

Compendio de psicología de la salud

Ciencias
de la Salud

Juan Ramón Morán Quiñónez
Israel Mayo Parra
Victoriano Camas Baena
Oswaldo Zambrano Quinde
Lorena Cecilia Luzardo
Lourdes Arias Ruiz
Urcino Tomás Toala Castro
Ángel Patricio Acuña Mejía
Iraklys Salazar Guerra
Birmania Alcívar Ruiz
Michael Patricio Jaramillo Macías
Erick Iván Fiallos Herrera
Karen Stephany Estrella Lucas
Pedro Saldarriaga Zambrano
Gema Monserrath Rodas Mero



Dossier Académico ULEAM



EDITORIAL
MAR ABIERTO

Este libro ha sido evaluado bajo el sistema de pares académicos y mediante la modalidad de doble ciego.

Compendio de psicología de la salud

- © Juan Ramón Morán Quiñonez
- © Israel Mayo Parra
- © Victoriano Camas Baena
- © Oswaldo Zambrano Quinde
- © Lorena Cecilia Luzardo
- © Lourdes Arias Ruiz
- © Urcino Tomás Toala Castro
- © Ángel Patricio Acuña Mejía
- © Iraklys Salazar Guerra
- © Birmania Alcívar Ruiz
- © Michael Patricio Jaramillo Macías
- © Erick Iván Fiallos Herrera
- © Karen Stephany Estrella Lucas
- © Pedro Saldarriaga Zambrano
- © Gema Monserrath Rodas Mero

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM)
Ciudadela universitaria vía circunvalación (Manta)
www.uleam.edu.ec

Departamento de Edición y Publicación Universitaria (DEPU)
Editorial Mar Abierto
Telef. 2 623 026 Ext. 255
www.marabierto.uleam.edu.ec
www.depu.uleam.blogspot.com
www.editorialmarabierto.blogspot.com

Cuidado de edición: Alexis Cuzme
Diseño de portada y maquetación: José Márquez

ISBN: 978-9942-959-59-1
Primera edición: diciembre de 2016

Manta, Manabí, Ecuador.

	<i>Índice</i>
Salud mental en los y las adolescentes habitantes de la ciudad de Manta	5
Juan Ramón Morán Quiñónez	
Contención (descarga) emocional para personas afectadas post-desastre	24
Juan Ramón Morán Quiñónez	
La comprensión personológica del estilo de vida	35
Israel Mayo Parra	
Los determinantes sociales en el diagnóstico de salud	51
Victoriano Camas Baena	
Intervención psicoterapéutica en personas atrapadas por el terremoto del 16 abril 2016 Manta – Ecuador	74
Oswaldo Zambrano Quinde	
Caracterización de estudiantes con capacidades diferentes y su inclusión universitaria	88
Lorena Cecilia Luzardo	
Embarazo precoz en la ciudad de Manta y sus implicaciones psicosociales	99
Lourdes Arias Ruiz	
Comprensión lectora y sus estrategias para el desarrollo de destrezas en los estudiantes: un estudio de caso	117
Urcino Tomás Toala Castro	

La crisis que genera el desconocimiento técnico administrativo y del talento humano en el sector laboral público, privado, educacional y otros	130
Ángel Patricio Acuña Mejía	
El papel de la neuropsicología en la escolaridad durante la infancia, una revisión de literatura	138
Iraklys Salazar Guerra	
Birmania Alcívar Ruiz	
Michael Patricio Jaramillo Macías	
Erick Iván Fiallos Herrera	
Karen Stephany Estrella Lucas	
Estudio de la experiencia de intervención psicosocial desarrollada en Jaramijó en familias acogidas acogientes post-terremoto	158
Pedro Saldarriaga Zambrano	
Gema Monserrath Rodas Mero	

**Salud mental en los y las adolescentes
habitantes de la ciudad de Manta
(Mental health in adolescents inhabitants of the city of
Manta)**

Juan Ramón Morán Quiñónez

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí – Facultad de Psicología

Dr. en Psicología Clínica

juanramon561@hotmail.com

RESUMEN:

Con este estudio se buscó conocer cuál es la realidad en la salud mental de los jóvenes que habitan en zonas de alta vulnerabilidad económica, social, cultural, afectiva.

La ciudad de Manta, está catalogada como una de las ciudades más violentas, especialmente en muertes violentas, tráfico y consumo de sustancias, pandillajes, disfuncionalidades familiares, entre otras.

