empleados se relaciona con la oportunidad de desarrollar su trabajo sin estar expuestos a mayores riesgos por su situación y en igualdad de condiciones con los compañeros que no tienen discapacidad.

Los principales riesgos a los que están expuestos son aquellos relacionados con los factores psicosociales, en donde el ambiente laboral y las relaciones interpersonales juegan un papel importante en el óptimo desempeño de sus funciones y la adaptación a la empresa.

Los riesgos físicos quedan en un segundo plano, dado que desde la perspectiva de los trabajadores en la mayoría de los casos los ajustes que requieren son realizados por ellos mismos sin intervención explícita del empleador.

Los aspectos psicosociales relacionados con el trabajo hacen referencia las barreras de tipo actitudinal y comunicacional y entre las cuales se encuentran: la discriminación, la indiferencia, los sentimientos de lastima y compasión, los señalamientos, la anulación, la indiferencia y el uso de palabras despectivas.

En cuanto al contenido y organización del trabajo los principales factores de riesgo se relacionan con la imposibilidad para cambiar de actividad y/o desempeñar otros cargos, la rutina por el desarrollo de labores operativas repetitivas, la poca formación que se recibe, los tiempos de descanso y la falta de capacitación para todo el personal de la empresa frente al abordaje de la discapacidad.

Tabla 3. Matriz de análisis categorial – work engagement

Actor	Categoría
Empleador	Los trabajadores en situación de discapacidad son personas con una gran capacidad de aprendizaje y adaptación al entorno laboral, que se ajustan a las exigencias del empleo siendo recursivos para modificar los aspectos del puesto de acuerdo con sus necesidades.
	Los empleados, son personas socialmente hábiles, que se interesan por su crecimiento y desarrollo personal, mostrando una alta capacidad de concentración, memorizar tareas con rapidez y realizar funciones operativas, aportando significativamente a la consecución de las metas de la empresa en términos productivos, siendo las mujeres quienes más evidencian estas características.
	Los empleados que forman parte de los programas de inclusión laboral se consideran estables y desarrollan un alto sentido de pertenencia y compromiso con la organización, en correspondencia con la oportunidad laboral y el tipo de contratación con el que se vinculan.
	Los trabajadores se vinculan con muchas expectativas y temores frente a las responsabilidades y tareas a desarrollar, pero a medida que se adaptan al puesto su nivel de satisfacción con el empleo incrementa y a nivel organizacional se les brinda el apoyo requerido para garantizar una mejora en su calidad de vida.

	<p>Aunque se percibe una alta demanda laboral frente al contenido y organización del trabajo, los empleados en situación de discapacidad evidencian adecuados procesos de adaptación y movilización de sus recursos personales.</p> <p>Pese a las barreras que enfrentan a diario en el contexto laboral, estas no inciden directamente en su estabilidad laboral pues aprenden a afrontarlas a lo largo de su vida, dado que no son exclusivas del entorno laboral, puesto que también forman parte otros ámbitos en los que el sujeto se desenvuelve.</p>
Empelado	<p>Desde la perspectiva de los empleados los principales aspectos que inciden en su nivel de orientación al logro hacen referencia al desarrollo de sus habilidades para desempeñarse en el puesto y el apoyo por parte de los jefes inmediatos y los demás compañeros en situación de discapacidad.</p> <p>En general, los trabajadores muestran dedicación y un alto sentido de pertenencia hacia su trabajo, reconocen las políticas institucionales y consideran que formar parte de un grupo reducido de personas en situación de discapacidad que tienen la oportunidad de formar parte del contexto laboral es un factor determinante para el desarrollo de su nivel de compromiso. Frente a este aspecto no se encuentra diferencia a causa de los perfiles de los trabajadores: sexo, edad, estado civil, nivel de formación y puesto desempeñado.</p>

Fuente: elaborada por los autores.

De acuerdo con lo anterior, es posible evidenciar cómo los trabajadores en situación de discapacidad están expuestos a demandas del entorno laboral que se constituyen en factores de riesgo psicosocial susceptibles de ser intervenidos a nivel organizacional, pero al mismo tiempo cómo el desarrollo de recursos personales se constituye en un factor protector en torno a la posibilidad de desarrollar eventos de salud a causa del contenido y la organización del trabajo, así como del ambiente laboral en el que están insertos.

De ello se deriva que el estigma relacionado con los imaginarios en torno a las capacidades, habilidades y destrezas de las personas en situación de discapacidad, quedan invalidados en los contextos reales de trabajo en donde tanto empleadores como empleados dan cuenta del engagement en este grupo poblacional,

evidenciándose en la mayoría de los casos como personas engaged, siendo esta una forma de hacer frente a los factores de riesgo asociados a los aspectos psicosociales en el trabajo.

Así, desde el proceso de investigación desarrollado, la relación entre work engagement y riesgos psicosociales se constituye en una paradoja, puesto que puede ser evidenciada como un hecho contrario a la lógica, dado que evidentemente la población sujeto de estudio está expuesta a riesgos en su entorno laboral, pero al mismo tiempo y pese a dichos riesgos desarrollan un alto sentido de filiación, compromiso y vinculación con el trabajo, a pesar de las situaciones de orden psicosocial derivadas de las barreras sociales (actitudinales y comunicativas) que enfrentan a diario en su proceso de reivindicación de derechos en el contexto del trabajo.

Conclusiones Recomendaciones e Implicaciones

La inclusión laboral en clave de discapacidad es un terreno poco abordado desde el ámbito investigativo y práctico. En el contexto local, la ciudad de Ibagué se enfrenta a un reto y una oportunidad imperante en material laboral, que se refleja en la posibilidad de promover una cultura organizacional que enmarque una ruptura en las formas de hacer tradicionales, frente a la vinculación de personas en situación de discapacidad, como un aspecto sustantivo que contribuya a cerrar la brecha entre el estigma y la reivindicación del derecho a la diferencia y a la igualdad.

La prevención inclusiva se constituye en un aspecto relevante en los procesos de inclusión laboral de personas en situación de discapacidad, a partir de la cual se promueven condiciones de trabajo favorables que incidan en la calidad de vida laboral. No obstante, al respecto debe existir mayor participación de los trabajadores

en los aspectos relacionados con la prevención de tal forma que se unifiquen los criterios en torno a la primacía de unos riesgos sobre otros tanto desde la perspectiva de los empleadores como de los empleados.

Los riesgos psicosociales se constituyeron en el eje central del proceso de investigación desarrollado, dado que fue desde esta perspectiva, a partir de la cual se abordó la prevención inclusiva que tomó como eje la experiencia de los trabajadores en situación de discapacidad.

Existe una relación directa entre la forma en que se abordan los riesgos psicosociales tanto por parte de la empresa como de los empleados y el desarrollo del work engagement, puesto que se deben equilibrar las demandas del trabajo y los recursos gestados desde los trabajadores para asumirlas.

Desde los elementos constitutivos del engagement, se da cuenta de una relación directa entre los recursos personales y el bienestar y la calidad de vida laboral. Puesto que establecen la forma en la que los trabajadores interpretan, afrontan y reaccionan ante el entorno laboral, lo que repercute en sus expectativas del trabajo y el desarrollo personal y organizacional.

El proceso desarrollado abre la puerta para futuras investigaciones, dado que se constituye en una base de conocimiento frente a temas poco estudiados, los cuales pueden ser abordados desde diferentes disciplinas y campos profesionales, tanto desde una perspectiva teórica, como investigativa y aplicada.

Se hace necesario promover tanto a nivel fáctico como material, la contratación de personas en situación de discapacidad en el contexto empresarial ibaguereño, dado que, de las cincuenta empresas caracterizadas en la fase cuantitativa,

solamente cinco contaban con procesos reales de inclusión laboral y, sin embargo, el número de personas vinculadas es bajo y solo se da cuenta del abordaje de la discapacidad física y sensorial.

REFERENCIAS

Alcover, C. y Pérez, V. (2011). Trabajadores con discapacidad: problemas, retos y principios de actuación en salud ocupacional. *Medicina y Seguridad en el Trabajo* 57 (1):1-262.
<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion11.pdf>

Arenas, A., Castellanos, G., y Aldana, J. (2020). Ciudad física y ciudad representada: discapacidad, justicia espacial e innovación social. *Utopía Y Praxis Latinoamericana*, 25, 175-194.
<https://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/34511>

Asfahl, R. (2000). *Seguridad Industrial y Salud*. México. Ed. Prentice Hall.

Asís, R. (2013). Sobre el modelo social de la discapacidad: críticas y éxito. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las casas. Universidad Carlos III Madrid. ISSN 1989-8797 Número 1 https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/19304/modelo_asis_PTD_2013.pdf?sequence=1

Bakker, A., y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of work and organizational psychology* (29) 107 – 115.
<https://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v29n3/original3.pdf>

Bakker, A., y Oerlemans, W. (2011). "Subjective Well-Being in Organizations". En K. Cameron y G. Spreitzer (eds.), *Handbook of Positive Organizational Scholarship*. Oxford: Oxford University Press, pp. 178 – 189

Benavides, F., García, A., y Ruiz, C. (2010). *Salud Laboral. Conceptos y Técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona, España. Ed. Elsevier Masson.

DANE. (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>

Delclos, A. (2019). Integración laboral de la discapacidad y engagement empresarial. ¿Cómo impulsarlo? Fundación Rendstad. <https://www.corresponsables.com/actualidad/ods8-integracionlaboral-discapacidad-engagementempresarial-impulsarlo>

Flores, N., Janero, C. (2010). Riesgos psicosociales y fomento del engagement en trabajadores con discapacidad intelectual. *Gestión práctica de riesgos laborales*. (72). p. 32–39 https://www.researchgate.net/publication/269101008_Riesgos_psicosociales_y_fomento_del_engagement_en_trabajadores_con_discapacidad_intelectual

Gómez, G. (2010). *Manual para la formación en Prevención de Riesgos Laborales*. Madrid, España. Ed. Wolters Kluwer.

González, R. (2011). Manual Básico Prevención de Riesgos Laborales. Madrid, España. Ed. Paraninfo, S.A

Hernández, J., y Cruz, I. (2006). Exclusión social y discapacidad. Colección textos rehabilitación y desarrollo humano. Editorial Universidad del Rosario.
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/905/Exclusion%20social%20y%20discapacidad.pdf?sequence=1>

Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. Ciudad de México: Mc Graw-Hill.

Hobfoll, S., Johnson, R., Ennis, N., y Jackson, A. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 632–643.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.632>

López, P., Fachelli, S. (2017). El diseño de la muestra. Metodología de la Investigación Social Cuantitativa. Bellaterra. (Cerdanyola del Vallès): Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. Capítulo II.4.
<https://ddd.uab.cat/record/185163>

Ministerio del Trabajo. (2015). Guía para el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad. Bogotá.
<https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59111836/GUIA+PARA+EL+PROCESO+DE+INCLUSION+LABORAL+DE+PCD.pdf/1d8631c0-58d5-8626-69cb-780b169fcdf7?version=1.0>

Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (2013). Prevención Inclusiva: Guía con las nueve claves para una prevención inclusiva de riesgos laborales.

<https://www.upla.cl/inclusion/wp-content/uploads/2014/10/prevencion-inclusiva-web-2013.pdf>

Piñeiro, E., Barujel, A., y Couñago, E. (2018). “La competencia digital de niños de doce años. Un estudio mixto secuencial explicativo”. CIAIQ2018, 1.

<https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1645/1598>

Ramírez, C. (2005). Seguridad Industrial. Un Enfoque Integral. D.F. México. Segunda Edición. Ediciones Limusa.

Ruiz, J. (2017). ¿Por siempre niños? Corporalidad y discapacidad intelectual: una aproximación sociológica al cuerpo discapacitado. Universidad del Rosario

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12956/Corporalidad%20y%20discapacidad%20intelectual.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruiz, M.; Borboa, M., y Rodríguez, J. (2013). El enfoque mixto de investigación en los estudios fiscales. Tlatemoani - Revista académica de investigación 13.

España. <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/13/estudios-fiscales.pdf>

RESEÑAS**ARENAS, ANDREA DEL PILAR**

Psicóloga de la Universidad de Ibagué. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud egresada de la Universidad Cooperativa de Colombia. Magister en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento de la Universidad Internacional de la Rioja. Docente e investigadora de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD Colombia, desde la Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades ECSAH para el programa de psicología. Vinculada al grupo de investigación Desarrollo Sociocultural Afecto y Cognición y líder del semillero Discapacidad Afecto y Cognición. Asesora de proyectos de investigación en los niveles de pregrado y posgrado.

ALDANA PORRAS, JUAN MANUEL

Ingeniero de Sistemas de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Especialista en Seguridad Informática - UNAD. Magíster en Inteligencia Artificial de la Universidad Internacional de la Rioja. Docente e investigador de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD Colombia, desde la Escuela de Ciencias Básicas Tecnología e Ingeniería ECBTI. Vinculado al grupo de investigación GIDESTEC e integrante del semillero CODESIS. Asesor de proyectos de investigación en pregrado.

Garzón Carrillo, Edwin Dorance

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Ingeniero Industrial de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Magíster en Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad Internacional de la Rioja. Docente e investigador de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD Colombia, desde la Escuela de Ciencias Básicas Tecnología e Ingeniería ECBTI. Vinculado al grupo de investigación GIDESTEC e integrante del semillero CODESIS.

MANEJO DEL ESTRÉS LABORAL DESDE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA DOCENTES DE COLEGIO PRIVADO EN BUCARAMANGA

MANAGEMENT OF WORK STRESS THROUGH PHYSICAL ACTIVITY FOR TEACHERS FROM PRIVATE SCHOOL IN BUCARAMANGA

Luis Carlos Acosta Fuentes
Dinámica Ocupacional
Colombia

Praxis - Psicología y Salud Mental

RESUMEN: El presente estudio evidencia los efectos positivos de la actividad física en la salud, como mecanismo de disminución del estrés laboral para los docentes de un colegio privado en Bucaramanga. Con una muestra poblacional de 71 docentes del sexo masculino y femenino.

En los resultados obtenidos se refleja que los docentes han mejorado su estado de salud frente al estrés laboral, a través de las actividades físicas dirigidas de 45 minutos diarios, con una intensidad del 70% de su esfuerzo máximo. También, la actividad física mejoró el estado emocional, psicológico y cognitivo de los docentes durante el proceso de intervención. Se concluye en el estudio que una actividad física diaria tiene repercusiones significativas para mejorar el índice de masa corporal con una la disminución del peso y la obesidad; disminuye el sedentarismo con efectos adecuados de los hábitos de la ingesta de “alimentos saludables”; elimina y disminuye el tabaquismo; reduce el consumo de alcohol, cafeína,

energizantes, azúcar procesa y sal; mejora los hábitos en la higiene del sueño, en la regulación del descanso y la recuperación física de cada uno de los participantes. Finalmente, se evidencian cambios significativos en las relaciones interpersonales, familiares y laborales de cada uno docentes, con crecimiento de su autoestima y autoimagen de forma positiva.

PALABRAS CLAVES: Manejo del estrés, autocuidado, salud mental, actividad física, calidad de vida.

ABSTRACT: The present study shows the positive effects of physical activity on health, as a mechanism for reducing work stress for teachers of a private school in Bucaramanga. With a population sample of 71 male and female teachers.

The results obtained show that teachers have improved their health in relation to work stress, through directed physical activities of 45 minutes a day, with an intensity of 70% of their maximum effort. Also, physical activity improved the emotional, psychological and cognitive state of the teachers during the intervention process. The present study concluded that a daily physical activity has significant repercussions to improve the body mass index with a decrease in weight and obesity; sedentary lifestyle decreases with adequate effects of “healthy food” eating habits; eliminates and reduces smoking; reduce the consumption of alcohol, caffeine, energizers, processed sugar and salt; it improves habits in sleep hygiene, in the regulation of rest and physical recovery of each one of the participants. Finally, there are significant changes in the interpersonal, family and work relationships of each teacher, with growth of their self-esteem and self-image in a positive way

KEYWORDS: Stress management, self-care, mental health, physical activity, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación tiene el propósito de implementar actividades físicas como mecanismo para la disminución y la prevención del estrés laboral, a la población docente de un colegio privado de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. La psicología del deporte es una alternativa que favorece la salud mental, la salud física, los estados emocionales, los procesos cognitivos, y las relaciones sociales de cada persona.

Las características principales que ha llevado a esta investigación, es que actualmente los programas implementados por la institución académica, donde se ha realizado este estudio no han tenido impactos importantes para la disminución del estrés laboral, el cual ha quedado evidenciado por el número de incapacidades medicas-laborales que han tenido en los últimos dos años.

El colegio parte de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial implementada por la Pontificia Universidad Javeriana en el año 2010 y es hasta el momento la única herramienta que es admitido y avaluado por el entonces Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Trabajo). El instrumento fue utilizado para llevar a cabo la evaluación de los factores psicosociales y evaluar las causas que están generando estrés laboral en los docentes de la institución.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas. Una de ellas es el nivel de incapacidades medicas-laborales que se están registrado cada mes. Las incapacidades han sido con durabilidad que oscila entre 5 a 15 días calendario, con un promedio de 2 a 4 docentes por mes y en ocasiones hay continuidad de las incapacidades medicas-laborales. Esto ha llevado a la pregunta problema de esta investigación: ¿Qué está generando las incapacidades medicas-laborales de los docentes y qué hacer para prevenir enfermedades físicas y psicológicas para cada uno de ellos? De ahí, que se planté la aplicación de la batería de riesgo psicosocial, para determinar las causas de estrés laboral, las incapacidades medicas-laborales, los planes de intervención desde la parte médica, deportiva, nutricional y psicológica de los docentes. Así mismo, el estudio busca Indagar en la relación entre el estrés laboral y la actividad física puede traer consigo mejores formas de salud. Para esta intervención hay un apoyo científico de un grupo de profesionales de la salud física, psicológica y del deporte, que une elementos del saber, para permitir aportar diferentes perspectivas teóricas y metodológicas sobre las modalidades de intervención usadas en la población docente.

El desarrollo metodológico de la presente investigación comprendió tres fases: la primera, consistió en la búsqueda, recolección y organización de la información, que es derivada de los cuestionarios de la batería de riesgo psicosocial, en el cual participan 71 docentes de la institución educativa. La segunda fase, se implementó la intervención de cada una de las disciplinas que participan del proceso, tal como: el médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, el nutricionista, el fisioterapeuta, el entrenador deportivo y el psicólogo especialista en Seguridad y

Salud en el Trabajo. Cada uno de ellos elaboró los planes de trabajo para los docentes. Los planes de intervención se dan a partir de los exámenes médicos ocupacionales, condiciones de salud, priorización de los riesgos a través de la batería de riesgo psicosocial y las condiciones laborales de cada uno los docentes. Así mismo, cada uno de los profesionales tiene la tarea de recolectar la información de los avances, retrocesos o procesos que ocurran en el transcurso de la intervención. Finalmente, la tercera fase consistió en el análisis de resultados, discusión y conclusiones obtenidos durante el proceso de investigación e intervención.

MARCO CONCEPTUAL

ESTRÉS

El estrés es uno de los fenómenos más relevantes e importantes para el ámbito de la psicología. El concepto de estrés es incluido en la salud por primera vez por el médico Hans Selye (1956) quien argumentaba que el estrés “es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga” (p.3). Siguiendo la línea de la idea anterior, Peiró y Lira (2013) define el estrés como una respuesta adaptativa del organismo ante una situación de presión o amenaza externa.

Martínez (2004) plantea que el estrés laboral es una forma de estrés que ocurre dentro del contexto del trabajo; que hay distintas fuentes de estrés típicas, entre ellas, las condiciones físicas del trabajo, la distribución temporal del trabajo, la carga

de trabajo y el factor social, representado dentro de las relaciones laborales. De tal forma, se buscará encontrar y determinar las posibles causas que provocan la tensión, la fuerza o el desequilibrio psíquico de los docentes.

ACTIVIDAD FÍSICA

El bienestar individual es de gran relevancia para la psicología o cualquier otra disciplina que trate de entender y comprender la salud física, mental y emocional de las personas. De ahí, que la actividad física se puede abordar su participación frente a los programas de bienestar y salud mental que una persona requiere en un momento determinado de su vida. Oblitas indica que “una actividad física enérgica practicada regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad. El ejercicio y la buena forma física puede proteger a la gente de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud” (2008). De ahí, que mantener un estilo de vida saludable sea de gran relevancia e importancia para cada uno de los docentes. “La culturización de la actividad física le facilitara un equilibrio y desarrollo integral al trabajador, hará que la persona se llene de más energía y mejore su desempeño laboral”. (Rovira, 2006). De ahí, que la psicología del deporte tenga contribuciones significativas para la salud y el bienestar de los docentes. Sánchez B. (1996) plantea “La sensación de bienestar que puede desarrollarse a partir de la práctica del ejercicio físico es uno de los factores vinculados con la salud psicológica que pueden incluirse dentro de los planteamientos de una actividad física orientada hacia la salud” Por tal razón,

es claro determinar que el componente psicológico y el bienestar emocional de los docentes son de gran importancia para el desarrollo de su vida y de salud.

NUTRICIÓN SALUDABLE

La nutrición en el siglo XXI ha generado grandes cambios y consecuencias en la salud de las personas, es por eso que se hace necesario tener cuidados y planes de alimentación que sean acordes a cada una de las situaciones personales; teniendo en cuenta sus edades, genero, interés y patologías de cada uno. Según recomendaciones de la Consulta Mixta FAO/OMS (OMS) “una dieta sana debe considerar: La ingesta energética limitada procedente de las grasas, la sustitución de las grasas saturadas y los ácidos grasos trans por grasas insaturadas. El consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y nueces. Limitar la ingesta de azúcares libres. Limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia, consumir sal yodada. Lograr un equilibrio energético para controlar el peso” (2003). De ahí, que mantener una adecuada alimentación, mejora el equilibrio de la salud física y psicológica de los docentes.