Para el estudio se seleccionaron cinco colegios del cantón Manta, provincia de Manabí, ubicados en zonas representativas para el estudio, de ella se tomaron muestras de jóvenes entre 18 y 24 años, que es la población diana.

La forma de obtener información fue mediante el empleo de instrumentos como cuestionarios y test confiables, por anteriores aplicaciones, que nos proporcionaron la información requerida.

La respuesta fue precisamente la presencia de alteraciones en la salud mental en los jóvenes, misma que tienen una variedad de expresiones, que van desde las eminentemente psicológicas hasta las que se somatizan.

Palabras clave: Salud mental, jóvenes vulnerables, psicológicas.

SUMMARY:

With this study is sought to know what is the reality in the health mental of them young that inhabit in areas of high vulnerability economic, social, cultural, affective. The city of Manta, is listed as one of the most violent cities, especially in violent deaths, trafficking, and consumption of substances, pandillajes, family dysfunctions, among others. For the study are selected five schools of the canton blanket, province of Manabi, located in zones representative for the study, of she is took samples of young between 18 and 24 years, that is the population diana. The form of obtain information was through the employment of instruments as questionnaires and test reliable, by previous applications, that we provided the information required. The response was precisely the presence of alterations in the health mental in them young, same that have a variety of expressions, that van from the emitentemente psychological until that is something.

Key words: health mental, young people vulnerable, psychological.

INTRODUCCIÓN

La salud mental está relacionada directamente con las experiencias pasadas, con los estímulos internos y externos que percibe una persona, los cuales conducen a un tipo de pensamientos que generan sentimientos o emociones y se expresan en los comportamientos, conductas, actitudes o acciones de las personas. Una persona con salud mental adecuada es generalmente capaz de manejar los eventos y obstáculos de la vida diaria sin ningún problema, trabajar para alcanzar metas importantes y funcionar de manera efectiva consigo mismo, con los demás y con la sociedad.

La salud mental del joven¹

Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento. La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En conjunto, unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta. Alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24. La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años; dicho aumento se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo entre los jóvenes y a las poco realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas.

Los problemas mentales de los jóvenes que no reciben asistencia están asociados con resultados insuficientes en materia de educación, desempleo, uso de estupefacientes, estilos de vida peligrosos, delitos, una salud sexual y reproductiva deficiente, autolesiones y un escaso cuidado de sí mismos, factores todos que aumentan los riesgos de enfermedades y de muerte prematura.

Los problemas de salud mental de los adolescentes acarrearán unos altos costes sociales y económicos ya que, conforme pasa el tiempo, suelen sufrir discapacidades.

Los factores de riesgo de los problemas de salud mental están suficientemente demostrados e incluyen los malos tratos en la infancia; la violencia en la familia, la escuela y el vecindario; la pobreza; la exclusión social y la desventaja en materia de enseñanza. Las enfermedades psiquiátricas y la toxicomanía en los progenitores, así como la violencia marital, también aumentan la situación de riesgo de los adolescentes, al igual que estar expuestos a las alteraciones sociales y la angustia

¹ www.unicef.org/.../pdfs/La-salud-mental-del-adolescente. 2010

psicológica que acompañan a los conflictos armados, los desastres naturales y otras crisis humanitarias. El estigma dirigido hacia los jóvenes con trastornos mentales, y las violaciones de los derechos humanos a las que están sometidos, aumentan las consecuencias adversas.

Por lo tanto, los problemas de salud mental en los jóvenes representan un importante reto para la salud pública de todo el mundo. Las medidas preventivas pueden ayudar a evitar el agravamiento y la progresión de los trastornos mentales, y una pronta intervención limita la gravedad de los mismos. Los jóvenes a los que se les reconocen sus necesidades de salud mental actúan mejor en la sociedad, rinden de manera más eficaz en la escuela y tienen más posibilidades de convertirse en adultos productivos y bien adaptados socialmente que aquellos cuyas necesidades no están siendo satisfechas. El apoyo a la salud mental, su prevención y un tratamiento oportuno reduce también la carga que pesa sobre los sistemas de atención de la salud.

Si se quiere lograr una prevención y asistencia eficaces, es esencial que exista una mayor conciencia pública sobre los problemas de salud mental y un respaldo social general a los adolescentes. La salvaguarda de la salud mental del adolescente comienza con los progenitores, las familias, la escuela y las comunidades.

Si se educa en materia de salud mental a estas importantes partes interesadas, es posible ayudar a que los adolescentes aumenten sus capacidades sociales, mejoren su aptitud para resolver problemas y ganen seguridad en sí mismos, lo que a su vez puede aliviar los problemas de salud mental y evitar comportamientos arriesgados y violentos. Asimismo se debería animar a los propios adolescentes a participar en debates y en la elaboración de políticas sobre la salud mental.

El reconocimiento temprano de desarreglos emocionales y la prestación de ayuda psicológica a cargo de personal especializado (no necesariamente trabajadores de la salud) pueden mitigar los efectos de los problemas mentales. Se puede formar a trabajadores de atención primaria de la salud para que utilicen entrevistas estructuradas con las que poder detectar los problemas en una primera fase y

ofrecer tratamiento y asistencia. Los programas psicopedagógicos en las escuelas, el asesoramiento de apoyo, las terapias cognoscitivas y del comportamiento, a poder ser con la participación familiar, son todos ellos sistemas eficaces a la hora de mejorar la salud mental de los adolescentes, mientras que los casos más complicados de adolescentes con graves trastornos mentales se remitirán gradualmente a servicios especializados.

A nivel internacional, se han establecido varios instrumentos jurídicos y acuerdos para promocionar la salud y el desarrollo de los adolescentes, en particular la convención sobre los derechos del niño y la convención sobre los derechos de las personas con discapacidades. La integración de la salud mental dentro de los sistemas de atención primaria de la salud supone una tentativa fundamental para reducir el vacío en el tratamiento de los problemas mentales. Con ese fin, la Organización Mundial de la Salud y sus colaboradores han elaborado el Acuerdo Marco 4S, el cual ofrece una estructura para iniciativas nacionales con la que reunir y utilizar información estratégica; preparar políticas de apoyo basadas en pruebas empíricas; aumentar la escala de la provisión y utilización de los productos y servicios de la salud; y fortalecer los vínculos con otros sectores del gobierno. Dicha integración aumentará el acceso a los servicios y reducirá el estigma atribuido a los trastornos mentales.

Uno de los cometidos más urgentes a la hora de abordar la salud mental de los adolescentes es el de mejorar y ampliar la información comprobada.

Una investigación sistemática sobre la naturaleza, frecuencia y factores determinantes de los problemas mentales en los adolescentes (además de la prevención, las intervenciones tempranas y las estrategias de tratamiento) será fundamental para garantizar el derecho de los adolescentes a la salud y el desarrollo en estos entornos.

Datos fundamentales²

Cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles.

Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009.

En el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad.

Se estima que unos 150 millones de jóvenes consumen tabaco.

Cada día mueren aproximadamente 430 jóvenes de 10 a 24 años a causa de la violencia interpersonal.

Se estima que los traumatismos causados por el tránsito provocan la muerte de unos 700 jóvenes cada día.

La mayoría de los jóvenes están sanos. Sin embargo, cada año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años. Un número mucho mayor de jóvenes sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente. Y un número aún mayor adopta comportamientos que ponen en peligro su salud presente y futura.

Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia.

La promoción de las prácticas saludables en la adolescencia y la adopción de medidas para proteger mejor a los jóvenes frente a los riesgos para su salud son

² OMS 2011

fundamentales para el futuro de la infraestructura sanitaria y social de los países y para prevenir la aparición de problemas de salud en la edad adulta.

En 2002, en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la infancia, se reconoció la necesidad de "Elaborar y ejecutar políticas y programas nacionales de salud para los adolescentes, así como los objetivos e indicadores correspondientes, para promover su salud mental y física".

Un marco importante para la salud de los jóvenes son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Dos de los ODM son especialmente pertinentes en relación con la salud de los jóvenes.

El ODM 5 aspira a implantar el acceso universal a la salud reproductiva, uno de cuyos indicadores es la tasa de embarazos entre las muchachas de 15 a 19 años.

El ODM 6, que apunta a detener la propagación del VIH/sida, incluye indicadores como una reducción del 25% entre los jóvenes, y mide también la proporción de jóvenes de 15 a 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida.

El derecho de todos los jóvenes a la salud está consagrado también en instrumentos jurídicos internacionales. En 2003, el Comité de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptó una Observación General en la que se reconocían los derechos y necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes en materia de salud y desarrollo. Esos derechos y necesidades cuentan además con el respaldo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y del Derecho a la Salud

METODOLOGÍA

Para el estudio se empleó el método histórico-lógico lo cual permitió realizar un análisis coherente de cómo se presenta histórica y evolutivamente la percepción, concepción y forma de abordar la salud mental.