PREGUNTA CENTRAL

¿La actividad física tiene efectos positivos para disminuir el estrés laboral de los docentes en el colegio privado de Bucaramanga?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir los efectos positivos de la actividad física como estrategia para la disminución del estrés laboral, en los docentes del colegio privado de Bucaramanga.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Observar el impacto de la actividad física en la calidad y estilo de vida de los docentes.

Identificar el nivel de estrés laboral de los docentes a través de la batería de riesgo psicosocial, para proponer y diseñar estrategias de intervención interdisciplinaria.

Describir los efectos positivos de la salud mental durante programa de intervención física, psicológica, médica y nutricional de los docentes.

DISEÑO METODOLÓGICO

ENFOQUE Y DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta de investigación se lleva a cabo dentro de las características de las variables cualitativas y cuantitativas, cuyo interés es analizar las prácticas y los

resultados de la actividad física como forma preventiva del estrés laboral, en los docentes de un colegio privado de Bucaramanga.

Las variables utilizadas durante el desarrollo de la investigación están recopiladas a través del Cuestionario sociodemográfico, que están en la batería de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social. Año de publicación: 2010.

Tabla 1. Variables Socio-Demográficos que se indagan con la batería

CONSTRUCTO	VARIABLES
Información sociodemográfica	Sexo, Edad, Estado civil, Grado de escolaridad (último nivel de estudios alcanzado), Ocupación o profesión, Lugar de residencia actual, Estrato socioeconómico de la vivienda Tipo de vivienda (propia, familiar o en arriendo), Número de personas a cargo.
Información ocupacional	Lugar actual de trabajo, Antigüedad en la empresa, Nombre del cargo, Tipo de cargo (jefatura, profesional, auxiliar u operativo), Antigüedad en el cargo actual, Departamento (área o sección de la empresa donde se trabaja), Tipo de contrato, Horas de

	trabajo diarias (contractualmente establecidas), Modalidad de pago.
--	---------------------------------------------------------------------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social.

Año de publicación: 2010.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación realizado es descriptivo según Hernández, S., et al, (2010), busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, y su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque cuantitativo según Hernández, S., et al, (2010), establece inicialmente una idea, se fijan los objetivos, la pregunta problema, se construye el marco teórico, se miden las variables y se realiza el análisis respectivo a las mismas. Finalmente se establecen las conclusiones de lo observado realizó a través del enfoque

cuantitativo, generando unos resultados que dan respuesta al planteamiento del problema.

MUESTRA

La población seleccionada para este estudio está constituida por 71 docentes del colegio privado de Bucaramanga, con horarios establecidos desde el día lunes a viernes con un horario comprendido desde las 5:45 am hasta las 3:45 pm, con una hora de almuerzo diaria; fines de semana como sábados y domingos no se labora en la institución. como criterios de inclusión estaban tener contrato vigente, ser hombre o mujer de cualquier edad. Son 17 docentes del sexo masculino y 54 de sexo femenino; en la exclusión se tuvo a quienes estuvieran con morbilidades, patologías, diagnósticos o enfermedades que por recomendaciones médicas-laborales no pudieran hacer actividad física.

INSTRUMENTOS

Batería de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social. Año de publicación: 2010. También, se utilizó como fuente de información primaria una encuesta individual para conocer las actividades física realizadas por cada docente, los días, la intensidad, el horario, la frecuencia y demás preguntas relacionadas al IPAQ versión corta.

ACTIVIDAD FÍSICA IPAQ

El IPAQ observa actividad física que las personas hace como parte de su vida diaria, respondiendo a los 7 días de la semana y las clasifica de la siguiente forma: actividad vigorosa, moderada y tiempo que está sentado durante la semana. “Piense acerca de todas aquellas actividades vigorosas y moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal” (Estudio Internacional de Prevalencia de Actividad Física).

TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la fase de evaluación y diagnóstico de los efectos psicosociales, se utilizó el Cuestionario de Factores de Riesgo Psicosocial de ficha de datos generales, varias ocupacionales, factores extralaboral e Intralaboral y evaluación del estrés; por el Ministerio de la Protección Social y el apoyo de la Pontificia Universidad Javeriana del 2010.

Por otra parte, se realiza el cuestionario de IPAQ versión corta para conocer las condiciones físicas y de intensidad, para el proceso de ejecución de las actividades físicas de cada uno de los docentes. Este proceso está a cargo del profesional del deporte y el fisioterapeuta.

La intervención consistió en la práctica de la actividad física aeróbica y deportiva con continua durante 45 minutos por sesión. Estas sesiones están supervisadas por el médico general, el fisioterapeuta y dirigidas por el profesional del deporte. La actividad cuenta con una intensidad equivalente del 70 al 80% de la frecuencia cardiaca (FC) de reserva.

La duración del programa es de 12 semanas. Todos los docentes están monitorizados mediante pulsómetros (Polar S810) durante las sesiones con el fin de controlar la intensidad del ejercicio. Los grupos están conformados aleatoriamente sin orden de edad, sexo o condiciones física evaluadas por el grupo interdisciplinario. Por motivos, de dinero de la institución y el tiempo de trabajo de docentes; los grupos son de 5 personas para la intervención.

Exámenes médicos-ocupacionales para conocer el estado de salud de cada uno de los docentes, que participan del estudio.

Planes adecuados de alimentación y estilos de vida saludables para cada uno de los docentes. Estos planes están diseñados bajo las características e implicaciones de la salud de cada uno de los participantes.

Consentimiento informado: Se procede a solicitar lectura y firma del consentimiento informado, en el cual los participantes validan haber recibido explicación y comprendido satisfactoriamente el propósito de la fase de evaluación e identificación de los factores psicosociales; del plan de intervención que se realizara durante la investigación y reserva de las historias clínicas ocupacionales. Artículo 16 de la Resolución 2346 de 2007.

ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó a través de la tabulación de los cuestionarios, proceso para el cual se utiliza el software estadístico de la batería del ministerio de la protección social; batería de instrumentos para la evaluación de los factores psicosociales y del estrés. Primero se tabulan las variables sociodemográficas; segundo los datos de las variables ocupacionales, tercero las variables extralaboral y finalmente las variables del estrés. Una vez tabulados los datos se clasifican los resultados por variables y dimensiones para su análisis.

Posteriormente, las variables de la actividad física se tabulan a través de herramientas ofimáticas como el Excel para tener contabilizado las medidas y resultados obtenidos como proceso de la intervención y de los resultados.

Finalmente, a partir de las evidencias del estrés que se dan en los resultados obtenidos, el médico realiza los exámenes físicos correspondientes a cada uno de los docentes para evaluar sus condiciones de salud, y saber qué ejercicios o actividades deportivas puede realizar cada uno de los docentes. El nutricionista establece planes de alimentación para los objetivos y los resultados de cada uno de los docentes.

A continuación, se describe los resultados de las variables sociodemográficas en el estudio realizado con los docentes del colegio privado de Bucaramanga.

RESULTADOS

Tabla 2. Resultados de las variables sociodemográficas

Dominio	variable sociodemográfica	No. Personas	Porcentaje
Sexo	Masculino	17	24%
	Femenino	54	76%
Edad	20-30	14	20%
	31 - 40	21	30%
	41 -50	27	38%
	51-60	7	10%
	61-70	1	1%
	>=71	1	1%
Estado Civil	Soltero (a)	26	37%
	Casado	27	38%
	Unión Libre	14	20%
	Separado	3	4%
	Divorciado	1	1%
	Viudo	0	0%
	Sacerdote/ monja	0	0%
Nivel de Escolaridad	Primaria incompleta	0	0%
	Primaria completa	0	0%
	Bachillerato incompleto	0	0%
	Bachillerato completo	0	0%
	Técnico/tecnológico incompleto	0	0%
	Técnico/tecnológico completo	0	0%
	profesional incompleto	0	0%
	Profesional completo	64	90%
	Posgrado	7	10%
Tipo de Vivienda	Propia	17	24%
	Arriendo	35	49%
	Familiar	19	27%
Estrato	1	0	0%
	2	11	15%
	3	35	49%
	4	5	7%
	5	4	6%
	6	16	23%
	Bucaramanga	22	31%

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Municipio de Residencia	Floridablanca	35	49%
	Girón	4	6%
	Piedecuesta	10	14%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social.

Año de publicación: 2010.

La tabla 2, corresponde a las siete variables sociodemográficas, que constituye a la ampliación del cuestionario de riesgo psicosocial. En cada una de ellas se evidencian las descripciones de las variables sociodemográficas, el número de docentes que participaron de cada una de las viables, con su respectivo porcentaje.

Tabla 3. Resultados de las variables ocupacionales

Variables ocupacionales	Descripción de las variables ocupacionales	No. Personas
Tipo de cargo	Jefatura- tiene personal a cargo	0
	Profesional, analista, técnico, tecnólogo	71
	Auxiliar, asistente administrativo, asistente técnico	0
	Operador, operario, ayudante, servicios generales	0
Tipo de contrato	Temporal de menos de 1 año	55
	Temporal de 1 año o más	11
	Termino indefinido	2
	Prestación de servicios	2
	No sé	1
Horas trabajadas	4 a 7	6
	8	24
	9 a 11	41

Fuente: Cuestionario sociodemográfico de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social.

Año de publicación: 2010.

En la tabla 3 corresponde a las tres variables ocupacionales, que constituye a la ampliación del cuestionario de riesgo psicosocial. En cada una de ellas se evidencia en la descripción de las variables ocupacionales y el número de docentes que participaron en cada una de las viables.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para comprender la priorización del riesgo es necesario agrupar el riesgo en tres ítems y no en cinco como está estipulado en la propia batería de riesgo psicosocial. Es decir, poder hacer el análisis menos complejo y más entendible al momento de obtener los resultados. Sin embargo, siempre es a decisión de cada investigación o exponente.

Tabla 4. Descripción de los niveles de riesgo y parámetros para la priorización de la intervención.

nivel de riesgo	interpretación del riesgo	priorización de la intervención	
	nivel de afectación	% del riesgo	tipo de intervención
Riesgo bajo o sin riesgo	No se espera que los factores psicosociales	0% a 40%	Las dimensiones y dominios que se

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

	que obtengan puntuaciones de estos niveles estén relacionados con síntomas o respuestas de estrés significativas.		encuentran bajo esta categoría serán objeto de acciones o programas de intervención, a fin de mantenerlos en los niveles de riesgo más bajos posibles.
Riesgo medio	Nivel de riesgo en el que se esperaría una respuesta de estrés moderada.	41% a 60%	Las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir los efectos perjudiciales en la salud.
Riesgo alto o muy alto	Nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés.	61% a 100%	Las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional.

Fuente: la priorización de los factores psicosociales, se realiza a conveniencia y facilidad del investigador.

A continuación, se describe la población y se exponen los resultados, se analiza el consolidado general de los docentes para los factores extralaborales.

Tabla 5. Resultados de las variables extralaboral

				puntaje de confiabilidad de los datos suministrados
Dimensiones	Bajo	Medio	Alto	

Comunicación y relaciones interpersonales	58%	29%	13%	100%
Tiempo fuera del trabajo	68%	16%	16%	100%
Influencia del entorno Extralaboral sobre el trabajo	34%	9%	57%	100%
Situación económica del grupo familiar	31%	22%	47%	100%
Desplazamiento vivienda - trabajo - vivienda	28%	28%	44%	100%
Características de la vivienda y de su entorno	36%	33%	31%	100%
Relaciones familiares	86%	0%	14%	100%

Fuente: Cuestionario extralaboral de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social.

Año de publicación: 2010.

A través de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial, en las variables extralaboral se observar: No se evidencia una priorización de riesgo alto o muy alto en las demandas extralaborales de los docentes. Sin embargo, se requiere una intervención de priorización media en la variable influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo.

A continuación, se describe la población y se exponen los resultados, se analiza el consolidado general de los docentes del colegio, en las variables intralaboral. Se prioriza por dominios para su fácil interpretación y descripción.

Tabla 6. Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo

Dominio	Dimensiones	Riesgo bajo o sin riesgo	Riesgo Medio	Riesgo muy alto y alto
---------	-------------	--------------------------	--------------	------------------------

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo	Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo	57%	14%	29%
	Características del liderazgo	57%	14%	29%
	Relaciones sociales en el trabajo	46%	31%	23%
	Retroalimentación del desempeño	44%	11%	44%
	Relación con los colaboradores	14%	29%	57%

Fuente: Cuestionario extralaboral de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social. Año de publicación: 2010. Aplicada a los docentes del colegio privado de la ciudad de Bucaramanga.

La organización académica cuenta con estrategias de capacitación en liderazgo, el cual se ha fortalecido en los últimos dos años. Esto ha llevado a que, el nivel de riesgo en el dominio liderazgo no tenga porcentajes de riesgo muy alto y alto. Pero si en las variables de riesgo medio y bajo. Sin embargo, es indispensable aumentar las estrategias de intervención en la dimensión de relaciones con los colaboradores, ya que hay un 57% del riesgo alto y muy, el cual se aproxima a una intervención de priorización con urgencia. Esta variable puede estar influenciado por las relaciones sociales entre los líderes del colegio y el resto de los docentes, han tenido dificultades por los temas de incapacidades médicas, permisos y ausentismo de lugar de trabajo por cuestiones personales y familiares.

Tabla 7. Control sobre el trabajo

Dominio	Dimensiones	Riesgo bajo o sin riesgo	Riesgo Medio	Riesgo muy alto y alto
Control sobre el trabajo	CONTROL SOBRE EL TRABAJO	50%	0%	50%
	Claridad del rol	25%	25%	50%
	Capacitación	38%	25%	38%
	Participación y manejo del cambio	60%	10%	30%
	Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades	38%	13%	50%
	Control y autonomía sobre el trabajo	60%	30%	10%

Fuente: Cuestionario extralaboral de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social. Año de publicación: 2010. Aplicada a los docentes del colegio privado de la ciudad de Bucaramanga.

Los docentes perciben un control sobre el trabajo con autonomía para realizar actividades y tareas de sus labores. Sin embargo, el dominio en general tiene un riesgo alto y muy alto con 50% de la dimensión. Esto debe tener un nivel de intervención media para evitar posibles alteraciones o dificultades en la realización de la jornada laboral.

Tabla 8. Demandas del trabajo

Dominio	Dimensiones	Riesgo bajo o sin riesgo	Riesgo Medio	Riesgo muy alto y alto
Demandas del trabajo	DEMANDAS DEL TRABAJO	36%	36%	29%
	Demandas ambientales y de esfuerzo físico	42%	50%	8%
	Demandas emocionales	27%	18%	55%
	Demandas cuantitativas	38%	50%	13%

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

	Influencia del trabajo sobre el entorno Extralaboral	38%	38%	25%
	Exigencias de responsabilidad del cargo	6%	31%	63%
	Demandas de carga mental	45%	27%	27%
	Consistencia del rol	76%	18%	6%
	Demandas de la jornada de trabajo	29%	47%	24%

Fuente: Cuestionario extralaboral de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social. Año de publicación: 2010. Aplicada a los docentes del colegio privado de la ciudad de Bucaramanga.

En el dominio en general no hay evidencias de riesgo muy alto o alto. Sin embargo, se requiere una intervención prioritaria en el dominio exigencias de responsabilidad del cargo, ya que el nivel de riesgo es 63%. Acá la priorización de la intervención es urgente para determinar las causas y consecuencias que están influenciando. Los horarios laborales que superan las 8 horas diarias es una variable que puede influenciar en las relaciones laborales y familiares.

Tabla 9. Recompensa

Dominio	Dimensiones	Riesgo bajo o sin riesgo	Riesgo Medio	Riesgo muy alto y alto
Recompensa	RECOMPENSA	33%	56%	11%

	Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización	88%	0%	13%
	Reconocimiento y compensación	30%	50%	20%

Fuente: Cuestionario extralaboral de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social. Año de publicación: 2010. Aplicada a los docentes del colegio privado de la ciudad de Bucaramanga.

Se evidencian una satisfacción y agrado por parte de los docentes, sentido de pertenencia por la institución y agrado por los incentivos que la misma brinda. No hay riesgo muy altos y altos que este influenciado en la salud en los docentes.

Tabla 7. Resultados generales según cuestionarios del estrés.

Nivel de estrés		
Bajo	Medio	Alto
23%	15%	62%

Fuente: Cuestionario del estrés de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social. Año de publicación: 2010. Aplicada a los docentes del colegio privado de la ciudad de Bucaramanga.

Se evidencia una priorización para el riesgo de estrés, ya que se establece desde la priorización un 61% para el riesgo muy alto y alto. La intervención es inmediata

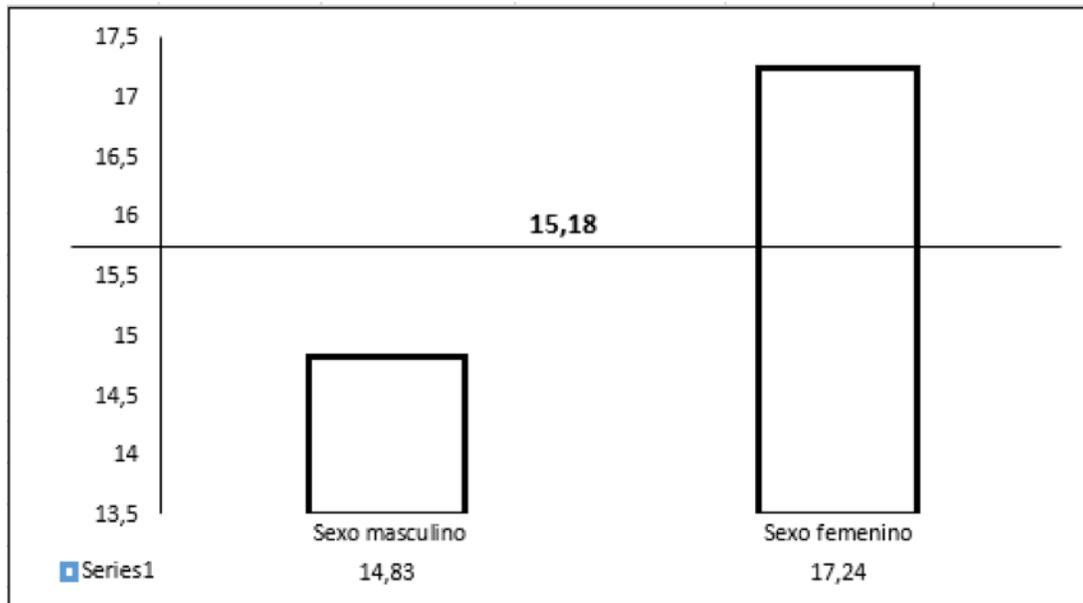
por parte de cada una de las disciplinas que acompañan este proceso de intervención. Es indispensable conocer y saber cada una de las causas y factores que están incidiendo en la salud mental de los docentes.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTRÉS LABORAL EN LOS DOCENTES

En primera instancia se analizan tres variables seleccionadas con el fin de determinar los efectos que tiene el estrés en los docentes. Para esto, se tuvo en cuenta los resultados de la tabulación del cuestionario para la evaluación del estrés tercera versión aplicada a los docentes del colegio privado de la ciudad de Bucaramanga.

Se evidencia en la figura 1 sexo, que las mujeres tienen una puntuación de nivel de estrés de 17,24 % mientras que los hombres de 14,83 %. Se evidencia un mayor estrés en las mujeres, por lo cual se puede inferir que el entorno extralaboral es mas alto o de mayor carga a la que manejan los hombres. Además, la región del país predomina las conductas del machismo y las mujeres en su forma de afrontamiento pueden ser más emocionales que los propios hombres.

Gráfico 1. Promedio de Nivel de Estrés Según Sexo

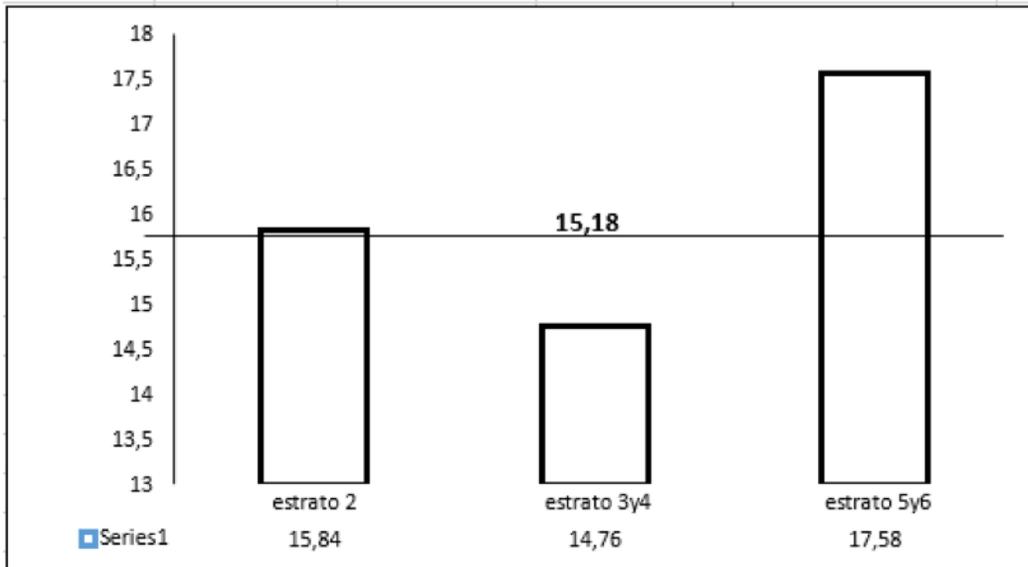


Fuente: Cuestionario para la evaluación del Estrés tercera versión aplicada a los docentes del colegio privado de la ciudad de Bucaramanga.