Igualmente se utilizó el de análisis-síntesis tendiente a determinar que la salud mental afectada se expresa por sus efectos, lo cual permitirá llegar a explicar integralmente el problema, que nos conducirá a construir explicaciones del problema al cual vamos a conocer

El método de análisis bibliográfico y documental, se empleó en el estudio de la literatura especializada en cuanto a lo que hay investigado sobre salud mental, así como para la valoración de datos e informaciones que aparecen en documentos oficiales y de la OMS.

El método sistémico, fue de utilidad en el diseño de la estrategia de gestión para la promoción, prevención, la revelación y precisión de los subsistemas, relaciones fundamentales y contradicciones que dinamizan tanto el sustento teórico como la estrategia.

En el nivel empírico en lo referente a la verificación de la realidad del proceso objeto de la investigación, así como, para la puesta en práctica y valoración de la estrategia desarrollada, se utilizaron: Encuestas a jóvenes tendientes a determinar su nivel de conocimiento en torno a temas de salud mental y formas de prevención.

Aplicación de Encuesta dirigida a agentes de la comunidad para determinar cómo perciben el tema de la salud mental en los jóvenes.

Se aplicaron los cuestionarios a GHQ-12³ y RR-09⁴ a un grupo de involucrados con la finalidad de valorar la factibilidad del instrumento a aplicar. Se hizo uso de la Estadística Descriptiva mediante tablas y gráficas para analizar los resultados obtenidos en la etapa de diagnóstico y valoración de los resultados.

La población diana de estudio fueron las comprendidos entre 18 a 24 años de edad, habitantes de comunidades vulnerables de la ciudad de Manta, que representa aproximadamente 28.000 jóvenes, de las cuales se tomó una muestra que comprende 120 personas entre jóvenes y miembros de la comunidad.

³ Goldberg, Daniel. Cuestionario de Salud General

⁴ Morán, Juan Ramón. Cuestionario de Salud Mental. Ecuador 2009

En relación al aporte teórico-práctico: en lo teórico nos derivará en el conocimiento real sobre cuál es el estado de salud mental de los jóvenes que habitan en las comunidades vulnerables de la ciudad de Manta.

El aporte práctico, se evidenciará en confirmar la validez de instrumentos de obtención de información relacionado con la salud mental.

La novedad científica de la investigación radica en que por primera ocasión se efectúa un trabajo diagnóstico, bajo el enfoque de la psicología y eso es relevante.

RESULTADOS

La comunidad adulta estima en un 70% que la salud mental es “un problema”, una “locura” o una “enfermedad”.

Un 23 % de la población no tienen noción del significado de salud mental.

La gente común tiene consciencia que hay actitudes, comportamientos o expresiones familiares, que afectan la salud mental.

Las causas más frecuentes de la alteración en la salud mental radica en las “peleas en el hogar”, el dedicar mucho tiempo al internet, porque les aleja de la comunicación y se influncian de otras costumbres.

También atribuyen al “abandono de los padres”, a la “falta de cariño de los padres”.

Los problemas más dominantes en los jóvenes, hoy en día son atribuibles a: las drogas, la violencia, formar parte de las pandillas, especialmente.

Los padres señalan que referente a la actitud que asume como padre de familia frente a la problemática de los jóvenes, son: lo tratan en familia, otros relegan la responsabilidad a los sacerdotes y/o le comunican a los padres.

Un porcentaje limitado piensa en los psicólogos como mecanismo de resolver los problemas de los jóvenes, al igual que hay padres que “no hacen nada” frente a esta situación.

Para los jóvenes la salud mental es “una locura” o simplemente “no saben” a que se refiere.

Otros señalan que es una “enfermedad” o “un problema”.

Los jóvenes perciben altamente que “sí” y un “poco” tienen problemas de salud mental.

Los problemas más frecuentes que presentan son jerárquicamente: pandillaje, drogas, Bullying, violencia y criminalidad.

Entre las causas recurrentes por las que se altera la salud mental de los jóvenes tenemos: “falta de apoyo familiar”, “violencia”, “no sabe”, “desinterés”.

Hay una relación entre las vivencias disfuncionales que se dan en la familia y en la sociedad.

Muchos no hacen nada o dejan al colegio que lo resuelva, cuando tienen un problema relacionado con la salud mental.

Un porcentaje no considerable (30%) señala que su salud está en estado de alerta, es decir afectada y requiere intervención (GHQ-12).

En relación a los signos y síntomas más frecuentes que presenta los jóvenes, tenemos: “sensoriales y psicológicos”, “piel y anexos” y “digestivos y alimenticios”.

La hipótesis que se esbozó rezaba: “Un estudio de la salud mental de los jóvenes de 18 a 24 años permitirá conocer la realidad de esta”.