Por estructura de personalidad en su mayoría los hombres me muestran menos sensibles, con mayor carácter y toma de decisiones frente a las emociones, en relación a las mujeres. Esto no quiere afirmar que las mujeres no tengan carácter y de mayor temperamento emocional frente a los hombres. Lo que se puede argumentar es que, a través de los estilos de afrontamiento, los hombres pueden tomar otras decisiones, mecanismos y alternativas para no enfrentar las situaciones complejas que la cotidiana tenga. Las mujeres en cambio por diferentes circunstancias como el trabajo, las obligaciones del hogar, el ambiente de trabajo y el proceso hormonal pueden tener otras intenciones en las formas de afrontar el estrés del trabajo.

Gráfico 2. Promedio de nivel de estrés según estrato socioeconómico

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

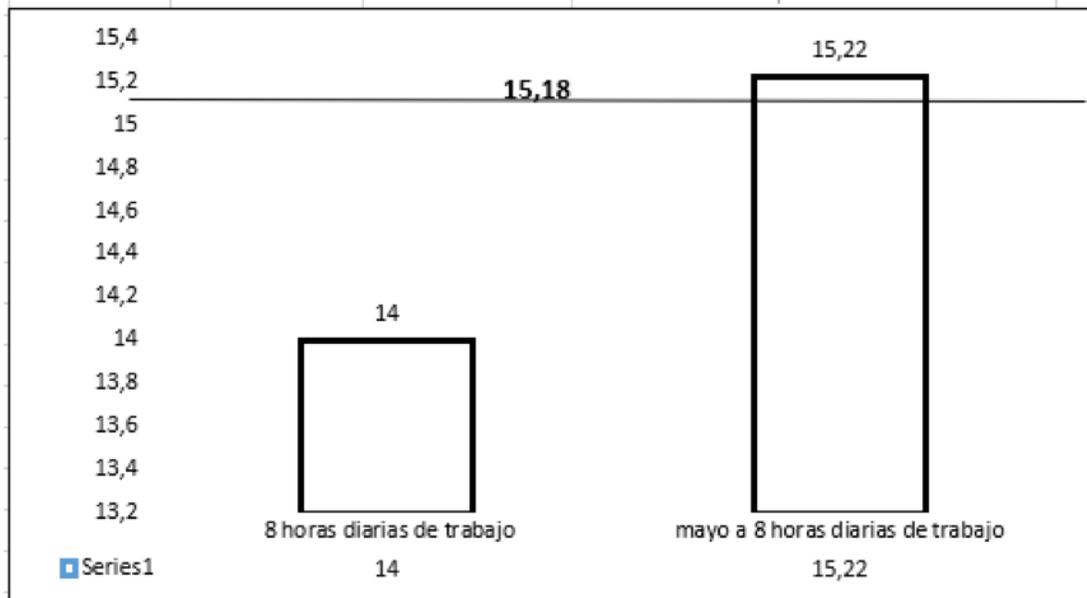


Fuente: Cuestionario para la evaluación del Estrés tercera versión aplicada a los docentes del colegio privado de la ciudad de Bucaramanga.

Se establece como estrato socioeconómico bajo la población que se encuentra en 2, como estrato socioeconómico medio los que se encuentran en 3 y 4 y la población que se encuentra en estrato socioeconómico 5 y 6 serán altos.

Se evidencia en la gráfica que los docentes, que corresponden a estrato socioeconómico alto, tienden a estresarse más que los que tienen un estrato bajo e incluso medio. Los salarios de todos los docentes es el mismo, pero el costo de vida económico en los estratos altos es más costo que en el resto. Esto puede estar incidiendo en la salud de los docentes.

Gráfico 3. Promedio de Nivel de Estrés Según Horas Diarias Trabajadas



Fuente: Cuestionario para la evaluación del Estrés tercera versión aplicada a los docentes del colegio privado de la ciudad de Bucaramanga.

Se evidencia en gráfico 3, que los docentes que realizan su labor en la jornada estipulada por el ministerio de trabajo de hasta 8 horas diarias, manejan un nivel de estrés bajo de la media de 14,00; siendo la media 15,18. Los docentes que trabajan más de 8 horas reflejan un nivel de estrés de 15,22. Lo que indica que los docentes que trabajan más de 8 horas diarias manejan una carga estresante mayor. Lo cual puede estar incidiendo en la salud física y mental de los docentes.

RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS DOCENTES

Gráfico 4. Actividad física según sexo para la reducción del estrés

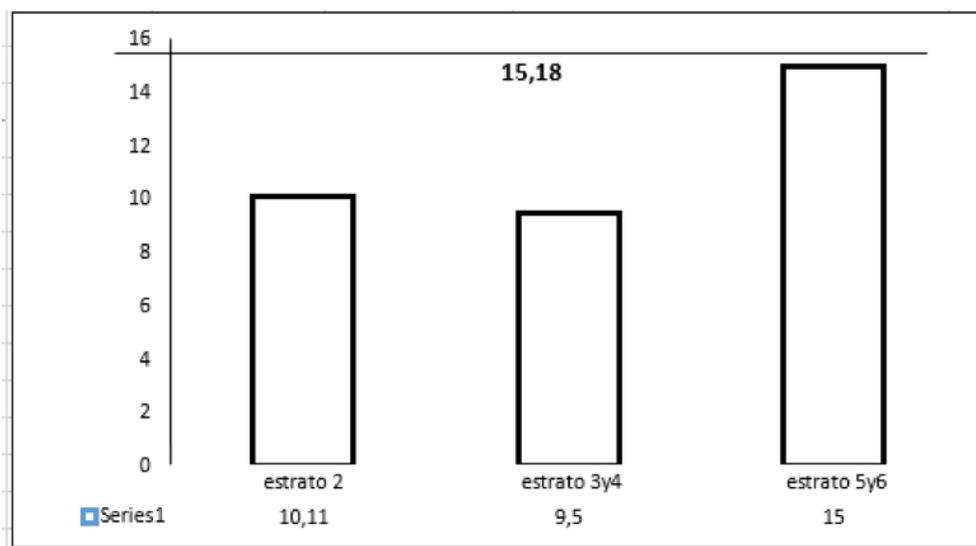


Figura 4. Promedio del estrés del sexo masculino y femenino en relación a la actividad física.

Se evidencia en la gráfica 4 con relación al gráfico 1. Una reducción del estrés significativa en los docentes. Ya que ambos sexos presentaban un nivel alto de estrés antes de la intervención física. En la figura 1, el sexo masculino tenía un nivel de estrés de 14,83. Ahora bajo a 14. En las mujeres gráfico1 era de 17,24. Ahora es de 15,1. Esto quiere decir que luego de tres meses de proceso se muestra disminución del estrés laboral. manejan una carga estresante mayor. Lo cual puede estar incidiendo en la salud física y mental de los docentes.

También, los hombres buscan a través de la actividad física y los logros obtenidos, seguir mejorando en su apariencia física, ya que para ellos al ver mejorado su imagen física han decidido continuar algunas actividades físicas como intendententes.

Gráfica 5. Actividad física según estrato socioeconómico para la reducción del estrés

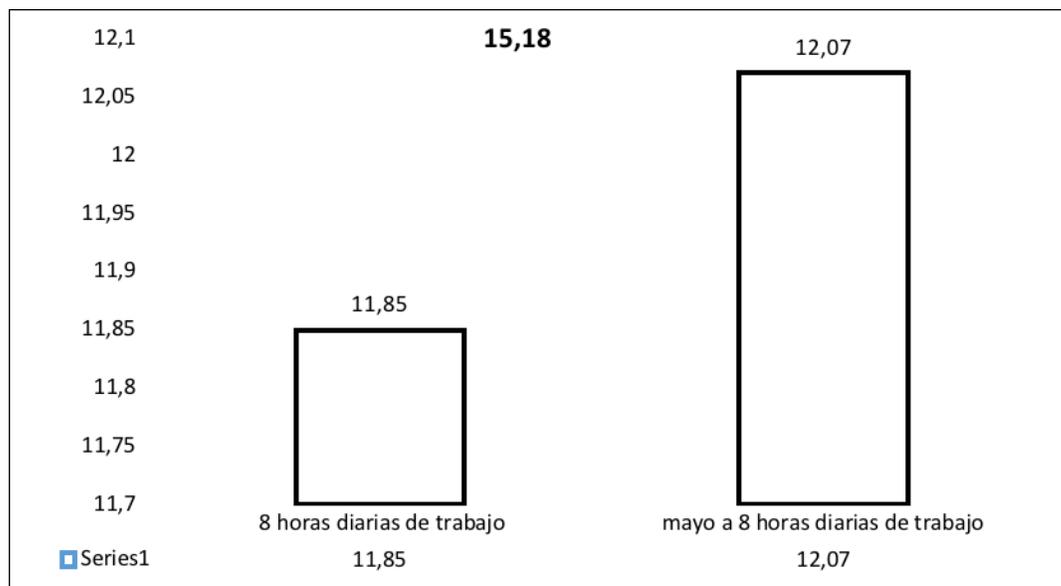


En el gráfico 5, se evidencia una disminución significativa del estrés laboral en relación al estrato socioeconómicos. Es decir, si es comparado con el nivel de estrés que se presentaba antes de la intervención. El promedio de estrés ha sido ahora 9,5 para los estratos 3 y 4. Teniendo una reducción en el estrato 2 y en los estratos 5 y 6 con relación a la figura 2. Donde los niveles de estrés estaban para el 2 de 15,84. Para el 3 y 4 estaban de 14,76 y en el estrato 5 y 6 de 17,58. Lo que demuestra que la actividad física tiene efectos positivos en la salud de los docentes, sin importar el estrato socioeconómico.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

Por otra parte, los docentes durante el proceso de intervención para el mejoramiento de la salud física. Manifiestan que no es impedimento la actividad física, ya que hay varios mecanismos y recursos que se pueden utilizar en los escenarios públicos, tales como: gimnasios, canchas o caminar como actividad deportiva.

Gráfica 6. Actividad física según horas de trabajo para la reducción del estrés

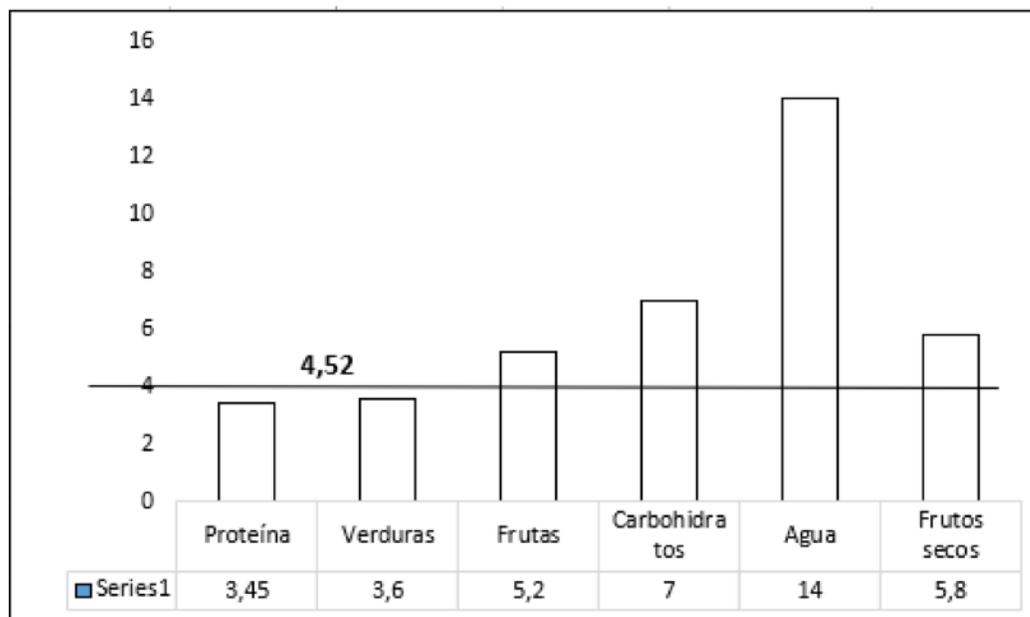


Se evidencia en la gráfica 6 que el nivel de estrés tuvo una disminución significativa, con relación a la gráfica 3. Anteriormente, los docentes habían presentado niveles de estrés en la jornada estipulada por el ministerio de trabajo de hasta 8 horas diarias, manejan un nivel de estrés bajo de la media de 14,00; siendo la media 15,18. Los docentes que trabajan más de 8 horas reflejan un nivel de estrés

de 15,22. De tal forma, se puede inferir que la actividad física tiene impacto en la reducción del estrés laboral. También, que a través de la misma se puede mejorar los estilos de vida saludable para cada uno de los docentes que han participado durante el proceso de intervención y mejoría de la salud física y mental. A fin de poder lograr que cada uno de los docentes vaya incorporando la actividad física en sus vidas.

RESULTADOS DE LA INGESTA DE ALIMENTOS PARA LOS DOCENTES

Gráfica 7. Ingesta de alimentos antes de la intervención psicológica y física



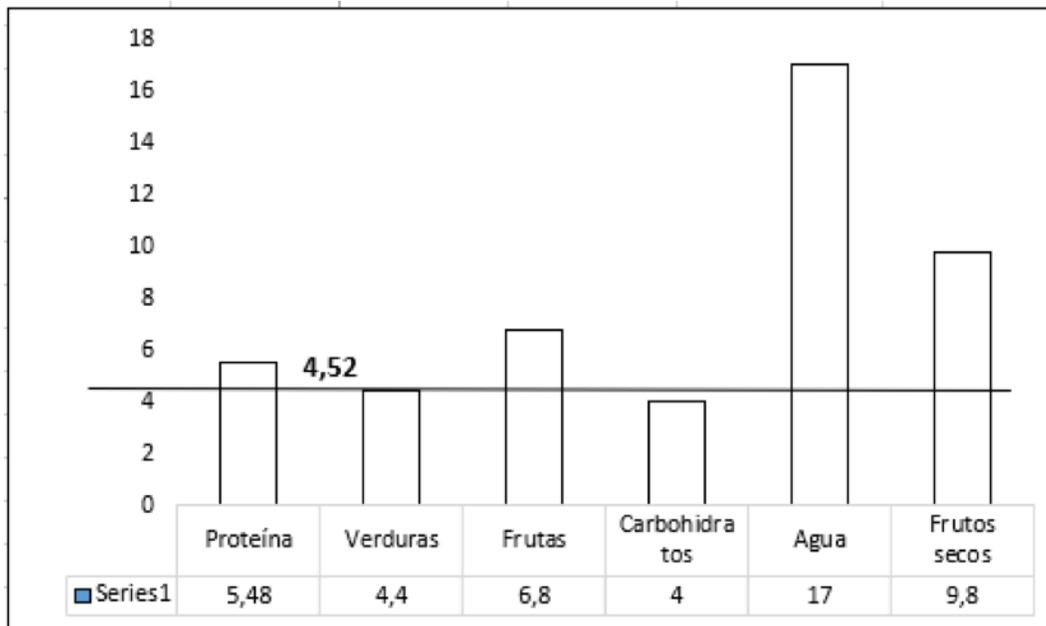
Antes de la intervención psicológica y física, se evidencia que la ingesta de alimentos saludables para los docentes es baja en relación a la media que se observa. Hay un aumento alto de carbohidratos. Sin embargo, hay un nivel alto del consumo de agua.

Esto se debe a que los docentes no tienen ningún plan adecuado de alimentación, de actividad física y en la vida de cada uno de ellos no había sido

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

prioridad debido a que no había un nivel de importancia, por escaso tiempo por sus actividades laborales, familiares o no se habían tomado medidas preventivas para la salud de cada uno de ellos. .

Gráfica 8. Ingesta de alimentos después de la intervención psicológica y física



Se estable que, desde el momento de la intervención física y psicológica para los docentes, hubo un aumento adecuado de alimentos saludables y una disminución considerable de los carbohidratos, ya que la gráfica 7 se evidencia una ingesta de carbohidratos elevados, lo cual incide en la salud de cada uno de ellos.

Es evidente que durante el estudio realizada desde las diferentes disciplinas y con el plan adecuado de alimentación, los docentes han mejorado cada uno de sus hábitos al momento de consumir alimentos saludables y balanceados para la vida de cada uno de ellos. También, han mejorado sus condiciones y su forma de elegir una adecuada alimentación para ir llevando sus objetivos.

DISCUSIÓN

Este proyecto de investigación busca caracterizar las respuestas de Estrés a través de las actividades deportivas que se implementaron en los docentes.

Con el fin de mejorar la salud física y psicológica de los docentes, a través de 45 minutos de actividad física dirigida con una intensidad del 70% de su ritmo cardiaco. Todas las actividades implementadas han sido guiadas por profesionales de la salud, en su quehacer.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas con la actividad física es evitar y disminuir el estrés laboral, para reducir la probabilidad del Síndrome de Burnout en los docentes. Garantizar el clima laboral y las buenas relaciones de trabajo, siendo los espacios deportivos la garantía de compartir situaciones favorables en el equipo de docentes; favorecer la empatía, el sentimiento, las emociones y las relaciones de trabajo.

Otros factores importantes es el tiempo para el esparcimiento con jornadas, donde se disfrute al máximo las actividades de intervención. De la misma forma, esto ayudo también a la organización de las clases, del tiempo de trabajo, el descanso y la favorabilidad de la familia, ya que los docentes toman como habito importante la organización de las tareas.

Por último, la actividad física y los buenos hábitos saludables de los docentes, estuvo encaminado en favorecer la salud y mantener estilos de vida saludable duraderas. En relación de los aspectos psicológicos han mejorado y se han visto observados en la disminución de la tensión labora, el clima laboral y la disminución de las incapacidades medicas-laborales.

Conclusiones y Recomendaciones

Después del presente estudio, surgen recomendaciones como la aplicación de estrategias preventivas para mejorar la salud mental y física de los docentes. “Las recomendaciones sobre actividad física para la salud establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo principal objetivo es prevenir las enfermedades no transmisibles (ENT) mediante la práctica de actividad física en el conjunto de la población, como la “Physical Activity Guidelines for Americans” (70). De ahí, Cabe destacar que el proceso de la actividad física que inicia como plan de intervención psicosocial, se da bajo los parámetros de la motivación intrínseca y extrínseca de los docentes, por el hecho y el deseo de modificar conductas sedentarias, malos hábitos de la ingesta alimenticia, mejorar la higiene del sueño y tener un nivel de vida favorable.

Al igual, se le recomendó a cada uno de los docentes continuar con 45 minutos diarios de actividad física como mínimo, para continuar con los beneficios que lograron durante el proceso. Ya que la OMS establece que una actividad diaria deportiva trae beneficios para la salud de las personas. “Establecen que la realización de 150 minutos semanales de actividad física moderada aeróbica provee de los beneficios anteriormente mencionados para la salud de las personas”. Lo que indica que los estudios realizados sobre la actividad física traer beneficios en la salud. En este sentido un estudio cualitativo determinó que las intervenciones apoyadas por actividad física son eficaces en las intervenciones de salud mental, observando un alto grado de correspondencia en los temas relacionados a la interacción social y apoyo social; sentimientos de seguridad; mejoría de síntomas; sentido de vida y factor preventivo de trastornos de la personalidad,

experimentándose como socialmente incluyente, no estigmatizante y sobre todo, eficaz para la activa recuperación de los pacientes en el campo de la salud mental (Mason y Holt, 2012).

Recomendaciones para Futuras Investigaciones

Se logra dar cumplimiento a los objetivos mejorando la salud de los docentes, a través de la implantación de actividades físicas. Se logra dar avances importantes para la psicología del deporte y el mejoramiento de estrategias para intervenciones relacionadas al estrés laboral. También, la formación de hábitos saludables y el trabajo con otras disciplinas de la salud.

Para futuras investigaciones es necesario seguir priorizando en las enfermedades que derivan del estrés laboral con el objetivo de prevenir el síndrome de burnout.

REFERENCIAS

- Freudenberg, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159- 165.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (Ed). 2014. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.
- Health and Welfare Canada. Mental health for Canadians: striking a balance. Ottawa: Ministry of Supply and Services; 1988. Descargado el 22 de abril de 2018.
- Martínez, J. 2004. Estrés Laboral: Guía para empresarios y empleados. Pearson Educación S.A. (Madrid). 222p.
- Oblitas, L. (2008) La Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf> Descargado en dic 2018.

OMS, Consejo Ejecutivo, (2003): Prevención integrada de las enfermedades no transmisibles. Ginebra.

Peiró, J. M. & Lira, E. (2013). Estrés laboral: nuevas y viejas fórmulas en salud laboral. Madrid: Ediciones Pirámide.

Rovira, B (2006) Psicóloga empresarial Artículo ¿Qué es el estrés laboral? Centro para empresas y profesionales. Disponible en la página web www.microsoft.com.

SÁNCHEZ B, F. (1996). La actividad física orientada hacia la salud. Biblioteca Nueva, Madrid.

Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw-Hill.

www.ipaq.ki.se y en Booth, M.L. (2000). Assessment of Physical Activity: An International Perspective. Research USA Spanish version translated 3/2003 - LONG LAST 7 DAYS SELF-ADMINISTERED version of the IPAQ. Revised October 2002. Quarterly for Exercise and Sport, 71 (2): s114-20. Otras publicaciones científicas y presentaciones acerca del uso del IPAQ se encuentran resumidas en la página Web.

RESEÑA

LUIS CARLOS ACOSTA FUENTES

Filósofo de la Universidad Industrial de Santander (UIS), Psicólogo de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad Manuela Beltrán (UMB), Estudiante de

maestría en Resolución de Conflictos y Mediación de la Universidad (UNEATLANTICO) de España. Actualmente asesor de Psicología para la aplicación y evaluación de los factores Psicosociales, con intervención estratégica en la promoción y prevención de la salud mental.

“TÚ Y YO, APRENDEMOS A SANAR JUNTOS” UNA ESPERANZA VIRTUAL PARA LAS PERSONAS EN DUELO

“TÚ Y YO, APRENDEMOS A SANAR JUNTOS” A VIRTUAL HOPE FOR PEOPLE IN GRIEF

Ortiz-Hernández, Arantxa
Universidad de Guadalajara
México

Investigación Cuantitativa - Psicología Social y Comunitaria

RESUMEN: En el adulto mayor, la muerte de un ser querido se le considera uno de los eventos más dolorosos que pueden presentarse, esto conlleva a experimentar un proceso de duelo, en el cual la persona reestructura sus pensamientos sobre el difunto y la experiencia de la pérdida para un afrontamiento del mundo ahora diferente. En el evento específico de muerte de la pareja, puede llevar a la presencia de indicadores emocionales y cognitivos desadaptativos. Para superar tales situaciones estresantes; se ha señalado la importancia de generar el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas. Debido a la situación emergente relacionada al coronavirus COVID-19, la búsqueda de servicios de salud mental es complicada para los adultos mayores, quienes han sufrido una pérdida, debido a la poca variedad de opciones que les permitan tener un acompañamiento desde su hogar. El objetivo de este estudio es la aplicación de un programa de intervención psicoeducativo que aumente las estrategias de afrontamiento, específicamente la reevaluación positiva y la solución de problemas. El estudio se conforma de una de

8 sesiones dentro de una intervención individual de manera virtual, utilizando los recursos de llamada y videollamada, con el uso continuo de la metodología cuantitativa. Las sesiones parten de un diagnóstico realizado a personas mayores de 60 años quienes han perdido a su pareja desde hace 4 meses a 2 años, de las cuales se les aplicó una entrevista acerca de las características de su duelo, además de un instrumento de evaluación para medir su nivel de afrontamiento. Los resultados denotaron un mayor uso de estrategias relacionadas a la reevaluación positiva y solución de problemas después de la intervención. Las personas viudas refieren una necesidad de apoyo social y emocional, además de obtener las habilidades necesarias para salir adelante de su duelo. Los resultados obtenidos destacan la importancia del desarrollo de programas que estén al alcance de las personas que han sufrido un evento catastrófico, por medio de vías innovativas que permitan la atención a sus usuarios durante un periodo de contingencia.

PALABRAS CLAVES: Afrontamiento, duelo, adulto mayor, intervención virtual, gerontología

ABSTRACT: In the elderly, the death of a loved one is considered one of the most painful events that can occur, this leads to experiencing a grieving process, in which the person restructures their thoughts about the deceased and the experience of loss for a confrontation with the world now different. In the specific event of death of the partner, it can lead to the presence of maladaptive emotional and cognitive indicators. To overcome such stressful situations; The importance of generating the use of adaptive coping strategies has been pointed out. Due to the emerging situation related to the COVID-19 coronavirus, the search for mental health services is complicated for older adults, who have suffered a loss, due to the limited variety

of options that allow them to be accompanied from home. The objective of this study is the application of a psychoeducational intervention program that increases coping strategies, specifically positive reevaluation and problem solving. The study consists of one of 8 sessions within a virtual individual intervention, using call and video call resources, with the continuous use of quantitative methodology. The sessions are based on a diagnosis made to people over 60 years of age who have lost their partner from 4 months to 2 years ago, of which an interview was applied about the characteristics of their grief, in addition to an evaluation instrument to measure your level of coping. The results denoted a greater use of strategies related to positive reevaluation and problem solving after the intervention. Widowed people report a need for social and emotional support, in addition to obtaining the necessary skills to cope with their grief. The results obtained highlight the importance of developing programs that are available to people who have suffered a catastrophic event, through innovative ways that allow service to their users during a contingency period.

KEYWORD: Coping, grief, elderly, virtual intervention, gerontology

INTRODUCCIÓN

A comparación de otras etapas de la vida, Thumala et al. (2018) refieren que en la vejez se presenta un aumento de pérdidas internas y externas que pueden generar la posibilidad de desarrollar trastornos mentales y decrementar la funcionalidad del individuo (Organización Mundial de la Salud, 2017). En el adulto mayor, la muerte de un ser querido se le considera uno de los eventos más dolorosos que pueden presentarse (Bruinsma, Tiemeier, Heemst, Van Der Heide, y

Rietjens, 2015), en el cual la persona necesitará reestructurar sus pensamientos y experiencia de la pérdida para así afrontar a un mundo ahora diferente.

El evento específico de muerte de la pareja puede llevar a la presencia de indicadores psicoafectivos y cognitivos desadaptativos, Chow et al. (2019) encontraron en su población de personas viudas un decremento en la motivación de vivir a causa de la ausencia de su pareja. Además, otros estudios han señalado casos que presentan profunda tristeza, depresión, sentido de identidad alterada, soledad y aislamiento (Lund, Caserta, Utz, y De Vries, 2010).

Para contrarrestar estos indicadores conductuales y emocionales desadaptativos, Coleman y Neimeyer (2010) considera la necesidad de utilizar cualquier recurso disponible, como las estrategias de afrontamiento, para aliviar el dolor y reestructurar el significado de la pérdida.

El tipo de estrategia de afrontamiento a utilizar es una elección indispensable al enfrentarse a la pérdida de un ser querido, se ha señalado que la efectividad de adaptación ante el nuevo rol de superviviente está sumamente vinculada a las funciones de las estrategias de afrontamiento que el individuo efectúa (Caserta, Utz, Lund, Swenson, & de Vries, 2014).

Una de ellas, la reevaluación positiva se refiere a la creación de un nuevo significado, siendo de índole positivo, a la situación que genera estrés ante la persona (González & Landero, 2007). Ornelas (2016) indica en su estudio que esta estrategia está mayormente ligada a la resiliencia en dolientes sin alguna patología, además de que la práctica de reevaluar la pérdida puede llevar a una mayor habilidad de ajuste en el doliente (Stroebe, Stroebe & Schut, 2005). Por otra parte, la solución de problemas es el análisis de las causas del problema que se

experimenta, por medio de este se construye e implementa un plan de acción para solucionarlo (Rodríguez, Sales, Satorres & Blasco, 2015). Tal estrategia está relacionada a desarrollar una mayor resiliencia ante el duelo complicado (Ornelas, 2016) y Lund (2010). De igual manera, hay un sentimiento de crecimiento personal cuando la persona viuda obtiene nuevas habilidades y maneja independientemente sus responsabilidades diarias (Lund, Caserta, Utz & De Vries, 2010).

La promoción de herramientas psicoafectivas en la población envejecida cobra una importancia pertinente, se ha señalado que intervenciones enfocadas al aprendizaje de conductas adaptativas y en fomentar un compromiso con la vida son integrales para aumentar las conexiones sociales y mejorar el ánimo en personas mayores deudas (Roberts et al., 2019). De igual manera, en años recientes se ha abogado por desarrollar opciones en línea, de las cuales las ventajas que se pueden obtener son la apertura a poblaciones fuera del entorno físico, flexibilidad para el usuario, altos niveles de autonomía, una mayor privacidad y menores costos (Schröder et al., 2016). Por ende, los objetivos de este estudio fue la aplicación de un programa de intervención psicoeducativo que aumente las estrategias de afrontamiento, específicamente la reevaluación positiva y la solución de problemas, además de la medición del uso de estrategias de afrontamiento un antes y después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La teoría de transaccional del estrés-afrontamiento de Lazarus (1984) refiere que las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, utilizados para gestionar las demandas internas y externas, las cuales son percibidas como estresantes y que exceden los recursos de la persona (Lazarus, 1999). Dentro de las estrategias se presentan dos, la reevaluación positiva se refiere a la creación de un nuevo significado, siendo de índole positivo, a la situación que genera estrés en la persona (González & Landero, 2007). Los componentes que se involucran en la reevaluación positiva es el aprendizaje por parte de la experiencia de dificultad, identificar los aspectos positivos del problema, desarrollar una tolerancia al problema y generar pensamientos positivos para enfrentar la situación (Gantiva, Andrés, Viveros, María, y José, 2010). Así mismo la solución de problemas es el análisis de las causas del problema que se experimenta, por medio de este se construye e implementa un plan de acción para solucionarlo (Mayordomo et al., 2015). De esta estrategia, sus componentes son: análisis de las causas del problema, elaboración de un plan de acción para solucionar el problema, seguimiento de este plan de acción, búsqueda de apoyo social para la solución del problema y aplicación de soluciones alternas (González-Ramírez y Landero-Hernández, 2007).

DUELO POR PÉRDIDA DE PAREJA

El duelo es un proceso de ámbito cognitivo, ya que constantemente se reestructuran los pensamientos del superviviente ante el difunto y la experiencia de la pérdida para un afrontamiento del mundo ahora diferente después de evento. En él hay una revaloración del significado del individuo, el otro y el mundo, la cual se fundamentará de las características del doliente (Worden, 2013). Hay cuatro categorías que organizan de manera general las manifestaciones de un individuo durante el proceso, estas se refieren a los sentimientos (tristeza, ira, culpa, ansiedad), sensaciones físicas (vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, hipersensibilidad al ruido, cogniciones (incredulidad, confusión, preocupación, sensación de presencia) y conductas (trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, conducta distraída, retraimiento). Se le ha considerado una realidad basada en género, donde en sociedades patriarcales es menos común que las mujeres vuelvan a casarse debido a las connotaciones culturales por lo que mantienen su estatus de viudez ante la comunidad (Perkins et al., 2016).

En la vejez, ciertas características apuntan a la presencia de factores presentes en la relación del doliente con el fallecido y externas las cuales pueden influir en la manera en que se puede sobrellevar el proceso de duelo. Carr y Jeffrey (2011) los enlistan:

- La naturaleza del matrimonio/relación romántica: la calidez y la cercanía en la relación es protectora para ambos miembros al enfrentar una pérdida.
- Características relacionadas a la muerte: El tiempo y tipo de muerte pueden afectar en el ajuste del doliente, una muerte anticipada para la persona puede ser

menos estresante que una súbita. Cabe aclarar, que las muertes anticipadas también pueden cargar efectos negativos propios de ella como la imagen del ser querido sufriendo a causa de una enfermedad y una posible sobrecarga en el cuidador.

- Apoyo social: El aislamiento social puede afectar en el proceso de duelo de la persona, el cual se presenta más en adultos mayores que se les dificulta la movilidad.
- Otras pérdidas y estresores: La muerte de un cónyuge casi siempre va acompañada de otras pérdidas que pueden comprometer su bienestar. De igual manera el perder a la pareja equivale a que el confidente, cuidador, apoyo emocional ya no estará presente para el sobreviviente.

MÉTODOS

Se realizó una intervención psicológica con métodos cuantitativos y de con pre y posprueba a manera virtual en el período de septiembre a noviembre del 2020. A la muestra se le aplicó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés además de una entrevista para conocer sus variables sociodemográficas y contexto general acerca de su situación de pareja antes del fallecimiento de ésta. Las variables tomadas fueron: edad, sexo, situación de vivienda, situación familiar, tiempo de fallecimiento de la pareja, situación de cuidados a la pareja previo al fallecimiento y otras pérdidas experimentadas durante este lapso.

PARTICIPANTES

El tipo de muestra que se llevó a cabo fue por conveniencia, debido a la situación de pandemia por COVID-19 que se generó a finales de 2019, las intervenciones enfocadas a grupos vulnerables de salud, en su caso adultos mayores, se vieron afectadas y transferidas a un terreno virtual. Para ellos se convocaron en redes sociales a adultos mayores que había falleció su pareja en un término de cuatro meses antes de la aplicación. Esta apertura fue para toda la República Mexicana. Se seleccionaron de los interesados 6 casos, siendo 1 hombre y 5 mujeres que cumplían con ese requisito, de 57 a 68 años. El 50% de los participantes el fallecimiento de su pareja ocurrió hace menos de seis meses, por otra parte, el 33% fue de 13 a 24 meses y solo el 17% de los individuos reportó que fue entre los 7 a 12 meses. El 100% vivía acompañado de familiares, siendo sus hijos. Las familias del 67% se conforman de más de dos hijos y nietos, mientras que el 17% tiene dos hijos sin nietos y el 16% solo tiene un hijo. Asimismo, el 83% de los participantes fungieron un rol de cuidador en la relación con su difunta pareja, siendo un 17% las que no. En situación de experimentar otras pérdidas, solamente el 33% de las personas habían experimentado el fallecimiento de otro ser querido.

PROCEDIMIENTO

La intervención contó con un total de 8 sesiones individuales a manera virtual, en las que se exponía un contenido teórico con base a la teoría de transaccional del estrés-afrontamiento de Lazarus, enfocada específicamente en las estrategias de reevaluación positiva y resolución de problemas. De igual manera se llevaba a cabo un ejercicio práctico para que aplicaran estas estrategias en casos de su vida diaria

y en situaciones donde el malestar de la pérdida se hacía presente por medio de técnicas planificadas de análisis y cognitivo-conductuales para la disminución del dolor emocional. Finalmente se realizó un diagnóstico comparativo en el cual se evaluó las estrategias de afrontamiento de la muestra y la eficacia del trabajo realizado.

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS DATOS

Antes de realizar la intervención se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés y se obtuvieron los siguientes resultados.

Uso de la estrategia de reevaluación positiva antes de la intervención.

De los seis participantes, 67% (4) de ellos indicaron una frecuencia moderada de uso de la estrategia de reevaluación positiva antes de ingresar al programa, mientras que el 33% (2) mencionaron usar poco este tipo de estrategia.

Tabla 1. Uso de la estrategia de reevaluación positiva en adultos mayores viudos antes de asistir al programa “Tú y Yo, aprendemos a sanar juntos”.

Sujeto	Puntaje	Interpretación	Porcentaje
MP	6	Frecuencia baja de uso	33
MC	2	Frecuencia baja de uso	
AH	9	Frecuencia intermedia de uso	67
LIC	10	Frecuencia intermedia de uso	
LO	13	Frecuencia intermedia de uso	
LEC	18	Frecuencia intermedia de uso	
<i>N=6</i>			<i>N=100</i>

Fuente: Elaboración propia.

Uso de la estrategia de solución de problemas antes de la intervención.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

En el uso de la estrategia de solución de problemas, el 50% (3) mencionó hacer un uso moderado de ellas, el 33% (2) las utilizaba en una menor medida y el 17% (1) era más frecuente.

Tabla 2. Uso de la estrategia de solución de problemas en adultos mayores viudos antes de asistir al programa “Tú y Yo, aprendemos a sanar juntos”.

Sujeto	Puntaje	Interpretación	Porcentaje
AH	4	Frecuencia baja de uso	33
MC	2	Frecuencia baja de uso	
LIC	12	Frecuencia intermedia de uso	50
LO	18	Frecuencia intermedia de uso	
LEC	11	Frecuencia intermedia de uso	
MP	20	Frecuencia alta de uso	17
N=6			N=100

APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Al inicio de las sesiones los adultos mayores mencionaban que aunque tenían la compañía de sus familiares no sentían el suficiente apoyo emocional y social para poder sobrellevar la angustia que sentían al recordar a su ser querido. Con las técnicas desarrolladas durante las sesiones, ellos indicaron que desarrollaron una fuerza interior para llevar a cabo tareas que antes su pareja realizaba como el pago de deudas o la reparación de objetos domésticos dañados; de igual manera comentaron el considerar que aunque el evento trajo un dolor muy grande, de este mismo aprendieron nuevas cosas de sí mismos.

Al término de las sesiones se aplicó nuevamente el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés.

Uso de la estrategia de reevaluación positiva antes de la intervención.

De los seis participantes, el 100% (6) presentaron tener un uso intermedio de la estrategia de reevaluación positiva.

Tabla 3. Uso de la estrategia de reevaluación positiva en adultos mayores viudos después de asistir al programa “Tú y Yo, aprendemos a sanar juntos”.

Sujeto	Puntaje	Interpretación	Porcentaje
AH	15	Frecuencia intermedia de uso	100
MP	8	Frecuencia intermedia de uso	
LIC	10	Frecuencia intermedia de uso	
LO	11	Frecuencia intermedia de uso	
MC	9	Frecuencia intermedia de uso	
LEC	13	Frecuencia intermedia de uso	
<i>N=6</i>			<i>N=100</i>

Fuente: Elaboración propia.

Uso de la estrategia de solución de problemas antes de la intervención.

En el uso de la estrategia de solución de problemas, el 100% (6) mencionó hacer un uso moderado de ella.

Tabla 4. Uso de la estrategia de solución de problemas en adultos mayores viudos después de asistir al programa “Tú y Yo, aprendemos a sanar juntos”.

Sujeto	Puntaje	Interpretación	Porcentaje
<i>AH</i>	16	Frecuencia intermedia de uso	100
<i>MP</i>	16	Frecuencia intermedia de uso	
<i>LIC</i>	7	Frecuencia intermedia de uso	
<i>LO</i>	17	Frecuencia intermedia de uso	
<i>MC</i>	12	Frecuencia intermedia de uso	
<i>LEC</i>	14	Frecuencia intermedia de uso	
<i>N=6</i>			<i>N=100</i>

Fuente: Elaboración propia.

Comparación del uso de la estrategia de reevaluación positiva antes y después de la intervención.

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

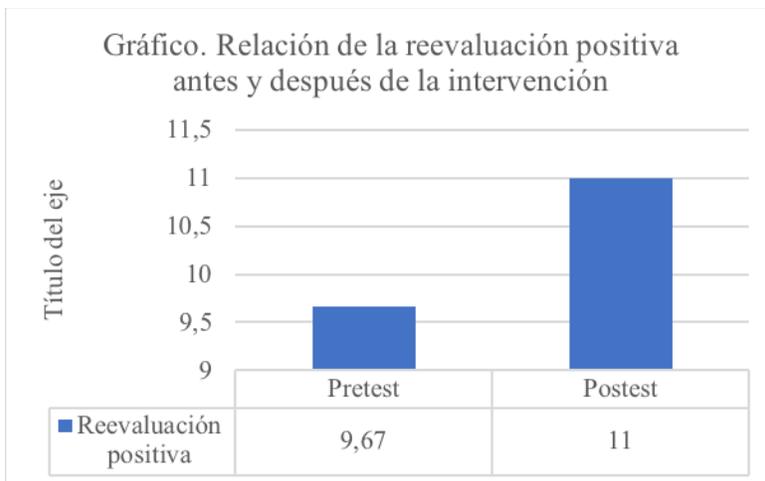
Para comparar los puntajes, se calculó la media y se compararon con los resultados de los instrumentos aplicados antes y después de la intervención. En el pretest se obtuvo una media de 9.67 y en el posttest fue de 11, teniendo una diferencia de 1.33. La desviación estándar de ambos puntajes fue de 5.538 y 2.608 respectivamente

Tabla 5. Comparación de la estrategia de reevaluación positiva en adultos mayores viudos antes y después de asistir al programa “Tú y Yo, aprendemos a sanar juntos”.

Reevaluación positiva	M	D.E.
Pretest	9.67	5.538
Posttest	11	2.608

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 1. Comparación de la estrategia de reevaluación positiva en adultos mayores viudos antes y después de asistir al programa “Tú y Yo, aprendemos a sanar juntos”.



Fuente: Elaboración propia.

Comparación del uso de la estrategia de solución de problemas antes y después de la intervención.

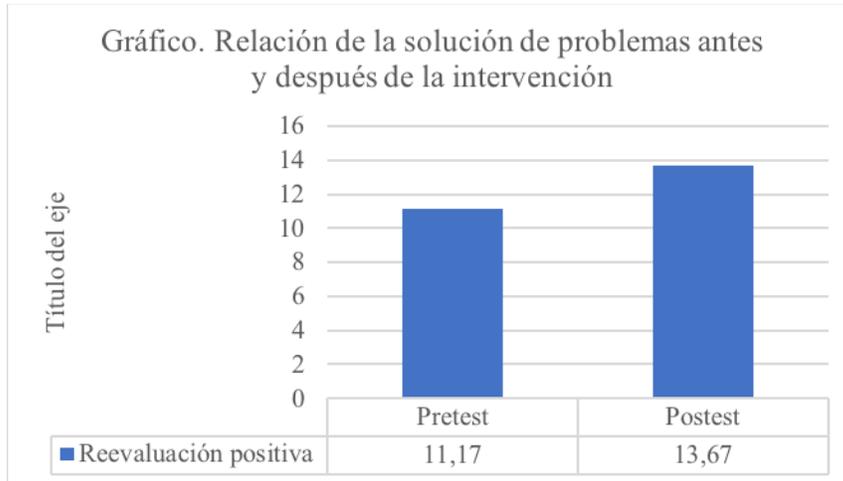
En el pretest se obtuvo una media de 11.17 y en el posttest fue de 13.67, teniendo una diferencia de 2.5. La desviación estándar de ambos puntajes fue de 7.223 y 3.724 respectivamente.