Se conoció dicha realidad, con un 30 % de afectación con presencia de signos y síntomas de tipos “sensoriales y psicológicos”, de “piel y anexos”, “digestivos y alimenticios” y finalmente los “cardiovasculares”.

Los indicadores que señalaron fueron: violencia, depresiones, estrés, criminalidad, Bullying, alejamiento de la familia, abuso de sustancias, pandillajes.

RECOMENDACIONES

Hace falta campañas de promoción de la salud mental.

Es necesario aprovechar el conocimiento que tienen algunas gentes sobre la afectación que genera en la salud los comportamientos irregulares en el hogar para emprender campañas de prevención.

Es ineludible promocionar las diferentes alternativas que tiene la gente para enfrentar o buscar solución a los problemas de salud mental.

Es inexcusable fortalecer los vínculos familiares como garantía de prevenir desajustes emocionales y psicológicos.

La psicología debe posicionarse como una alternativa muy válida de promoción, prevención, intervención en salud mental.

Deben generarse políticas públicas por la presencia de altos indicadores de conflictos en la salud mental, mismos que están siendo fisificados.

Además, se confirmaron problemas conductuales como: drogas (consumo, tráfico), violencia, pandillas, familiares-hogar, drogas, Bullying, violencia y criminalidad

Los indicadores que se plantearon en el proyecto y que obtuvieron un bajo perfil fueron: depresión y estrés.

DISCUSIONES

El andamiaje tanto en lo inherente al diseño del proyecto, a la elección de instrumentos, su ejecución iba siendo socializados, discutidos y debatidos, no solo

con la tutora-asesora del proyecto, sino con otros colegas, ello con la finalidad de generar un producto de alta calidad y confiabilidad.

Finalmente fue difundido en un evento que se organizó para la comunidad académica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carranza, Valeria. El concepto de salud mental en psicología humanista existencial. Universidad Católica Boliviana. Bolivia. 2002, Vol. I, No.1

Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B. y Kleinman, A. “Salud Mental en el Mundo”, Problemas y Prioridades. OMS 2003

De Potestad Fabricio, Zuazu Ana Isabel. Salud Mental en el siglo XXI. Navarro. España 2003 ww.ome-aen.org/norte/18/NORTE

Goldberg, Daniel. Cuestionario de Salud General

Morán, Juan Ramón. Cuestionario de Salud Mental. Ecuador 2009

OMS 2011

OMS. El Contexto de la Salud Mental. Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003 bajo el título de “Mental Health Context”.

OMS. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. El Contexto de la Salud Mental. 2003

OMS. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) Ecuador 2008

Rodríguez, Jorge. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Biblioteca Sede OPS. Washington, D.C: OPS, © 2007.

Varios autores. Salud Mental en el contexto contemporáneo. Universidad de la Republica. Montevideo, marzo de 2007.

WEBBGRAFÍA:

Com. La Salud Mental En El Siglo XXI. (2010, July 02). BuenasTareas.com.
Retrieved from

<http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Salud-Mental-En-El-Siglo/481877.html>

www.unicef.org/.../pdfs/La-salud-mental-del-adolescente 2010

EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL RR09

NOMBRE:.....EDAD.....ESCOLARIDAD.....FECHA.....RESIDENCIA.....ESTADO CIVIL..... Indique si se le ha presentado alguno de estos estados:

A.- SINTOMAS SOMÁTICOS:	SI	NO	A VECES
1. Se agota o cansa con frecuencia/sensación de falta de energía)?			
2. Siente dolores frecuentemente, en diversas regiones del cuerpo?			
3. Siente dolor u opresión en el cuello o pecho?			
4.- Siente dolor o molestias en los miembros o articulaciones?			
5. Siente dolor en el oído?			
6. Tienen dolores de cabeza frecuentemente?			
7. Tiene colitis?			
8. Sufre de alteraciones en el sueño?			
B.- SINTOMAS CARDIOVASCULARES			
9. Ha perdido bruscamente el conocimiento alguna vez?			
10. Aumenta sin razón, su frecuencia respiratoria?			
11. Tiene sensaciones de “ahogo”?			
12. Es hipertens@?			
13. Ciertas veces aumentan los latidos de su corazón, sin razón?			
14. Otras veces, disminuyen esos latidos?			
15. Tiene problemas de Asma?			
16. Tiene problemas de Hiperventilación?			
17. Siente dolor u opresión en el pecho (angustia precordial)?			
18. Siente hormigueo o adormecimiento en las manos, cara, etc?			
C.- SINTOMAS DIGESTIVOS-ALIMENTICIOS			
19. Con frecuencia padece de estreñimiento o “diarreas”?			
20. Se le encierran los “gases”, con frecuencia?			
21. Con frecuencia tienen “agruras”?			
22. Consume alimentos sin control alguno?			
23. Ciertas veces, su apetito disminuye drásticamente?			
24. Siente dolor o molestia epigástrica?			
25. Sufre de alteraciones alimenticias?			
26. Sufre de nauseas o vómitos con frecuencia?			

D.- SINTOMAS GENITO-URINARIOS	SI	NO	A VECES
27. El deseo de orinar, aumenta ciertas veces?			
28. Tiene problemas de impotencia?			
29. Tiene problemas de eyaculación?			
30. Su deseo sexual ha disminuido últimamente?			
31. Tiene problemas con la menstruación?			
32. Tiene problemas de frigidez?			
E.- SINTOMAS DE PIEL Y ANEXOS			
33. Con frecuencia transpira más de lo normal?			
34. Las manos se le ponen frías o calientes, sin razón?			
35. A veces le surge comezón fuerte?			
36. Otras veces, le salen "ronchas"?			
37. Se le cae el cabello, sin razón?			
38. Tiene ciertas veces, alta sensibilidad en la piel, que le causa dolor?			
39. Tiene sensaciones de hormigueo o temblor en las manos?			
40. Tiene alergia, con frecuencia?			
F.- SINTOMAS SENSORIALES Y PSICOLOGICOS			
41. Tiene sentimientos de agresividad, impulsividad, o aumento de irritabilidad?			
42. Pierde el control fácilmente de los acontecimientos de su vida?			
43. Tiene la tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden?			
44. Tiene aprensión, sensación de estar poniéndome enfermo?			
45. Bebe, fuma o toma algo (chicle, pastillas, etc.) con más frecuencia?			
46. Tiene sentimientos de cambio de humor, depresión y tristeza?			
47. Siente que está perdiendo el control sobre muchas situaciones de su propia vida; uno es víctima desvalida de las circunstancias?			
48. Percibe que su cuerpo ha cambiado?			
49. Tienen la sensación que se va a morir o que le quieren hacer daño?			
50. Se siente inferior a los demás?			
51. Se le presentan ideas que difícilmente se las puede quitar de la cabeza?			
52. Dice incoherencias?			
53. Se ha vuelto indiferente afectivamente?			
54. Se ha vuelto olvidadizo últimamente?			
55. Habla solo en determinados momentos?			

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-12)

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, las dos últimas semanas. Por favor responda todas estas preguntas marcando la alternativa que más se acerca a cómo usted se siente.

Recuerde que queremos conocer acerca de molestias o quejas recientes, no aquellas que ha tenido en el pasado.

NOMBRE.....EDAD.....FECHA.....

<p>1.- ¿Recientemente, ha sido capaz de concentrarse en lo que hace?</p> <p>1.- ¿Recientemente, ha sido capaz de concentrarse en lo que hace?</p> <p>0 - Mejor que de costumbre</p> <p>0 - Igual que de costumbre</p> <p>1 - Menos que de costumbre</p> <p>1 - Mucho</p>	<p>2.- ¿Recientemente, ha perdido mucho sueño por preocupaciones?</p> <p>0 - No, en absoluto</p> <p>0 - No más que lo usual</p> <p>1 - Algo más que lo usual</p> <p>1 - Mucho más que lo usual</p>
<p>3.- ¿Últimamente, se ha sentido usted una persona útil para los demás?</p> <p>0 - Más que de costumbre</p> <p>0 - Igual que de costumbre</p> <p>1 - Menos útil que de costumbre</p>	<p>4.- ¿Recientemente, se siente capaz de tomar decisiones?</p> <p>0 - Más que lo usual</p> <p>0 - Igual que lo usual</p> <p>1 - Menos que lo usual</p> <p>1 - Mucho menos capaz</p>
<p>5.- ¿En el último tiempo, se ha sentido constantemente bajo tensión?</p> <p>0 - No, en absoluto</p> <p>0 - No más que de costumbre</p> <p>1 - Algo más que de costumbre</p> <p>1 - Mucho más que de costumbre</p>	<p>6.- ¿En el último tiempo, ha sentido que no puede solucionar sus problemas?</p> <p>0 - No, en absoluto</p> <p>0 - No más que de costumbre</p> <p>1 - Algo más que de costumbre</p>
<p>7.- ¿En el último tiempo, ha podido disfrutar de la vida diaria?</p> <p>0 - Más que de costumbre</p> <p>0 - Igual que de costumbre</p> <p>1 - Menos que de costumbre</p> <p>1 - Mucho menos</p>	<p>8.- ¿Recientemente, se ha sentido capaz de enfrentar los problemas?</p> <p>0 - Más que lo habitual</p> <p>0 - Igual que lo habitual</p> <p>1 - Menos capaz que lo habitual</p> <p>1 - Mucho menos capaz</p>
<p>9.- ¿Recientemente, se ha sentido triste o deprimido?</p> <p>0 - No, en absoluto</p> <p>0 - No más que de costumbre</p> <p>1 - Algo más que de costumbre</p> <p>1 - Mucho más que de costumbre</p>	<p>10.- ¿Recientemente, ha estado perdiendo confianza en si mismo?</p> <p>0 - No, en absoluto</p> <p>0 - No más que de costumbre</p> <p>1 - Algo más que de costumbre</p> <p>1 - Mucho más que de costumbre</p>