Tabla 28. Comparación de la estrategia de solución de problemas en adultos mayores viudos antes y después de asistir al programa “Tú y Yo, aprendemos a sanar juntos”.

Solución de problemas	M	D.E.
Pretest	11.17	7.223
Posttest	13.67	3.724

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 2. Comparación de la estrategia de solución de problemas en adultos mayores viudos antes y después de asistir al programa “Tú y Yo, aprendemos a sanar juntos”.



Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Entre los principales resultados que se obtuvieron en la investigación es la gran disparidad en cuestión de género, siendo un mayor número de mujeres a comparación de hombres. Este hallazgo es un reflejo de la situación de envejecimiento que existe en el país, en el cual la tasa de personas viudas es mayormente representada por mujeres mayores (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). De igual manera se le es considerado un fenómeno muy ligado a los roles sociales, en los cuales la mujer es menos común que contraiga un segundo matrimonio por lo que mantiene su estatus de viuda (Perkins et al., 2016). Por otra parte, la poca asistencia de varones envejecidos a talleres, en especial enfocados a temas de duelo, es un hecho que se ha evidenciado en otros estudios (Lund et al., 2010, Nam, 2017, Caserta et al., 2014). La cultura parece formar una parte de ello, en el cual suele ser visto como “debilidad masculina” el hecho de buscar apoyo

exterior para sobrellevar un hecho estresante. De igual manera, en los los participantes habían sufrido la pérdida durante un periodo corto de tiempo, hace menos de un año, es usual que estas personas se acerquen a servicios de apoyo en el duelo, después de 1 mes de experimentar la pérdida, la persona viuda suele estar más dispuesta a buscar ayuda (Osterweis, Solomon y Green, 2010).

Con relación a las estrategias de afrontamiento; antes de la aplicación de las sesiones, el 67% (4) de los participantes indicaron una frecuencia moderada de uso de la estrategia de reevaluación positiva antes de ingresar al programa, mientras que el 33% (2) mencionaron usar poco este tipo de estrategia. De acuerdo con los resultados, el escaso empleo de la reevaluación positiva para una buena asimilación de la pérdida conlleva a ciertas instituciones (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayor, 2018) a recomendar la promoción de herramientas que ayuden afrontar el medio por medio del recuerdo de experiencias agradables. Los individuos tienen una menor posibilidad de ajustarse ante la situación de pérdida ya que no aún no hay una reevaluación del vínculo con el fallecido (Stroebe, Schut, y Stroebe, 2005; Worden, 2013). Así mismo, otros estudios (Mayordomo et al., 2015; Brennan et al., 2012) sugieren que los adultos mayores viudos mencionaron un menor uso de este tipo de estrategia, siendo este una realidad también en esta intervención.

La otra estrategia también mostró resultados similares, siendo la mitad que mencionó hacer un uso moderado de la solución de problema y otra gran parte las aplican en menor medida. Su poca presencia puede estar relacionada a aspectos de género, en el cual se ha encontrado evidencia que las mujeres utilizan menos este tipo de estrategia. Además, la misma edad influye en este ámbito, siendo que

tener más años decrementa el uso de la solución de problemas (Rubio, Dumitrache, Cordon-Pozo y Rubio-Herrera, 2015).

El aumento de uso de ambas estrategias después de las 8 semanas de la intervención es un resultado que se ha repetido en investigaciones anteriores (Caserta, Lund, Utz, Swenson, y Vries, 2014; Lund et al., 2010; Nam, 2017; Brodbeck, Berger, Biesold, Rockstroch, y Znoj, 2019) en las cuales también los adultos mayores han obtenido habilidades para reevaluar el significado y resolución de conflictos ante situaciones estresantes como es la pérdida de un compañero de vida. Cabe destacar el número reducido de participantes y de sesiones pudo impactar en los resultados, Caserta et al. (2014) refieren que a un mayor número de sesiones se pueden obtener un impacto más notable en los participantes. Con ello, cabe destacar que en la comparación de crecimiento entre al antes y después se logró aumentar el uso y disminuir la variabilidad entre los resultados de cada uno de los individuos.

Se concluye que se logró el objetivo de la aplicación de un programa de intervención psicoeducativo que aumente las estrategias de afrontamiento, específicamente la reevaluación positiva y la solución de problemas; fue una oportunidad importante para conocer el panorama individual y colectivo en las cuales ellas se desarrollan ante la pérdida. El programa “Tu y yo, aprendamos a sanar juntos” es una de las primeras en territorio mexicano en incorporar virtualmente temas de afrontamiento en intervenciones individuales de duelo, en la cual a pesar de ser un número reducido de participantes refleja la necesidad de los

usuarios para desarrollar herramientas que promuevan una elaboración sana ante la muerte de su pareja.

REFERENCIAS

- Brennan, P. L., Holland, J. M., Schutte, K. K. y Moos, R. H. (2012). Coping trajectories in later life: A 20-year predictive study. *Aging and Mental Health*, 16(3), 305–316. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628975>
- Bruinsma, S. M., Tiemeier, H. W., Heemst, J. V. Van, Van Der Heide, A. y Rietjens, J. A. C. (2015). Risk Factors for Complicated Grief in Older Adults. *Journal of Palliative Medicine*, 18(5), 438–446. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0366>
- Carr, D. y Jeffreys Shep, J. (2005). Spousal bereavement in later life. En R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer y G. F. Thornton (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*. (pp. 81–92). Londres: Routledge.
- Caserta, M., Utz, R., Lund, D., Swenson, K. L. y de Vries, B. (2014). Coping Processes Among Bereaved Spouses. *Death Studies*, 38(3), 145–155. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738767>
- Chow, A. Y. M., Caserta, M., Lund, D., Suen, M. H. P., Xiu, D., Chan, I. K. N. y Chu, K. S. M. (2019). Dual-Process Bereavement Group Intervention (DPBGI) for Widowed Older Adults. *Gerontologist*, 59(5), 983–994. <https://doi.org/10.1093/geront/gny095>
- Coleman, R. A. y Neimeyer, R. A. (2010). Measuring meaning: Searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death Studies*, 34(9), 804–834. <https://doi.org/10.1080/07481181003761625>

- Gantiva, C., Andrés, C., Viveros, L., María, A. y José, M. (2010). Psychologia. Avances de la disciplina. *Psychologia*, 4(1), 63–72.
- González Ramírez, M. T. y Landero Hernández, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 189–198. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>
- González Ramírez, M. T. y Landero Hernández, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 189–198. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>
- González Ramírez, M. T. y Landero Hernández, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 189–198. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Resultados Definitivos De La Encuesta Intercensal 2015. Recuperado a partir de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales_2015_12_3.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (2018). Desigualdad en cifras. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN7_2018.pdf
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

- Lund, D., Caserta, M., Utz, R. y De Vries, B. (2010). Experiences and early coping of bereaved spouses/partners in an intervention based on the dual process model (DPM). *Omega: Journal of Death and Dying*, 61(4), 291–313. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.c>
- Lund, D., Caserta, M., Utz, R. y De Vries, B. (2010). Experiences and early coping of bereaved spouses/partners in an intervention based on the dual process model (DPM). *Omega: Journal of Death and Dying*, 61(4), 291–313. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.c>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E. y Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 8(3), 26–32. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Mental health of older adults. Recuperado a partir de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Perkins, J. M., Lee, H., James, K. S., Oh, J., Krishna, A., Heo, J., Lee, J. y Subramain, S. V. (2016). Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*, 16(1032), 1-12. [10.1186/s12889-016-3682-9](https://doi.org/10.1186/s12889-016-3682-9).
- Roberts, K., Walsh, L., Saracino, R., Fogarty, J., Coats, T., Goldberg, J., Prigerson, H. y Lichtenthal, W. (2019). A Systematic Review of Treatment Options for Grieving Older Adults. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(4), 422-449. doi: [10.1007/s40501-019-00191-x](https://doi.org/10.1007/s40501-019-00191-x)

- Rubio, L., Dumitrache, C., Cordon-Pozo, E. y Rubio-Herrera, R. (2015). Coping: Impact of Gender and Stressful Life Events in Middle and in Old Age. *Clinical Gerontologist*, DOI: 10.1080/07317115.2015.1132290
- Schröder, J., Berger, T., Westermann, S., Klein, J.P., Moritz, S. (2016). Internet interventions for depression: new developments. *Dialogues Clin. Neurosci.* 18 (2), 203–212. doi: 10.31887/DCNS.2016.18.2/jschroeder
- Stroebe, M., Schut, H. y Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9(1), 48–66. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.1.48>
- Thumala, D., Gajardo, B., Gómez, C., Arnold-Cathalifaud, M., Araya, A., Jofré, P. y Ravera, V. (2018). Coping processes that foster accommodation to loss in old age. *Aging and Mental Health*, 24(2), 300–307. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531378>
- Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (Editorial). Madrid.

RESEÑA

ARANTXA ORTIZ HERNÁNDEZ

Estudió la licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma de Baja California y actualmente una maestría en Gerontología en la Universidad de Guadalajara. Ha desarrollado y aplicado talleres enfocados a la educación en la salud y psicoeducación en adultos mayores. Actualmente sus líneas de investigación es la psicogerontología en adultos mayores con enfoque en

envejecimiento saludable y la tanatología en pacientes al final de la vida y sus familias.

**EL SUICIDIO EN EL TOLIMA: AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN
PSICOPATOLÓGICA**

**SUICIDE IN TOLIMA: ADVANCES IN PSYCHOPATHOLOGICAL
RESEARCH**

Ronald Alberto Toro Tobar. Psicólogo Clínico, . Grupo de Investigación en Aplicaciones de Estadística Multivariantes –GAEM
Universidad Católica de Colombia
Colombia

Liliana Sánchez-Ramírez. Liliana Sánchez Ramírez. Psicóloga Clínica, Grupo de investigación Pasos de libertad. Semillero Huellas Universitarias.
Universidad Nacional Abierta y a Distancia- UNAD-
Colombia

Amparo Quintero-Padilla. Psicóloga Clínica, Psicología Social. Grupo de Investigación Pasos de Libertad.
Universidad Nacional Abierta y a Distancia- UNAD-
Colombia

Investigación Cuantitativa – Suicidio

RESUMEN: El objetivo del estudio fue analizar la relación entre los factores psicológicos depresión, desesperanza e ideación suicida, que incrementan el riesgo suicida en la población del Tolima. Se llevó a cabo un estudio transversal multivariado, con una muestra de 233 adultos voluntarios que respondieron los test IRS, PANSI, IDIS, y SDS. Entre los resultados se encontraron correlaciones significativas entre depresión y desesperanza, e ideación suicida con depresión y riesgo suicida. A partir de estos hallazgos, se planteó un modelo de regresión que obtuvo un $R^2=0.65$, y finalmente un diagrama de senderos con favorables

indicadores de ajuste estructural ($R^2=.80$). Se concluyó con evidencia para la estrecha relación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida covariante, y el posterior riesgo suicida, que soportan la base teórica de las cogniciones disfuncionales, aunque el papel de la desesperanza no fue significativo. Estos hallazgos sugieren profundizar el papel de la desesperanza en el mecanismo causal de la conducta suicida en esta población.

PALABRAS CLAVE: suicidio; conducta suicida; ideación suicida; modelo multivariado.

ABSTRACT: The objective was to analyze the relationship between the psychological factors as depression, hopelessness and suicidal ideation, which increase the suicide risk in the population of Tolima. A multivariate cross-sectional study was carried out, with a sample of 233 adult volunteers who answered the IRS, PANSI, IDIS, and SDS tests. Among the results, significant correlations were found between depression and hopelessness, and suicidal ideation with depression and suicide risk. Based on these findings, a regression model was proposed that obtained an $R^2 = 0.65$, and finally a path diagram with favorable indicators of structural adjustment ($R^2 = .80$). It was concluded with evidence for the close relationship between depressive symptoms and covariant suicidal ideation, and subsequent suicidal risk, supporting the theoretical basis for dysfunctional cognitions, although the role of hopelessness was not significant. These findings suggest deepening the role of hopelessness in the causal mechanism of suicidal behavior in this population.

KEYWORDS: suicide; suicidal behavior; suicidal ideation; multivariate model.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es considerada como un trastorno emocional o mental que se da de manera progresiva, inicia con pensamientos negativos y puede desembocar en un plan suicida, y los intentos hasta lograr la muerte (Castle & Kreipe, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 65-90% de las conductas suicidas, están estrechamente relacionadas a algún tipo de depresión (World Health Organization [WHO], 2002).

La depresión es una enfermedad mental que puede afectar a cualquier persona, se caracteriza por sentimientos de tristeza, culpa, trastornos del sueño, escaso apetito, cansancio, falta de concentración, angustia, y dificultades para iniciar y mantener las actividades cotidianas, lo que afecta a las personas a niveles personales, familiares, laborales, altamente asociada a la iniciativa de la muerte por suicidio (OMS, 2018).

Estas alteraciones en aumento han sido consideradas un problema de salud pública. Según la secretaria de salud departamental del Tolima, la tasa de suicidios analizada desde el año 2016 hasta el 2020, ha ido aumentando de forma considerable, durante el 2016 se reportaron 778 casos de intento de suicidio para una tasa de 63, es decir un 1% por cada 100.000 habitantes; en cuanto al año 2017, se registraron 885 casos con una tasa del 67, para un 6%, en el año 2018 hubo 1002 casos de intentos de suicidio con una tasa de 77.1% (Secretaría de Salud Departamental del Tolima, 2019). En el reporte Forensis del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2020), las tasas más recientes de suicidio, la tasa por cada 100.000 habitantes para el Tolima fue de 9.89, cercana a la capital

Ibagué con un 9.91 con 50 casos en el 2019, mientras que la tasa nacional fue de 2.64.

A su vez, según el boletín de salud mental reportado por el Ministerio de Salud en el año 2017, existen diferentes factores que encaminan al suicidio, entre ellos se destacan la relación entre adolescentes y la aparición de síntomas depresivos, las interacciones disfuncionales, padres consumidores de sustancias psicoactivas, haber sido víctimas de maltrato infantil, inconvenientes disciplinarios, ruptura de relaciones de pareja, problemas académicos, y mal aprovechamiento del tiempo libre; mientras que en los adultos, ser mayores de 45 años, la impulsividad, desempleo o tener un estado civil como separado o viudez, y los intentos previos de suicidio o una enfermedad mental (Ministerio de salud y protección social Instituto de evaluación tecnológica en salud, 2017).

Uno de los principales predictores del riesgo suicida ha sido la ideación suicida (IS). Se define como aquellos pensamientos sobre estar muerto o quitarse la vida, no necesariamente con conductas de preparación; se pueden considerar como aquellos pensamientos persistentes de lograr la propia muerte, en estados graves presenta una mayor especificidad en el plan suicida y mayor grado de intención (WHO, 2012).

La IS está estrechamente asociada con los trastornos depresivos, y puede presentarse incluso en niveles sintomáticos depresivos medios, bajos o subclínicos (Cukrowicz, et al., 2011). Otros factores psicológicos asociados han sido la rigidez cognitiva, la impulsividad, la dificultad de afrontar los problemas y la desesperanza (Corona, Hernández, & García, 2016). Esta última, se ha documentado como el enlace entre depresión e IS, la persona con desesperanza presenta expectativas

negativas en las que visualiza el futuro con pesimismo crónico y baja motivación para lograr un cambio (Cortina, Peña, & Gómez, 2009). Se ha identificado una estrecha asociación a nivel cognitivo, entre la aparición de síntomas depresivos, un pensamiento en triada negativa (yo, mundo, futuro), en el que cogniciones pesimistas crónicas hacen vulnerable a la persona a desarrollar IS e intento suicida (Wenzel, Brown, & Beck, 2009).

Este referente, en la población del Tolima, permite considerar hipotéticamente que los síntomas depresivos, la desesperanza, y la ideación suicida, convergen en un incremento del riesgo suicida. En un estudio con muestras bogotanas, la depresión clínica resultó altamente asociada con la conducta suicida, y se constituyó como evidencia de un elevado riesgo suicida (Toro, Grajales-Giraldo, & Sarmiento-López, 2016). Hemos considerado que un análisis con la población de Ibagué y el resto del departamento, permitirá recopilar datos iniciales para la comprensión del fenómeno suicida y su incremento en los últimos años. Por tal motivo, el objetivo del estudio fue analizar la relación entre los factores psicológicos depresión, desesperanza e ideación suicida, que incrementan el riesgo suicida en la población del Tolima.

MARCO TEÓRICO

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, al ser una forma de muerte violenta prevenible si se identifican los factores de riesgo con antelación, según la Organización Mundial de la Salud – OMS, la conducta suicida es la segunda causa de muerte en las personas entre los 15 y 29 años, aproximadamente

más de 800.000 personas pierden la vida al año por causa del suicidio, por lo tanto la mortalidad es superior a lo generado por las guerras y homicidios en un 57% (OMS, 2018). Así mismo informan que por cada suicidio consumado 7 a 25 personas lo intentan y en cuanto a los adolescentes por cada acto suicida finalizado hay entre 80 y 100 intentos.

En Colombia, en el año 2017 dentro de las muertes por causa violenta se encuentran los suicidios, homicidios, accidentes de tránsito y otros (EEVV, 2018), por lo tanto, la tasa de intento de conducta suicida ha incrementado año tras año desde el año 2009 pasando del 0,9 por cada 100.000 habitantes al 54,7 por cada 100.000 habitantes en el año 2017, es decir que ha habido 36.163 casos con un promedio de 8.036 casos reportados por año donde la causas más frecuentes fueron envenenamiento autoinflingido intencionalmente por exposición a plaguicidas, medicamentos, sustancias biológicas y los no especificados; respecto a la distribución de intentos de suicidio se evidencia que el rango de edad donde más predomina es entre los 15 y 19 años con un 29,7% seguidos de los 20 a 24 años con 18,8%, en cuanto en la etapa del adulto mayor se evidencia altas tasas en edades entre los 40-44 años y de 50-54 años (MinSalud, 2018).

Por su lado el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015) reporta que el 80,03% de personas que consuman el acto suicida corresponde a los hombres, así mismo, determinaron que los conflictos de pareja, enfermedad física o mental y los problemas de índole económico son los principales factores relacionados a las causas del suicidio, respecto al componente académico, han evidenciado que más del 56,21% tienen un bajo nivel académico relaciona la educación básica primaria y preescolar; durante el año 2015 en el adulto mayor la

tasa de víctimas mayor a 80 años es del 61% lo que supera la tasa general del resto de la población.

Adicionalmente, dentro de las causas de la conducta suicida la OMS indica que es multifactorial, compleja y dinámica trayendo consigo otras problemáticas como el sentimiento de estigma social, sentimientos de vergüenza, sentimientos de recriminación, sentimientos de culpabilidad, afectación del entorno familiar y fomentación de conductas imitativas por suicidio, afectación en el entorno escolar, afectación en el grupo de amigos, empobrecimiento en las relaciones interpersonales (OMS, 2014). Así mismo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF (2018) aporta una clasificación de tres niveles así: micro-individual la cual está conformada por los intentos previos del suicidio, abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, trastornos mentales y las conductas autodestructivas; el nivel meso-familiar-escolar está constituido por la violencia intrafamiliar, historial familiar de suicidio o intento de suicidio y acoso escolar; por último en el nivel exo y macro social son los relacionados al riesgo socio cultural como discriminación de género, violencia sexual y el uso no controlado de las TIC.

Respecto al departamento del Tolima desde el año 2016 la tasa de intentos de suicidio no ha aumentado de forma considerable, siendo más exactos y según el último informe brindado por la secretaria de salud departamental del Tolima (2019), durante el año 2016 se reportaron 778 casos de intento de suicidio para una tasa de 63,1% por cada 100.000 habitantes; en cuanto al año 2017, se registró un número 885 casos con una tasa del 67,6%, por último, en el año 2018 hubo 1002 casos de intentos de suicidio con una tasa de 77,1%. Por otro lado, con relación al

género más implicado durante los años 2016 a 2019, se evidencia que las mujeres son quienes más han intentado quitar sus vidas para un total de 1.577 casos, mientras que en los hombres se han registrado 1088 casos, ésta conducta suicida se reporta con un mayor número durante los años 2017 y 2018.

Con relación a las edades donde se evidenció mayor conducta suicida en el año 2017 predominaron los grupos entre los 10-20, 21-30 y 31-40 años, por el contrario, en el año 2018 la conducta suicida afectó a las edades comprendidas entre los 21-30, 71-70 y más de 81 años. De igual forma cabe resaltar que durante lo transcurrido en el año 2019 hasta el 18 de marzo existen 18 casos de conducta suicida de los cuales 13 han sido en la ciudad de Ibagué (Secretaría de Salud Departamental del Tolima, 2019).

En este sentido, la presente investigación plantea como pregunta problema lo siguiente:

¿Qué indicadores de ajuste predictivo favorable presenta un modelo estructural multivariado preliminar del riesgo suicida en cinco municipios del departamento del Tolima a partir de variables de vulnerabilidad psicológica y contextual?

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, la cual no se encuentra focalizada en un rango de edad sino que puede estar inmersa en diferentes etapas del desarrollo del ser humano, desde la adolescencia hasta el adulto mayor (OMS, 2018). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (2014) estima que para el año 2020 haya un crecimiento arbitrario del 50% en el suicidio, lo cual va registrar un aproximado de 1,54 millones de muertes; esto implica que es una problemática la cual debe ser abordada con urgencia desde todos los contextos:

salud, familia, educación. Es por ello, que en el presente documento se ahondará sobre las variables psicológicas y contextuales que inciden al riesgo suicida.