<p>11.- ¿En el último tiempo, ha sentido que usted no vale nada? 0 - No, en absoluto 0 - No más que lo habitual 1 - Algo más que lo habitual 1 - Mucho más que lo habitual</p>	<p>12.- ¿En el último tiempo, se ha sentido feliz, considerando todas las cosas? 0 - Más que lo habitual 0 - Igual que lo habitual 1 - Menos que lo habitual</p>
<p>PUNTAJE:</p> <p>INTERPRETACIÓN:</p>	<p>f)</p>

ENTREVISTA A LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD

1.- ¿Conoce usted lo que es la salud mental?

Una enfermedad () Un problema () Locura () No se () Otras ()

2.- ¿Cuáles considera usted que son las razones por las que se afecta la salud mental?

Ausencia de los padres () Peleas en el hogar () Abandono de los padres ()
Falta de cariño de los padres () Internet () Falta de autoridad () Mal manejo disciplinar () Colegio () Exceso de libertad () Amigos () Medios de comunicación () Otros ()

cuales.....

3.- ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que usted considera que hay en los jóvenes?

Pandillajes () drogas () Bullying () violencia () criminalidad () estrés ()
depresión ()

Alejamiento de los demás () otros ().....

4.- ¿Qué hace usted como padre, familia, para ayudar al joven en problemas?

Lo trata en familia () en el colegio () le dice al padre () nada ()
sacerdote ()

Profesor () psicólogo () otros ()

ENTREVISTA A JÓVENES

EDAD:..... ESCOLARIDAD:..... RESIDENCIA:.....

1.- ¿Conoce usted lo que es la salud mental?

Una enfermedad () un problema () locura () no se () otras ()
).....

2.- Considera que los jóvenes tienen problemas en la salud mental?

Si () no () un poco ()

3.- ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que usted considera que hay en los jóvenes?

Pandillajes () drogas () Bullying () violencia () criminalidad ()

estrés () depresión()

Alejamiento de la familia () otros ().....

4.- ¿Cuáles son las razones que considera que afecta a la salud mental en los jóvenes?

-

-

-

5.- ¿Qué hace cuando se le presenta un problema en su salud mental?

Busca ayuda () Lo trata en familia () en el colegio () le dice al padre ()
nada () sacerdote ()

Profesor () psicólogo () otros ()

**Contención (descarga) emocional para
personas afectadas post-desastre
(containment (download) emotional for
people affected post-disaster**

Juan Ramón Morán Quiñónez

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí – Facultad de Psicología

Dr. En Psicología Clínica

juanramon561@hotmail.com

RESUMEN:

La preservación de la salud emocional y psicológica surge como una necesidad fundamental ante un evento de desastre, la cual debe procurarse ser restablecida lo más urgentemente, con la finalidad de prevenir secuelas postraumáticas, pero también para fortalecer o desarrollar la capacidad resiliente de los sobrevivientes.

En la situación de desastre como la que vivimos los residentes de esta región una vez que se iban readaptando al nuevo estatus de vida, quedaba en una gran mayoría de las personas los efectos de haber perdido a un ser querido, sus bienes u otras propiedades, pero especialmente se mantenía la sensación de incertidumbre, miedo, pánico, ansiedad, aprehensión, especialmente potencializado por las réplicas que eran frecuentes.

La intervención consistía en sensibilizar para luego generar la “descarga” emocional que le permitiera liberarse del contenido emocional que en muchos estaba reprimido y el afectaba en su desempeño y comportamiento generar.