VARIABLES ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Según el último boletín de salud mental – conducta suicida realizado por el Ministerio de Salud en el año 2017 reporta que existen diversos factores asociados con el suicidio y éstos son divididos acorde a la edad de las personas, como lo es la adolescencia y el adulto, respecto al primero relacionan la depresión, familias disfuncionales, padres consumidores de sustancias psicoactivas, ser víctima de maltrato infantil, dificultades disciplinares, rupturas amorosas, dificultades en el colegio o mal aprovechamiento del tiempo libre; respecto al adulto el boletín indica que influye ser mayores de 45 años, impulsividad, tener un estado civil como divorcio o viudez, encontrarse desempleado, intentos previos de suicidio o tener una enfermedad mental (MinSalud, 2017).

Trastornos mentales: la conducta suicida se le ha visto relacionada frecuentemente a la presencia de enfermedades mentales entre ellas la depresión, los trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, entre otros; cabe resaltar que la depresión la cual se identifica por sentimientos de tristeza, desesperanza, culpa, baja autoestima, pérdida de apetito y sueño, falta de placer que pueden afectar diversos aspectos de la vida del ser humano como el ámbito laboral, educativo, familiar y social (Toro, Grajales y Sarmiento, 2016), por lo tanto, la depresión es asociada de forma continua a la conducta suicida puesto que se evidencian estudios donde el riesgo es 20 veces mayor, evidenciando un mayor riesgo en edades

comprendidas entre los 20 y 40 años (MinSalud, 2017); la OMS afirma que entre el 65-90% de las conductas suicidas están estrechamente relacionadas a algún tipo de depresión (WHO, 2002).

FACTORES PSICOLÓGICOS: existe diversidad entre las variables psicológicas que pueden incidir en la conducta suicida y éstas se identifican acorde a los rangos de edad entre ellas: la rigidez cognitiva, la impulsividad, la dificultad de afrontar los problemas y la desesperanza (Corona, Hernández y García, 2016). Éste último sentimiento mencionado anteriormente, la desesperanza, tiene gran connotación ante el riesgo suicida ya que se encuentra relacionada con las expectativas negativas que tiene la persona hacia el futuro, siendo un sentimiento que no permite encontrar solución ante una situación, convirtiéndose así en el agente principal de la conducta suicida probablemente mayor que la depresión (Cortina, Peña y Gómez, 2009), por lo que el 91% de personas encontradas en riesgo de conducta suicida manifiestan la desesperanza mediante el diligenciamiento de la escala de Beck (WHO, 2002). Por su parte Beck indica que las personas distorsionan sus experiencias desde una perspectiva negativa sin un fundamento objetivo, anticipando un resultado negativo que no le permite ver con claridad otras opciones que permitan la resolución de un conflicto (Cortina, Peña y Gómez, 2009).

Intentos de suicidio previos e ideación suicida: la ideación es definida por el Ministerio de Salud (2018) como el conjunto de pensamientos que dan a conocer la intencionalidad de morir ya sea a través de la fantasía o las representaciones anticipadas de la propia muerte las cuales no necesariamente se pueden manifestar o evidenciar mediante escritos o amenazas. Adicionalmente, la OMS (2012) afirma

que son pensamientos representados de forma pasiva o activa sobre querer morir, los cuales no están acompañados de una preparación premeditada, que a su vez se encuentra estrechamente relacionado a estados de desesperación e inconformidad por la vida. Por su lado, Sánchez, Muela y García (2014) indican que la ideación suicida no es un factor predictivo para la conducta suicida ya que deben coexistir otros factores psicosociales que influyan para que la persona llegue al estado de planificación o tentativa como el control de los impulsos, la desesperanza y/o los trastornos del estado del ánimo y esto lo justifica con estudios similares que informan que el 60% de las personas involucradas en las investigaciones evidencian que la ideación depende de las variables psicosociales.

Por otro lado, el intento de suicidio alude a las conductas auto lesivas sin un resultado crítico en donde es evidente la intención de muerte; tal conducta puede generar o no lesiones dependiendo del método usado (MinSalud, 2018). Existe evidencia que los intentos previos de conductas suicidas aumentan el riesgo hasta 30 veces siendo la población del adulto mayor con el más alto riesgo convirtiéndose en causa de mortalidad de los métodos usados y la intencionalidad (Valiente et al., 2018). Por su lado el DSM – 5 (2014) define que el intento de conducta suicida es “todas aquellas conductas que implican causarse daño a uno mismo cuando esto no es por placer o con intención de acabar con la vida propia; por ejemplo: cortes, quemaduras, golpes, punciones, arañazos, pellizcos, arrancarse el pelo, envenenarse, entre otros”.

FAMILIA: las familias disfuncionales predominan en las personas con conductas suicidas lo cual aumenta el riesgo de que emerjan conductas auto lesivas entre los miembros del núcleo familiar, esto afecta las bases afectivas y comunicativas y debilita a su vez los mecanismos auto-reguladores que permiten la regeneración del sistema familiar ante una eventualidad (Álvarez et al, 2017), por lo cual el funcionamiento familiar es determinante para el riesgo suicida ya que la escasa cercanía afectiva, las discordias, la presencia de violencia intrafamiliar ya sea verbal, física o sexual pueden ser un condicionante del riesgo, la comunicación conflictiva y el control parental son algunos de los factores que inciden a la aparición de conductas suicidas; de igual forma el intento de suicidio por parte de alguno de los integrantes de la familia puede generar conductas por imitación para que el riesgo se exponga en estado de alerta siendo éste entendido como un mecanismo de afrontamiento ante eventualidades (Serrano y Olave, 2017).

FACTORES CONTEXTUALES: Respecto a los factores contextuales que pueden incidir en el riesgo suicida uno de ellos son los eventos estresantes, a nivel personal relacionado con separaciones, divorcios y muertes, a nivel financiero como el desempleo, despido laboral y/o deudas a los bancos, así mismo pueden existir acontecimientos negativos como conflictos en las relaciones interpersonales (Ovalle et al, 2016). Por otro lado, el nivel de escolaridad también debe ser tenido en cuenta puesto que hay investigaciones que lo relacionan (López et al, 2007). Adicional a ello en la etapa del adulto mayor puede presenciarse un riesgo alto ya que existe una inadecuada aceptación a esta etapa, a su vez se magnifican los sentimientos negativos y sus pérdidas pueden afectar de sobre manera al autoestima a pesar de

que ya poseen una identidad sólida con base a sus experiencias y formación académica (Valiente et al, 2018).

Otro de los elementos a tener en cuenta es el sexo esto es debido a que respecto a la ideación suicida predominan el femenino pero hay un contraste en relación con el acto consumado ya que los hombres exponen un mayor riesgo y esto es debido a que se encuentran más vulnerables a pérdidas económicas, de igual forma el método usado durante el acto suicida es más letal respecto al de las mujeres (López y Miranda, 2014 y Álvarez et al, 2017). En relación con el nivel socio económico y desempleo, cabe resaltar que el departamento del Tolima según el último reporte realizado por el DANE del mercado laboral por departamentos del año 2018 indica que el Tolima se encuentra en tercera posición con una tasa de desempleo del 12,8% lo cual significa que hubo un incremento en la tasa, lo cual se puede convertir en un factor de riesgo a considerar ya que podría aumentar dos o tres veces el riesgo de la conducta suicida (MinSalud, 2017).

MÉTODOS

PARTICIPANTES

Se obtuvo una muestra preliminar por conveniencia incidental de 233 adultos (65 hombres, 158 mujeres), con edades entre 18 y 66 años ($M=29.48$, $DE=8.46$). El principal criterio de inclusión fue que las personas tengan residencia en los municipios del Tolima y ser mayores de edad legal.

Instrumentos

Escala de riesgo suicida de Plutchik “IRS” (Plutchik, Van Praga, Conte, & Picard, 1989). Esta escala permite diferenciar los individuos que no presentan riesgo suicida de aquellos que sí lo presentan, esto permite una agrupación de la muestra según el riesgo suicida.

Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa “PANSI” (Osman, Gutiérrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998). Este instrumento consta de catorce ítems que se refieren a pensamientos suicidas presentes en las últimas dos semanas. Se presenta en dos dimensiones, una negativa directa (factor de riesgo), y una positiva indirecta (factor protector).

Inventario de Desesperanza e Ideación Suicida “IDIS” (Toro, Avendaño, & Castrillón, 2016). Este instrumento consta de catorce ítems que se refieren a pensamientos suicidas presentes en las últimas dos semanas. Se presenta en dos escalas, una en formato de ítems invertidos para medir desesperanza, y otra en ítems dicotómicos para medir ideación suicida.

Escala de Zung para la depresión “SDS” (Zung, 1965). Esta escala evalúa el nivel de depresión como medida de vulnerabilidad afectiva. Se compone de 20 ítems que se agrupan en cuatro factores: depresivo, biológico, psicológico y psicosocial.

PROCEDIMIENTO

FASE 1: Se realizó el contacto con la población, los permisos institucionales y los convenios necesarios. **Fase 2:** Se realizó la aplicación de la batería de instrumentos, la firma del consentimiento informado de los participantes, siguiendo los lineamientos éticos preestablecidos. **Fase 3:** Se realizaron los análisis

estadísticos multivariados de los datos obtenidos, mediante el software JASP 0.13.1 con emulaciones de EQS (JASP Team (2020)).

RESULTADOS

Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre los indicadores sintomáticos depresivos, la ideación suicida, y el riesgo suicida. En la tabla 1 aparecen los estadísticos correlacionales con el riesgo suicida, la mayor fuerza de asociación se obtuvo en las variables ideación suicida seguido por la depresión. Se resalta que la desesperanza presentó una correlación no significativa con el riesgo suicida, solamente la obtuvo con depresión.

Tabla 1

Correlaciones entre riesgo suicida y las variables psicológicas de ideación, desesperanza y depresión

Variable	Rsuicida	ISpositiva	ISnegativa	IS	DS	SDS Zung
1. Rsuicida	—					
2. ISpositiva	0.416	*** —				
3. ISnegativa	0.761	*** 0.460	*** —			
4. IS	0.639	*** 0.239	*** 0.718	*** —		
5. DS	0.094	0.279	*** 0.156	* 0.087	—	
6. SDS Zung	0.656	*** 0.542	*** 0.613	*** 0.507	*** 0.282	*** —

En un modelo de regresión lineal múltiple, se introdujeron las variables ideación suicida, desesperanza, y depresión como predictoras del riesgo suicida (tabla 2). Se obtuvo un modelo estadísticamente significativo que explica el 64.6% de la varianza total, se destaca que la ideación suicida negativa del PANSI tuvo el valor explicativo más elevado (SD B=0.471), mientras que la ideación suicida positiva, no resultó significativa en el modelo (p=.633).

Tabla 2

Modelo de regresión lineal múltiple para el riesgo suicida

Model		UnSD B	SD Error	SD B	t	p	R ²	Adj R ²	RMSE
H ₀	(Intercept)	3.175	0.194		16.396	< .001	0.000	0.000	2.892
H ₁	(Intercept)	-3.456	1.238		-2.790	0.006	0.654	0.646	1.719
	ISpositiva	0.017	0.036	0.024	0.479	0.633			
	ISnegativa	0.245	0.034	0.471	7.176	< .001			
	DS	-0.090	0.045	-0.084	-1.993	0.047			
	IS	0.409	0.161	0.150	2.534	0.012			
	SDS Zung	7.965	1.481	0.302	5.377	< .001			

A partir de estos hallazgos, se planteó un modelo de senderos con las variables verificadas en la regresión. Mediante ecuaciones estructurales, se verificó que la estructura hipotética se ajustara a la estructura empírica. El método usado fue el de mínimos cuadrados ponderados diagonalmente (DWLS), el cual permite corregir la anomalía multivariada y el comportamiento de los datos que se distribuyen semejantes a variables nominales u ordinales (Santa, 2018). En la figura 1 se presenta el modelo resultante.

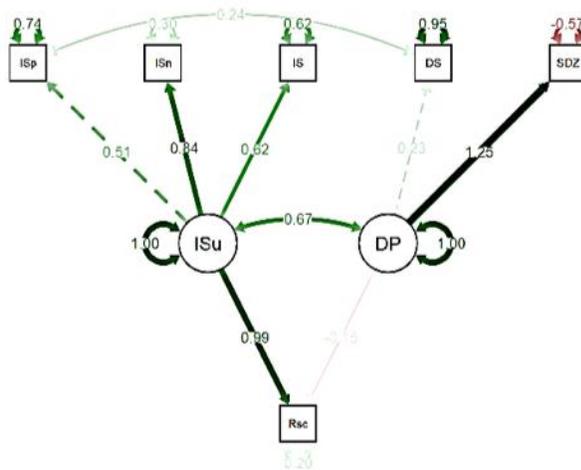


Figura 1: Modelo de senderos obtenido con las variables del estudio para predecir el riesgo suicida (R²=.80). Las abreviaturas son las siguientes: ideación suicida

positiva y negativa del PANSI (ISp y ISn), ideación suicida y desesperanza del IDIS (IS y DS), depresión (SDZ), y el riesgo suicida (Rsc); y las variables latentes ideación suicida (ISu), y depresión con desesperanza (DP).

Los indicadores de ajuste resultaron favorables para el objetivo del estudio: $\chi^2=6.307$ (gl=6, $p=.39$), Comparative Fit Index (CFI=0.999), el Tucker-Lewis Index (TLI=0.998), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA=0.015; IC90% 0.00-0.090), y Standardized Root Mean Square Residual (SRMR=0.062). En el modelo de senderos, se observa que los síntomas depresivos covarían positivamente con la ideación suicida, y presenta efectos en el incremento del riesgo suicida. Se destaca que los senderos de los indicadores de desesperanza e ideación suicida positiva, no fueron significativos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del estudio fue analizar la interacción entre los factores psicológicos depresión, desesperanza e ideación suicida, que incrementan el riesgo suicida en la población del Tolima. A partir de los datos obtenidos y los análisis multivariados realizados, se puede afirmar que se verificó la estrecha relación entre los síntomas depresivos, la ideación suicida covariante, y el posterior riesgo suicida ($R^2=.80$), en la muestra.

Estos hallazgos permiten generar nueva evidencia acerca de la presencia de cogniciones disfuncionales como la ideación suicida y el incremento del riesgo suicida, mecanismo derivado del procesamiento de información distorsionado (Fazakas-DeHoog, Rnic, & Dozois, 2017). Al respecto, a nivel teórico fue reportado

por Wenzel et al. (2009), en el que la ideación suicida es el producto de la interacción de cogniciones negativas autorreferentes (yo), el mundo, y el futuro (desesperanza), denominada triada cognitiva negativa.

Sin embargo, el componente de desesperanza según los datos obtenidos, parece tener un escaso aporte al modelo verificado. El sendero que corresponde a la desesperanza resultó no significativo al igual que la ideación suicida positiva (factor protector), esto sugiere que variables como el optimismo, no permiten en la población del Tolima establecer el nivel de riesgo suicida, y podrían ser parte del espectro de los síntomas depresivos, tal como se ha sugerido en la depresión por desesperanza (Pössel & Thomas, 2010).

Se recomienda tener en cuenta el papel de esta variable en futuros estudios, dado que no se contó con una medida independiente de la desesperanza, aspecto que pudo alterar la precisión de los resultados. Adicionalmente, se recomienda replicar este estudio con una muestra clínica que permita establecer la predicción diagnóstica de las variables contando con un diagnóstico previo.

En conclusión, se presentó un avance en la comprensión de la conducta suicida a partir de las variables psicopatológicas con mayor capacidad predictiva documentadas: depresión, e ideación suicida, desesperanza, esta última con una escasa varianza explicada que sugiere ahondar en la población tolimense, el papel de las cogniciones previas a la idea suicida.

BIBLIOGRAFÍA

- Castle, K., & Kreipe, R. (2007). Suicidal Behavior. In L. C. Garfunkel, M. Jeffrey, & J. M. Kaczorowski (Eds.), *Pediatric Clinical Advisor Second Edition* (544-545). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-032303506-4.10315-3>
- Corona, B., Hernández, M., & García, M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011
- Cukrowicz, K. C., Erin, F., Schlegel, B. A., Phillip, N. S., Jacobs, M. P., VanOrden, K. A., . . . Joiner, T. E. (2011). Suicide Ideation Among College Students Evidencing Subclinical Depression. *Journal of American College Health*, 59(7), 575-581. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.483710>
- Fazakas-DeHoog, L. L., Rnic, K., & Dozois, D. (2017). A cognitive distortions and deficits model of suicide ideation. *Europe's journal of psychology*, 13(2), 178-193. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i2.1238>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2020). Forensis, datos para la vida. <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
- JASP Team (2020). JASP (Version 0.13.1) [Computer software]. <https://jasp-stats.org/faq/how-do-i-cite-jasp/>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2018). Suicidio. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Osman, A., Gutiérrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and

validation. Psychological Reports, 82(3), 783-793.
doi:10.2466/pr0.1998.82.3.783

Ministerio de salud y protección social Instituto de evaluación tecnológica en salud (2017). Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/GPC_C_Suicida_Completa.pdf

Plutchik, R., Van Praag, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk: The suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 296-302. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90053-9)

Pössel, P., & Thomas, S. D. (2010). Cognitive triad as mediator in the hopelessness model? a three-wave longitudinal study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 224–240. <https://doi.org/10.1002/jclp.20751>

Santa, C. D. (2018). Efectos en la estimación de modelos de estructuras de covarianza con variables dicotomizadas en diferentes puntos de corte. [Tesis de Maestría] Universidad Nacional de Colombia. <http://bdigital.unal.edu.co/63947/1/1017149844.2018.pdf>

Toro, R. A., Avendaño, B. L., & Castrillón, D. A. (2016). Design and psychometric analysis of the Hopelessness and Suicide Ideation Inventory "IDIS". *International Journal of Psychological Research*, 9(1), 52-63. <https://doi.org/10.21500/20112084.2100>

Toro, R. A., Grajales-Giraldo, F. L., & Sarmiento-López, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications. Washington, DC: American Psychological Association.

World Health Organization (2002). World report on violence and health. Author. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
.;jsessionid=4036F5DA23B76345BF9B1EECC01C8079?sequence=1

Zung, W. W. (1965). Self-report depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

EL SUICIDIO ADOLESCENTE EN LA ESCUELA, UNA APROXIMACIÓN DESDE LA FILOSOFÍA

ADOLESCENT SUICIDE AT SCHOOL, AN APPROACH FROM PHILOSOPHY

Carlos Andrés Bello Camacho
Universidad Santo Tomás
Colombia

RESUMEN: El suicidio de adolescentes es un problema a nivel nacional y mundial que es poco estudiado en los contextos escolares. El propósito de la ponencia es aportar a la comprensión de esta problemática a partir de referentes de la filosofía y la pedagogía y dar algunas pistas de orientación para el trabajo educativo con los adolescentes.

En esta ponencia la primera parte plantea el problema del suicidio adolescente en el contexto escolar; la segunda recupera algunas reflexiones filosóficas de Tomás de Aquino, David Hume, Albert Camus y Jean Paul Sartre sobre el suicidio, relacionadas con temas como la libertad, el bien común, la autonomía, el absurdo, entre otros; y la tercera presenta unas líneas orientadoras hacia una pedagogía desde el sentido de vida sustentada en los algunos investigadores contemporáneos.

Con respecto a la metodología, la investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo, una perspectiva hermenéutica y un método de investigación documental,

que implicó la lectura y análisis de fuentes primarias y secundarias relacionadas con la temática, mediante informes de lectura o resúmenes especializados, que permitieron la interpretación, sistematización y relación de la información recolectada.

Este fenómeno social que no es reciente y que se presenta en las diversas culturas, ha emergido entre la población adolescente y el contexto de la escuela, convirtiéndose en uno de los problemas más complejos de afrontar por los educadores debido a su carácter multifactorial. Ahora bien, al indagar sobre la moralidad del suicidio se encuentran posturas diferentes como, por ejemplo, la de Tomás de Aquino quien considera que el suicidio es una acción inmoral, y la de David Hume quien plantea que esta acción es moralmente permisible. Por su parte, Jean Sartre y Albert Camus, no se refieren al carácter moral sino existencial del suicidio como una posibilidad de acción y determinación para el ser humano en medio del absurdo de la vida.

A partir de las reflexiones de investigadores contemporáneos provenientes de distintas disciplinas, es viable plantear una pedagogía del sentido de vida que propenda hacia un abordaje del suicidio adolescente en el contexto de la escuela basado en la resiliencia, la empatía, la compasión y el diálogo.

Concluyendo, el abordaje del fenómeno del suicidio desde una perspectiva filosófica, ha permitido comprender las implicaciones existencialistas, éticas, morales y como plantear algunas orientaciones relacionadas con el sentido de vida

y que estas puedan contribuir a acciones educativas que propendan por un abordaje más íntegro del fenómeno.

PALABRAS CLAVE: suicidio, adolescentes, escuela, sentido de vida, filosofía.

ABSTRACT: Adolescent suicide is a national and global problem that is little studied in school contexts. The purpose of the paper is to contribute to the understanding of this problem from references of philosophy and pedagogy and give some clues to guide educational work with adolescents.

In this paper the first part raises the problem of adolescent suicide in the school context; The second recovers some philosophical reflections of Thomas Aquinas, David Hume, Albert Camus and Jean Paul Sartre on suicide, related to issues such as freedom, the common good, autonomy, the absurd, among others; And the third presents guidelines towards a pedagogy based on the meaning of life sustained by some contemporary researchers.

Regarding the methodology, the research was developed from a qualitative approach, a hermeneutic perspective and a documentary research method, which involved the reading and analysis of primary and secondary sources related to the topic, through reading reports or specialized summaries, which allowed the interpretation, systematization and reporting of the information collected.

This social phenomenon, which is not recent and occurs in different cultures, has emerged among the adolescent population and the school context, becoming one of the most complex problems faced by educators due to its multifactorial nature. Now,

when inquiring about the morality of suicide, we find different positions, for example, that of Thomas Aquinas who considers that suicide is an immoral action, and that of David Hume who states that this action is morally permissible. For their part, Jean Sartre and Albert Camus refer not to the moral but to the existential character of suicide as a possibility of action and determination for the human being in the midst of the absurdity of life.

From the reflections of contemporary researchers from different disciplines, it is viable to propose a pedagogy of the meaning of life that tends towards an approach to adolescent suicide in the context of school based on resilience, empathy, compassion and dialogue.

In conclusion, addressing the phenomenon of suicide from a philosophical perspective has allowed us to understand the existential, ethical, moral implications and how to propose some guidelines related to the meaning of life and that these can contribute to educational actions that tend to a more comprehensive approach to the phenomenon.

KEYWORDS: Suicide, teenagers, school, meaning of life, philosophy.

El suicidio de adolescentes es un problema a nivel mundial y nacional que es poco estudiado en los contextos escolares. El propósito de la ponencia u objetivo, es aportar a la comprensión de esta problemática a partir de referentes de la filosofía y la pedagogía y dar algunas pistas de orientación para el trabajo educativo con los adolescentes, bajo el interrogante ¿Cómo desde el ámbito educativo puede el

maestro contribuir a disminuir el fenómeno del suicidio adolescente en la escuela? por ello, es importante estudiar algunas de las reflexiones de filósofos sobre este fenómeno que ha estado presente en la humanidad desde tiempos antiguos. Con el propósito de aportar a su comprensión, se abordará el suicidio en el contexto escolar a partir de las siguientes preguntas: ¿Qué es el suicidio y más específicamente el suicidio en la adolescencia?, ¿cuáles son sus posibles causas?, ¿cuál es la situación del suicidio adolescente a nivel mundial?, ¿cuál es la situación del suicidio adolescente a nivel nacional?, ¿cómo se relaciona este tipo de suicidio con la escuela?, y ¿por qué este puede ser considerado un problema para la escuela y la labor educativa?

El suicidio es un fenómeno humano que ha sido estudiado por filósofos, científicos, psicólogos y otros expertos. Algunos estudiosos consideran que “la conducta suicida no solo constituye un acto autoagresivo de autoeliminación y de rechazo a la vida, sino que también es un acto de agresividad a su entorno particular,” (González, 1991, p. 18). Una acción violenta por medio de la cual una persona pone fin a su vida no sólo le afecta a sí misma sino también a su círculo inmediato y cercano de relaciones (familia, amigos, compañeros, etc.). Hay un impacto muy fuerte en el entorno causado por el carácter inesperado, abrupto y letal del acto mismo.

Existen otras definiciones del suicidio que enfatizan su complejidad, como aquella que considera que es “un fenómeno de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales” (Cañón, Castaño & Mosquera, 2017, p. 28). Un fenómeno es una situación que se presenta

y se puede evidenciar en la experiencia vital. Las causas de este fenómeno pueden ser diversas, heterogéneas y múltiples, lo cual demanda un abordaje interdisciplinar para procurar su comprensión. Para efectos de esta ponencia, se prestará especial atención al suicidio en adolescentes.

Pero, ¿qué es la adolescencia? Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia “es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)” (OMS, 2021, P. 1). En correspondencia con lo anterior, se concibe como:

Una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (Pineda y Aliño. 2002, P. 16).

Otras fuentes señalan que “la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de identidad, aceptación e independencia. En esa búsqueda se enfrentan a situaciones de riesgo que de no ser manejadas adecuadamente pueden convertirse en factores que propician la conducta suicida” (Suelves y Robert. 2012, p. 138). Así, la adolescencia es una etapa de transición que vive todo ser humano y en la cual se dan algunas experiencias que pueden convertirse en posibles factores de riesgo y de vulnerabilidad con respecto al suicidio. En este punto, resulta pertinente la pregunta ¿cuáles son las causas del suicidio en adolescentes?

Algunas posibles causas del suicidio en los adolescentes pueden estar asociadas a enfermedades mentales de índole afectiva, trastornos de la personalidad, patologías producidas por el abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, carga genética familiar (antecedentes de suicidio en la familia), eventos significativos de mucho estrés y posibles enfermedades de deterioro físico y mental de forma progresiva. Así entonces,

El comportamiento suicida estaría determinado por una serie de causas complejas, que pueden ser tanto factores externos como internos del sujeto. Entre ellos pueden enumerarse: la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, antecedentes familiares, el abuso de alcohol o drogas, los maltratos durante la niñez, aislamiento social, enfermedades crónicas, patrones familiares autodestructivos, eventos traumáticos durante la niñez, violencia intrafamiliar, abusos, humor inestable, ansiedad, desórdenes psiquiátricos como la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros (Navas, 2013, p. 221).

Según lo anterior, las causas del suicidio configuran un espectro muy amplio, algunas modificables y otras no. “Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente (...) Los factores de riesgo no modificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan porque (...) su cambio es ajeno al clínico” (Navas, 2013, p. 223).

Ahora bien, ¿cuál es la situación del suicidio adolescente a nivel mundial? “A nivel mundial, más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que representa, por término medio, una muerte cada 40 segundos. Según las estimaciones de la OMS en el año 2020, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio” (OMS, 2014, p. 1). Investigadores aseguran que “el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes” (Ritchie, Roser y Ortiz, 2015, p 2). En “el 2016 fue la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo y la tercera en jóvenes entre los 15 y 19 años de edad” (OMS, 2021, P. 1), cuestión que llevó a diferentes países a implementar políticas de salud pública que ayudarán a mitigar este problema. Por otra parte, y analizando el informe dado por la OMS para el año 2020, “las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo”. (OMS, 2021, P. 1).

En relación con lo anterior, cabe la pregunta ¿cuál es la situación del suicidio adolescente a nivel nacional? Según un informe elaborado en el año 2015 por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses “se registraron en Colombia 2.068 suicidios (en ese año), el equivalente a un 10% más que el año 2014 (...) y con referencia a la tasa de suicidios respecto al año 2006, el aumento fue del 28%” (Ceballos, 2017, p. 6). Y en ese mismo año, “en el rango de edad de 10 a 14 años la tasa por 100.000 habitantes fue de 1.73 y en el de 15 a 17 años de 5.7” (Córdova, 2016, p. 341). Por su parte, según estadísticas del Ministerio de Salud, en el año 2019 se presentaron un total de 3657 casos de suicidios en

personas que están en el rango de 10 a 19 años de edad, mientras que tan solo en lo transcurrido hasta el 2 de mayo del año 2020 se han presentado un total de 3239 casos, lo cual indica una tendencia de crecimiento.

Después de analizar algunas definiciones del suicidio adolescente, identificar algunas de sus causas y tener una aproximación a su situación en los contextos mundial y nacional, resulta pertinente preguntarse por su relación con la escuela. Y esto porque los adolescentes se encuentran inmersos gran parte de su tiempo en la escuela adelantando procesos de socialización y formación con sus conflictos y crisis, pero también con sus potencialidades y posibilidades puesto que,

La función socializadora de la escuela puesto que para los jóvenes este espacio es fuente de bienestar y felicidad, ya que allí es posible compartir intereses, gustos y preferencias con los amigos, lo cual enriquece su sentido de la vida. Así, las relaciones cercanas y positivas con el grupo de amigos y compañeros constituyen un factor de protección importante para la prevención del suicidio (Bohórquez, 2009, p. 3).

En este escenario escolar se conforman relaciones diversas entre los adultos (profesores y directivos) y los menores. Así, por ejemplo, las relaciones de amistad y compañerismo que se pueden establecer entre adolescentes que comparten vivencias y experiencias en la escuela, pueden significar un sentido a la vida o existencia de los adolescentes y, en esa medida, convertirse en un “factor de protección” frente al sinsentido de la vida y la posibilidad de suicidio.

Por tanto, la escuela juega un papel importante en la experiencia de la estima, el reconocimiento y la aceptación, influenciada en gran manera por las relaciones no solo entre pares, sino también con el mundo adulto (profesores, directivos, padres de familia, otros miembros de la comunidad). Estas vivencias se configuran como un factor determinante para el sentido de la vida y la existencia en la adolescencia y las etapas subsiguientes. Y entonces, la escuela se asume como un escenario de formación relevante (no suficiente ni absoluto) que puede proteger o poner en riesgo al adolescente con respecto al suicidio.

Lo anterior tiene que ver claramente con el clima de la institución educativa y que el estudiantado lo percibe positivo "(...) cuando (...) se siente cómodo, valorado y aceptado en un ambiente fundamentado en el apoyo, la confianza y el respeto mutuo entre profesores y alumnos y entre iguales" (Ruiz, López, Pérez y Ochoa, 2009, p. 125). Así, las relaciones interpersonales que se construyen en la escuela juegan un papel importante en la manera como el educando asume su existencia y su devenir en el mundo.

En este punto de la argumentación cobra relevancia la pregunta ¿por qué el suicidio adolescente puede ser considerado un problema para la escuela y la labor educativa? El suicidio de cualquier adolescente que es estudiante en una institución educativa afecta a la comunidad y suscita reflexiones en la escuela sobre su papel formativo. Se despiertan preguntas, interrogantes, recuerdos, relatos, experiencias y gestos que cuestionan su quehacer y sus prácticas.

Dicho de otra forma, la escuela se enfrenta a una realidad límite cuando alguno de sus educandos contempla el suicidio como una alternativa viable para enfrentar y superar sus problemas y decide hacerlo. Cuando esto sucede, el impacto directo viene sobre la familia, los amigos, y demás personas cercanas, pero de igual manera afecta la escuela, convirtiéndose en un desafío, una experiencia inusitada y un motivo de reflexión para toda la comunidad educativa. De hecho, “el suicidio adolescente, quizás es la contradicción humana más fuerte cuando se produce no afecta sólo a la familia o a los amigos más cercanos, es un hecho tan fuerte y tan intenso que pone en cuestión a toda la comunidad y a todas las instituciones” (Efrón y Korinfeld, 2015, P. 6). Otros investigadores se refieren al efecto que genera el suicidio adolescente en las escuelas en los siguientes términos:

Cuando irrumpe en el campo educativo, cuando el suicidio consumado de un adolescente ocurre en una escuela, cuando acontece un intento de suicidio por parte de un niño o joven, el impacto es de tal magnitud que se convierte en uno de los problemas más difíciles de afrontar por parte de los educadores, de los directivos y de los profesionales de los equipos de orientación escolar (Efrón y Korinfeld, 2015, P. 9)

Frente a esta realidad, la escuela no puede hacer caso omiso ni mantener una postura a la defensiva o indiferente.

La educación no se le puede asignar una posición pasiva frente al fenómeno social del suicidio, mucho menos cuando se trata de personas en edades escolares. La educación, por lo tanto, tiene el deber social de realizar la reflexión,

interpretación, análisis y el desarrollo de acciones generales y concretas frente al suicidio (Bohórquez, 2009, p. 7).

En medio del impacto emocional y la crisis colectiva que puede generar el suicidio adolescente en una comunidad escolar, conviene hacer una reflexión sobre si la escuela está favoreciendo una formación integral de los adolescentes, que aporte de manera significativa al sentido de vida y a cultivar formas de gestionar los propios conflictos o problemas (emocional, psicológico, psicoafectivo, interpersonales, familiares, etc.) o si sólo está interesada en aspectos académicos.

En conclusión, el suicidio adolescente es una problemática que afecta a la sociedad y a la escuela. Las instituciones educativas deben atender este problema mediante espacios de diálogo, formación y debate que les permita a los estudiantes tener mejores herramientas para enfrentar la vida y su cotidianidad. Pero sobre todo con una acción intencionada y decidida por posicionarse como un escenario formativo en que todos los miembros de la comunidad se sientan reconocidos, aceptados y apoyados en su crecimiento personal.

Ahora bien, ¿cuál es la visión de la filosofía sobre el suicidio?, ¿qué se ha pensado al respecto? Es importante estudiar algunas reflexiones filosóficas sobre este fenómeno presente en la humanidad desde tiempos antiguos con el fin de plantear claves de lectura y pistas de trabajo válidas para nuestro presente. A continuación, abordaremos las perspectivas de Tomás de Aquino, David Hume, Albert Camus y Jean Paul Sartre.

Para Tomás de Aquino, el suicidio se relaciona con la justicia que es una virtud moral cuyo objeto es el derecho y las acciones exteriores del sujeto y tiene que ver con el bien moral que trasciende al interés personal y procura el bien común. Es una acción transgresora de la justicia conmutativa que regula las interacciones de los individuos entre sí y atiende a los intercambios que se dan entre personas, porque atenta contra la relación que un sujeto establece consigo mismo poniendo fin a su vida.

Según Tomás de Aquino, el suicidio es una acción ilegítima e inmoral porque atenta contra la ley natural: “Todo ser se ama naturalmente a sí mismo, (...) el que alguien se dé muerte va contra la inclinación natural y contra la caridad por la que uno debe amarse a sí mismo” STh I, I q. 64 a. 5. El suicidio va en contra del ordenamiento de la naturaleza según el cual el ser humano procura su propia conservación. Dicho ordenamiento no puede ser transgredido por el mismo hombre sino preservado y respetado. Todo ser humano tiene la inclinación natural a sobrevivir y alejarse de todo aquello que puede poner en peligro su vida. Por consiguiente, “el hombre tiende por naturaleza a conservar su propio estado e impedir su destrucción.” STh I, I q. 94 a. 2. Además, Tomás de Aquino plantea que debido a que el hombre por la caridad se une afectivamente a Dios y se orienta hacia la unión real y total con Él, cuando aquel se suicida atenta contra la caridad porque pone fin a su relación con su creador.

La segunda razón sobre la ilicitud moral del suicidio es la siguiente: “cada parte, en cuanto tal, pertenece al todo; y un hombre cualquiera es parte de la comunidad, y, por tanto, todo lo que él es pertenece a la sociedad. Por eso el que se suicida

hace injuria a la comunidad” STh I, I q. 64 a. 5. Desde este punto de vista, se asume que cada ser humano es una parte constitutiva del todo social, es decir, que su vida cobra sentido en la medida en que tributa al bien común. Así, la sociedad vista como el conjunto de los seres humanos prima sobre el deseo o la voluntad de determinación estrictamente individual, y se conserva y se fortalece por el aporte de todos y cada uno de sus miembros. Por consiguiente, cada ser humano no puede disponer de su propia vida sin advertir que con ello perjudica y ofende a la comunidad.

Por último, la tercera razón que esgrime Tomás de Aquino sobre la ilicitud moral del suicidio es la siguiente: “Porque la vida es un don divino dado al hombre (...). Y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios (...), pues sólo a Dios pertenece el juicio de la muerte y de la vida” STh I, I q. 64 a. 5. Por ende, el ser humano que toma la decisión de quitarse la vida estaría rechazando este regalo y negando que el único que puede disponer de este es Dios mismo. Por ello, quien se quita la vida a sí mismo peca contra Dios. Lo anterior deja ver que la vida del ser humano no solo está supeditada a la sociedad sino por sobre todo a la Providencia divina que puede disponer de ella en forma absoluta. A esta razón subyace una concepción teocéntrica y providencialista del destino humano que no da lugar a un despliegue del direccionamiento autónomo y libre del sujeto, aspecto que emergerá más adelante en la modernidad.

En conclusión, para Tomás de Aquino el suicidio es una acción inmoral porque transgrede la ley natural y la relación filial con Dios. Todos tenemos libre albedrío,

pero este no justifica que un individuo decida quitarse la vida. La vida en cuanto don divino no puede ser suspendida por el ser humano sino por el creador.

La postura de David Hume sobre el suicidio presentada en su ensayo *Del suicidio* de 1783 contrasta claramente con la de Tomás de Aquino. Con respecto al asunto de si el suicidio es una afrenta contra la Providencia divina, Hume responde de forma negativa, asegurando que “para el gobierno del mundo material, el todopoderoso estableció leyes inmutables y generales, las cuales se mantienen y aplican en todas las funciones de los cuerpos, (...) sin desechar hasta la más ínfima partícula de la materia”, mientras que “para gobernar el mundo animal ha dotado a las criaturas vivas de poderes corporales y mentales; de sentidos, pasiones, apetitos, memorias y facultad de juicio, que los impulsan o regulan en curso de la vida al que están destinadas” (Hume, 2011, p. 494). Por ello, la materia está regida por las leyes de la naturaleza, mientras que cada criatura tendrá plena capacidad para actuar según sus pensamientos, juicios y sentimientos.

Seguidamente Hume responde al argumento tomista de que el suicidio es una afrenta contra la sociedad o que afecta el bien común, afirmando que cualquier persona que ha decidido dejar este mundo no le comete gran daño a la comunidad en general. “Deja únicamente de hacerle bien. Lo que, de suponer un daño, sería mínimo” (Hume, 2011, p. 500), Puesto que para Hume toda obligación de hacer el bien en la sociedad, trae implícito una acción de reciprocidad, es decir, si yo como individuo de esta sociedad realizo el bien en mis actos, pues esta misma sociedad debería hacerme también el bien, como miembro activo de dicha sociedad.

En este sentido complementa Hume, que el hombre no está obligado a hacer el bien a la “sociedad a costa de causarme un gran daño a mí mismo. ¿Por qué he de prolongar entonces una existencia miserable, por amor de alguna frívola ventaja que quizá pueda el Estado recibir de mí?” (Hume, 2011, p. 500). Lo anterior significa que el individuo debe atender a su condición de calamidad, enfermedad o sufrimiento, en el grado de cuando el dolor y pesar superan la paciencia del individuo y este se cansa de la vida sostendrá Hume. Tratando así, de aliviarla por sus propios medios cuando la sociedad no lo asiste en ello.

Sumado a lo anterior, Hume afirma que el suicidio no transgrede los deberes con uno mismo porque “todos los animales dependen de su propia prudencia y habilidad para componerse en el mundo, y tienen plena autoridad, hasta donde llegan sus facultades, para alterar todas las funciones de la naturaleza” (Hume, 2011, p. 497), incluido el ser humano. Este último está sujeto a las leyes generales de la misma “materia y movimiento”, las cuales reflejan una acción de la Providencia divina, pero también puede alterar dichas leyes y tomar decisiones de manera autónoma como, por ejemplo, poner fin a su propia vida, lo cual no implica ninguna transgresión a los deberes consigo mismo.

Ahora bien, Albert Camus reflexiona en su obra *Los Muros Absurdos*, y específicamente en *El mito de Sísifo*, sobre la existencia del hombre que, por lo general, transcurre en medio de un letargo adormecedor y normalizador. Pero cuando este individuo despierta a la realidad que vive, entra en un estado de angustia e "inquietud" permanentes. “Para el hombre perdido en el mundo y en sus

diversiones, esa inquietud es un temor breve y fugitivo. Pero si ese temor adquiere conciencia de sí mismo se convierte en la angustia, clima perpetuo del hombre lúcido” (Camus, 1983, p. 39). Y este despertar le hace caer en la cuenta de la experiencia del absurdo que resulta incomprensible, difícil e insoportable.

¿Pero qué es el absurdo en Camus?, termino en el que busca explicar la incapacidad del hombre en la comprensión de muchos aspectos de su realidad. “El absurdo es un tipo de divorcio entre el hombre (su conciencia) y el mundo. Es un divorcio en la medida que, pese a que el hombre intenta comprender el mundo, hay algo que impide esto” (Serna, 2020, p. 55), lo cual está arraigado por su misma condición humana. Lo que impulsaría al hombre a una paradoja a la hora de comprender el sentido de la realidad vivida y complementa Serna, la conciencia del absurdo es el resultado de la confrontación entre la vida y el hombre en cuanto a lo que es, lo que hace y lo que pasa en el mundo.

Esta experiencia de lo absurdo y del sinsentido de la vida donde hablar de este sentido “como algo de puede descubrir o encontrar el hombre (...) es él quien en la realización de sus actos, comprende que hay algo que le da sentido a lo que hace” (Serna, 2020, p.55). Por ende, ante las situaciones que resultan completamente problemáticas e irresolubles lleva al ser humano a un dilema existencial insalvable.

El vivir bajo un cielo asfixiante que exige que se salga de él o que se permanezca en él. Se trata de saber cómo se sale de él en el primer caso y por qué se permanece en él, en el segundo (Camus, 1983, p. 46).

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS

En otras palabras, la existencia humana se enfrenta a dos interrogantes: ¿cómo escapar al absurdo?, o ¿por qué continuar en él? El suicidio surge como la posible respuesta a la primera pregunta.

Para referirse a esta experiencia, Camus recurre al mito de Sísifo, personaje de la mitología griega quien al revelar un secreto del dios Zeus es condenado a subir una roca a la cima de una montaña, para luego verla caer cuesta abajo y tener que volver a subir por siempre y eternamente. Camus expone este mito para mostrar dos cosas: primero, para ilustrar mediante este la idea del absurdo: ¿Qué sentido puede tener una vida vivida así? (...) segundo, Camus advierte que la conciencia del absurdo nace en el mensajero de los dioses en el momento que él reconoce su condición, pero no intenta evadirla. Este momento es el más importante porque revela que en el caso de Sísifo, pese a tener que cumplir eternamente un castigo, vive con lo que tiene (Serna, 2020, p.55).

Es aceptar la realidad y la condición que no se puede cambiar. Camus, utiliza el mito para comparar la condición de Sísifo y el hombre actual, ambos encuentran el absurdo en la medida que se vuelven concientes de su condición. “El obrero actual trabaja durante todos los días de su vida en las mismas tareas y ese destino no es menos absurdo. Pero no es trágico sino en los raros momentos en que se hace consciente” (Camus, 1983, p. 160). El hombre Sísifo se aferra a su existencia y no decide abandonarla por más absurda que esta sea.

Así, Sísifo vencerá lo absurdo de la vida descendiendo el camino una y otra vez, sin darse por vencido. Algunas veces, bajará la montaña sonriendo imaginando que

todo se encuentra bien, pero quizás este sea un modo de engañarse a sí mismo puesto que su condición existencial sigue siendo la misma, trayendo presente el absurdo en cada actividad, y estas experiencias que enfrenta como dolor, desesperanza, alegría, entre otras condiciones más, van moldeando a Sísifo hasta convertirlo en lo que es.

Paralelamente, Jean Paul Sartre coincide con Camus en la perspectiva existencialista de que “el hombre es angustia” y que es el único responsable de sí mismo y de los demás. El punto de partida es la subjetividad y no una teoría llena de esperanza y supuestos metafísicos. Por ello, el ser humano ha de asumirse como un proyecto existencial en el cual él es el responsable de su propia existencia, sin recurrir a ningún ser creador superior. “El hombre no es otra cosa que lo que él se hace” (Sartre, 1981, p. 17), es el hombre artífice y creador de lo que es, y cómo se concibe en la existencia.

En este sentido, cuando el hombre nace en este mundo es él, el único responsable de todo lo que realiza. Dicho hombre, no está encerrado en sí mismo, él está siempre presente en todo el universo humano, que para Sartre es el humanismo existencialista un,

Humanismo porque recordamos al hombre que no hay otro legislador que él mismo, y que es en el desamparo donde decidirá de sí mismo; y porque mostramos que no es volviendo hacia sí mismo, sino siempre buscando fuera de sí un fin que es tal o cual liberación, tal o cual realización particular, como el hombre se realiza precisamente en cuanto a humano (Sartre, 1981. P. 43).

Por ende, es el hombre quien pareciera que tiene todas las respuestas a la hora de transformarse en más humano. Sartre, centra sus reflexiones demostrando que el existencialismo es un humanismo porque todo gira entorno al hombre, donde la moral es universal y los valores estarán determinado por el sentido que elijan los hombres en la construcción de la sociedad. De esta misma forma la libertad y la responsabilidad individual, caracterizan el existencialismo como humanismo.

¿Qué responde Sartre acerca de la licitud moral frente al suicidio? Si bien, en Sartre no es claro o específico el tema del suicidio, en su obra *El ser y la nada* toca el tema de la muerte, para él “la muerte representa la cúspide del absurdo, es el acontecimiento absurdo por excelencia, porque interrumpe la producción del diseño de la conciencia humana” (Alfieri, 2010, p. 4). Lo que implicaría un acto cuya finalidad estaría destinada a aniquilar todas las posibilidades del para-sí o el ser de la persona en sí.

Concluyendo, “para Camus, suicidarse implica un rechazo de lo absurdo, y por otro lado, para Sartre, implica un acto no-contingente que cancela la posibilidad de realizar otros actos con posterioridad” (Contento, 2015, p. 17), lo que terminaría con toda posibilidad de realización en el hombre. Para Sartre, el hombre es libre en cuanto a que nadie decide por él, en este sentido, el hombre al ser consciente de que no existe un más allá después de la vida, siente abandono, angustia y desesperación, un despertar al absurdo que nos habla Camus.

Después de plantear el problema del suicidio adolescente en el contexto educativo y explorar algunas posturas filosóficas sobre este tópico que nos permiten

apreciar su complejidad, el propósito es presentar unas líneas orientadoras hacia una pedagogía desde el sentido de vida sustentada en los algunos investigadores contemporáneos.

Según Jean Grondin, el “sentido de vida” es la orientación o dirección que esta tiene y que puede aportar esperanza, realización y felicidad a la existencia humana que sobresale por su carácter limitado y acabable. En este sentido, llama la atención que “el hombre es el único ser que se interroga de manera tan radical sobre el sentido de su existencia. Si se plantea la pregunta del sentido es porque tiene conciencia de la finitud de su extensión en el tiempo” (Grondin, 2017, p. 15). La posibilidad de la experiencia de la muerte siempre abierta para cualquier ser humano puede llevarlo a preguntarse por el sentido de su vida.

Este autor señala que el término “sentido” puede comprenderse de diferentes modos: primero, el sentido direccional que es el más elemental e indica sentido, el cual se caracteriza por la dirección del movimiento, por ejemplo: el sentido del viento, el sentido de las agujas de un reloj. Es el sentido que indica una cierta dirección u orientación hacia la cual se puede emprender un trayecto o un proyecto.

El segundo modo está implícito en el lenguaje y su mensaje; por ejemplo, cuando no se conoce el significado de una palabra se busca su sentido en el diccionario para utilizarla. De ese modo, el sentido es la interioridad del significado de esa palabra. Por ende, para Grondin “según la concepción tradicional del lenguaje, los signos siempre indican algo o apuntan hacia algo, hacia una presencia real de la cosa” (Grondin, 2017, p. 57), lo que significa que el sentido no se manifiesta sin el

lenguaje; para que este sea accesible a nuestro entendimiento debe indicar algo o tener un significado comprensible por los seres humanos.

El tercer modo es de la capacidad de sentir algo o como lo llama Grondin el sentido sensitivo. “El sentido es aquí la capacidad de sentir el sentido. Se habla, por ejemplo, de los cinco sentidos, que son nuestras ventanas al mundo” (Grondin, 2017, p 58). En otras palabras, es la capacidad que los seres humanos tenemos y desarrollamos para percibir las cosas como, por ejemplo, el sentido para degustar un vino, apreciar una obra de arte, entre otros.

Y por último, el cuarto modo que “se habla también del sentido de un modo más reflexivo, de alguna manera más juiciosa. Se habla tal vez también en castellano de una persona con buen sentido. O en francés se dice “à mon sens”, según mi sentir” (Grondin, 2017, p 59). Lo que denota una apreciación reflexiva sobre la naturaleza, la experiencia y las cosas que lo rodean.

En segundo lugar, la escuela como una comunidad de seres humanos puede aportar a la construcción del sentido de vida. La tarea educativa propende hacia el cuidado de los estudiantes “ayudando a estos a encontrar las fórmulas para construir una personalidad sólida, madura, creadora, dueña de su propia vida y capaz de darle sentido” (Lázaro, Sánchez, Urchaga, 2010, p. 35). La educación debe superar su intencionalidad estrictamente académica y su proyección hacia un óptimo desempeño profesional y aportar de manera significativa y determinante a la formación humana, lo cual implica, según Morales (2003), enseñar a pensar,

enseñar a querer y enseñar a amar (p. 40) y cultivar de manera armónica las potencialidades referidas a la razón, la voluntad y la afectividad.

Enseñar a pensar significa “educar en la capacidad de reflexión sobre lo más conveniente en cada momento para poder actuar con prudencia y vivir con realismo siendo capaces de dar razones del propio comportamiento” (Lázaro, Sánchez, Urchaga, 2010, p. 41), lo cual implica que los estudiantes aprendan a buscar la verdad, reflexionar críticamente sobre la realidad y formar un criterio razonado del propio actuar.

Enseñar a querer quiere decir “educar la voluntad para que se encamine hacia el Bien. Enseñar a querer con eficacia distinguiendo entre el mero sentir irracional y el auténtico querer como efecto de la voluntad” (Lázaro, Sánchez, Urchaga, 2010, p. 42). Por ende, educar la voluntad implica formar motivos y criterios para que los estudiantes puedan tomar decisiones responsables y libres como integrantes activos de la sociedad, lo cual implica también aprender a sortear las frustraciones y dificultades que trae consigo la interacción con su comunidad. Desde este punto de vista, el estudiante estará en la capacidad de establecer metas claras, realistas y concretas valorando las obligaciones y logros de la cotidianidad.

Y enseñar a amar significa

Educar la afectividad para que sea capaz de amar la verdad y el bien con intensidad. La educación de la afectividad ayuda a la reflexión y hace más eficaz la voluntad, permite valorar la vida y la misión que se tiene en ella, elaborar un ideal

de vida y establecer proyectos coherentes y duraderos (Lázaro, Sánchez, Urchaga, 2010, p. 42).

Lo anterior implica el desarrollo de una autoestima al ser consciente de sus capacidades y límites, una reflexión permanente sobre su vida y la de los demás, y la configuración de un sentido vital de la existencia. Asimismo, el estímulo de la construcción de relaciones con otras personas desde la confianza, la esperanza y la empatía.

En este sentido, Grondin argumenta que “no hay vida, no hay sentido para la vida, sin esperanza. Mientras haya vida hay esperanza” (Grondin, 2017, p. 75). Esta esperanza se traduce en una espera de algo y se configura en un rechazo a la muerte y al sinsentido de vida. Por ello, “toda vida aspira a la supervivencia, ciertamente a mantenerse en vida, pero también aspira a una sobre-vida, a un ser-mejor a un ser-más en que la vida tenga más sentido” (Grondin, 2017, p. 77). Por ende, la esperanza está presente en la vida del hombre convirtiéndose en un aliciente y un motivo de acción y proyección. Así, las “personas con un alto nivel de sentido de vida tienen un mínimo o nulo nivel de desesperanza, mientras que el vacío existencial se asocia a nivel moderado – alto de desesperanza” (García, Gallego y Pérez, 2008, p. 3). El sentido de vida es proporcional con el grado de esperanza que tiene una persona.

Ahora bien, en el proceso de formación en la escuela ¿cómo la comunidad educativa (directivos, maestros, familias y estudiantes) puede contribuir a mitigar el fenómeno del suicidio mediante una formación que promueva el sentido de vida?

Para responder esta pregunta, se debe tener en cuenta los núcleos formativos a desarrollar y que se pueden cultivar en la escuela, los cuales serán: la resiliencia, la empatía, la compasión y el diálogo. Estos ayudaran a contrarrestar y prevenir el fenómeno del suicidio adolescente en la escuela.

¿Cómo se puede cultivar la resiliencia, la empatía, la compasión y el dialogo en la escuela? En primer lugar desarrollemos el concepto de resiliencia, el cual “es un cambio de paradigma: privilegia el enfoque en las fortalezas, no en el problema. Involucra a los individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones a que sean parte de la solución” (Vinaccia, Quinceno y Moreno, 2007, p. 144). Este promueve la capacidad de los estudiantes adolescentes a que se adapten a situaciones que son adversas en su diario existir y que pueden desencadenar o pueden impulsar pensamientos suicidas. Otra definición nos dirá que “la resiliencia como una de las estrategias que los seres humanos poseen para afrontar situaciones de cambio e incertidumbre, en la que se requiere de una flexibilidad en los sistemas de creencias” (Castañeda, Gómez y Vargas, 2019, p. 30).

Por ejemplo, una investigación realizada en el sector rural de Colombia encontró “que gracias a las capacidades personales del estudiante y con el apoyo del maestro, se han creado procesos pedagógicos de contención, basados en la solidaridad, la confianza y a partir de una mirada centrada en los recursos personales del estudiante” (Castañeda, Gómez y Vargas, 2019, p. 15). Por ende, cuando se habla de capacidades, están aluden a la resiliencia del estudiante adolescente, que apoyados mediante los procesos pedagógicos de contención que habla los autores, los cuales están fundamentados en las consejerías, orientaciones

y tutorías que establezca la institución, logran complementar los recursos personales de cada estudiante que son toda esa red de apoyo constituida por el maestro, las directivas, la familia y en sí, toda la sociedad.

Por ende, los directivos, los maestros y la familia en las escuelas juegan un papel importante en las dinámicas de los estudiantes adolescentes mediante la

Pedagogía resiliente que pretende evidenciar la interacción que se establece entre un maestro y un estudiante, a través de procesos de consejería, orientación, tutoría y asesoría en la escuela, para que pueda afrontar la situación de adversidad, superándola y continuando con su proyecto de vida (Castañeda, Gómez y Vargas, 2019, p. 16).

Lo que significa que el cultivo de la resiliencia en el ámbito institucional, depende no solo de la relación maestro – estudiante, sino de toda la comunidad educacional que converge e interactúa con el estudiantado.

En segundo lugar tenemos la empatía, esta, en los estudiantes estará fundamentada en la capacidad que tienen ellos en el reconocimiento del otro en cuanto los pensamientos, sentimientos y emociones, caracterizada por la aprehensión o comprensión del estado emocional con otras personas. Es por así decirlo, el arte que poseen los adolescentes y personas en ponerse en el lugar del otro, para recrear en su mente la situación de está afrontando dicha persona, e “implica una reconstrucción imaginativa de la experiencia del que sufre” (Nussbaum,

2008, p. 366), lo que significa que la persona empática trata de reconstruir mentalmente las experiencias de las situaciones de otras personas.

Otros estudios psicológicos realizados a la empatía en adolescentes, revelan a esta como una arista facilitadora de la conducta prosocial. “Se entiende por conducta prosocial al conjunto de comportamientos humanos voluntarios a favor de otros seres humanos, con independencia de que en muchos casos puede revertir en beneficios propios” (Urquiza y Casullo, 2006, p. 298), como por ejemplo: apoyo emocional, defensa en alguna situación en particular, colaboración en alcanzar algún objetivo o simplemente alguna donación que beneficie a otro estudiante. Por ende, este comportamiento ayudará a los estudiantes a desarrollar una capacidad empática con su comunidad estudiantil.

En tercer lugar se encuentra la compasión, un sentimiento que estimula a ayudar a otros en la pena o dolor que están padeciendo. Según Aristóteles, “es una emoción dolorosa dirigida al infortunio o al sufrimiento de otra persona” Retorica, 1385b13, y complementa Martha Nussbaum, donde expresa que esta requiere de tres elementos cognitivo,

El primer requisito (...) es una creencia o una evaluación según la cual el sufrimiento es grave, no trivial. El segundo es la creencia de que la persona no merece ese sufrimiento. El tercero es la creencia según la cual las posibilidades de la persona que experimenta emoción son parecidas a las del que padece el sufrimiento (Nussbaum, 2008, p. 345).

La compasión se complementa con la simpatía, la empatía y la piedad. Según Nussbaum, al sentir compasión el individuo piensa que quien se encuentra en estado de sufrimiento no es culpable de su condición y que uno mismo podría estar viviendo esa misma situación.

En el caso de la escuela, “es importante trabajar tanto la compasión como la gratitud en escolares, ya que se ha observado que el control de estas variables permite reducir el sufrimiento y malestar que se genera en las aulas” (Sosa, 2017, p. 22). Por ende, la educación en las escuelas al estar enfocada en desarrollar un entrenamiento en compasión con los estudiantes coadyuvaría a minimizar el fenómeno del suicidio.

Y por último tenemos el dialogo, en este punto es importante concebir el vínculo educativo que existe entre maestro y estudiante, para ello el docente debe ubicarse como un “agente de diálogo (escuchar al estudiante) que le permita ubicar al adolescente un espacio de escucha y palabra (...). Un docente presto a entablar un diálogo que permita dar lugar a la demanda del estudiante adolescente” (Escobar, Narcisa, Ricaurte, y Lourdes, 2020, p.25). En este caso al existir ese dialogo asertivo entre las partes mencionadas, el estudiante estará en la capacidad de tomar decisiones y asumir responsabilidades, puesto que existirá un reconocimiento frente a la posición del otro, con plena comunicación y comprensión mutua.

En este mismo sentido, no podemos dejar de lado el proceso de formación del estudiantado en cuanto el arte, la literatura y la religión, estas, se vislumbran como experiencias que propician la reflexión sobre el sentido de vida. Según Platón, estas

cautivan los sentidos del ser humano haciéndoles más sensibles a su entorno. Ahora bien, cuando se percibe un sinsentido en algún momento de la vida, estos tienden a tornarse absurdos y crueles para el individuo y el arte puede convertirse en una buena forma de enfrentarlos, reflexionarlos y superarlos. Con respecto al sentido de la religión, hablará Grondin que

El culto a lo humanitario (que sustituye a la caridad de las buenas obras), a los héroes y a las estrellas (que sustituyen a los santos) y a la justicia social (en espera de la ciudad de Dios), por no hablar de la búsqueda del sentido de la vida: todo esto forma parte de la experiencia religiosa (Grondin, 2014, p. 140).

Que de alguna manera, coadyuvan en el desarrollo de las dinámicas a desarrollar en el salón de clases, y estas experiencias (arte, literatura y religión), se encuentran en función y complementa en gran medida los núcleos anteriormente expuestos.

Otro aspecto a tener en cuenta en las dinámicas estudiantiles y que son esperanzadoras para dicha formación, es la que nos habla Grondin, él considera que “los seres vivos propician una tensión hacia el Bien, hacia lo mejor, hacia la sobrevivencia” (Grondin, 2017, p. 79), lo que significa que todos los seres vivos procuran el “Bien” de manera natural. Un ejemplo son las plantas que por su naturaleza siempre buscan el sol, la luz, su bien. Por ende, los estudiantes adolescentes como otro ser vivo, no serían la excepción en esta acción de buscar su bien.

Concluyendo, y como ya se ha expuesto, el fenómeno del suicidio ha estado presente a lo largo de la existencia de nosotros los seres humanos. Grandes

pensadores han reflexionado frente a este fenómeno que golpea de forma directa a todo familiar o persona que ha interactuado con el suicida, y aún más cuando estos son estudiantes adolescentes. Por ello, es imperativo encontrar diferentes alternativas entre los mismos estudiantes y toda la comunidad educativa, donde la escuela dinamice y refuerce los núcleos formativos expuestos, puesto que las emociones cumplen un papel fundamental en la actitud y desarrollo de los adolescentes de frente a la cotidianidad vivida. Y, que ante todo, instaure una política de diálogo abierto con los estudiantes frente a este fenómeno, sin que este se siga percibiendo como un tema tabú o prohibido de abordar en el salón de clases. Por consiguiente, se debe configurar un ambiente positivo y propicio en el manejo de cara a lograr mitigar el fenómeno del suicidio.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aquino, T. (1952). *Suma Teológica*. BAC. (Original publicado en 1820).
- Alfieri, A. (2010). El problema del suicidio y el absurdo en Sartre y Camus. *Revista telemática de filosofía*. <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105317327015.pdf>
- Camus, A. (1983). *El mito de Sísifo*. Alianza Losada. Universidad del Zulia.
- Bohórquez, O. (2009) El suicidio en la población adolescente escolar desde la perspectiva de la educación y la pedagogía. *Revista Electrónica de Psicología Social*, 1-9
<https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/145/1>

Castañeda A., Gómez J., y Vargas G. (2019). *Pedagogía resiliente*. Ediciones Usta. Universidad Santo Tomás.

Cañón, S., Castaño, J., Mosquera, A. (2017). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales. *Universidad de Manizales. Facultad de Ciencias de la Salud*, 27 – 40. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v14n1/1794-9998-dpp-14-01-00027.pdf>

Ceballos O. (2017) El suicidio en Colombia durante el año 2015. *Duazary*, 14(1), 6–7. <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1812>

Córdoba R. (2016). Suicidio en niños y adolescentes. *Biomédica (Bogotá)*. 36 (3): 341-342. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/issue/view/146>

Efrón R. Korinfeld D. (2015). Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. *Ministerio de la Educación de Argentina*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6475487.pdf>

González J. (1991) La conducta suicida: una aproximación psicológica clínico-forense. *Medicina Legal de Costa Rica*, 8 (1). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=560981&pid=S1409-0015200700020000500003&lng=en

Grondin, J. (2017). *Del sentido de la vida*. Herder Editorial S. L, Barcelona.

Grondin, J. (2014). *A la escucha del sentido*. Herder Editorial, S. L., Barcelona.

García, J. Gallego, J. y Pérez, E. (2008). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. <http://www.redalyc.org/pdf/647/64712165013.pdf>

- Hannah Ritchie, Max Roser y Esteban Ortiz-Ospina (2015). Suicidio. *Publicado en línea en OurWorldInData.org*. <https://ourworldindata.org/suicide>
- Hume, D. (2011). *Sobre el suicidio y otros ensayos*. Alianza Editorial, Madrid, 1988.
- Moreno R., López D., Pérez E., Ochoa S., y Gonzalo. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 9 (1), 123-136. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56012876010.pdf>
- Navas. W. (2013) Abordaje del suicidio en atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*. 219-225. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132e.pdf>
- Nussbaum, M. (2008). *Paisajes del pensamiento*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona.
- Risco, A., Sánchez A. y Urchaga, J. (2010). Pedagogía del sentido de la vida en el ámbito educativo: estudio empírico con jóvenes salmantinos. *NOUS Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*. Asociación Española de Logoterapia. *Chantada* 2, 1-1. <http://www.redalyc.org/pdf/647/64712165013.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 17 de junio). *Una de cada 100 muertes es por Suicidio*. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Pineda S. Aliño M. (2002). Manual de Prácticas Clínicas para la atención en la adolescencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 15 – 23.

<https://www.scienceopen.com/document?vid=eae924d0-df01-48ba-b5b0-49d46d414749>

Sartre, J. (1981). *El existencialismo es un humanismo*. Ediciones del 80

Suelves J., Robert A. (2012). La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Revista Española de Medicina Legal*. 38 (4), 137-142.

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273863770018/273863770018.pdf>

EL REENCUENTRO DE LAS CIENCIAS



**LIBRO
COORDINADO**