Palabras clave: Contención emocional, estado de crisis, salud emocional y psicológica, pos trauma

ABSTRACT:

The preservation of the emotional and psychological health emerges as a fundamental necessity to an event of disaster, which should afford be restored most urgently, in order to prevent post-traumatic sequels, but also to strengthen or develop the capacity to resilient survivors. In the disaster situation like that live the residents of this region once iban readapting to new life status, was in a vast majority of people the effects of losing a loved one, their goods or other properties, but is especially kept the feeling of uncertainty, fear, panic, anxiety, apprehension, especially potencializado by replicas which were frequent. The intervention was to raise to then generate the emotional "Download" that would allow them to get rid of the emotional content that was repressed in many and it affected their performance and generate behavior.

Keywords: emotional containment, crisis, emotional and psychological health, post trauma

INTRODUCCIÓN:

Preservar la salud emocional y psicológica ante la presencia de desastres se convierte más allá de una necesidad en una urgencias, la cual debe ser restablecida con la finalidad de prevenir la presencia de otros signos y síntomas más severos y sobre todo secuelas postraumáticas (estrés), pero también para fortalecer o desarrollar la capacidad resiliente de los sobrevivientes, en el marco de la ayuda psicosocial con contenidos profundamente humanos y solidarios.

Las catástrofes, emergencias y desastres tienen el potencial de precipitar en las personas estados de crisis, tanto por la vivencia del suceso en si, como por la acumulación del estrés y por los cambios dramáticos que conlleva experimentar una vivencia de esta magnitud.

En una situación de crisis lo más fundamental y relevante es que las personas, los grupos y la masa social, sean capaces de percibir la oportunidad que esta trae para el desarrollo y crecimiento individual y de la propia comunidad.

Las pérdidas objetivas personales abarcan diferentes dominios y pueden ser múltiples (Gaborit, 2006; Weinberg y col., 2005; Sullivan y Everstine, 2006). Pueden darse pérdidas de:

- Integridad física por lesiones
- Vidas de personas y seres queridos: familiares, compañeros, vecinos, mascotas
- Viviendas y bienes personales
- Capacidad de satisfacer necesidades de alimentación, vestido e higiene.
- Centros de estudios, trabajo y recreación
- Instalaciones y servicios públicos: redes de agua, gas, electricidad, carreteras, etc.

Las pérdidas objetivas pueden tener las siguientes consecuencias:

- Limitaciones en el auto-valimiento debido a traumatismos
- Debilitamiento de roles sociales
- Debilitamiento de redes sociales
- Cambio dramático de la vida cotidiana
- Problemas financieros y ocupacionales
- Problemas legales por pérdida de documentos de identidad o de propiedades
- Desplazamiento forzado de residencia, etc.

Además de estos elementos que producen el trauma se deben considerar otros de índole moral (Sullivan y Everstine, 2006). Durante el evento mismo o en el desastre, el afectado puede desplegar una conducta de la que luego se puede sentir avergonzado o culpable, por ejemplo, al intentar salvar su propia vida sin salvar una pertenencia importante. En ocasiones, el afectado se ve en un dilema para tomar decisiones de valor con repercusiones importantes y que pueden cambiar

una vida, por ejemplo, a quién salvar o cuánto exponerse para salvar a alguien. De otro lado, la exposición a la muerte, tanto propia como de otros, produce un cambio en las creencias y valores que dirigen la vida e incluso puede provocar una crisis existencial.

En estos tipos de eventos una persona puede presentar modificaciones según el grado de exposición, tipo de pérdida, percepción del soporte social, características de personalidad y situación personal previa al evento.

Algunos autores mencionan que son reacciones normales ante eventos anormales; sin embargo, estas reacciones requieren una intervención en crisis de primera instancia (primeros auxilios psicológicos), a fin de proteger la salud psicológica de las personas afectadas y en algunos casos se requerirá la intervención de diferentes profesionales de la salud mental, ya que pueden exacerbarse condiciones clínicas preexistentes.

Aproximadamente dos tercios de las personas expuestas al trauma muestran diversas reacciones consideradas esperables, que varían de grado y disminuyen con el tiempo.

Alrededor de un tercio desarrolla síntomas que pueden resultar en un desorden agudo de estrés, trastornos afectivos, desorden de estrés postraumático y otros desórdenes de ansiedad. En el lapso de un año después del evento se estima que la prevalencia de los desórdenes alcance el máximo de casos y que disminuyan progresivamente. Cuando los síntomas no desaparecen después de aproximadamente un año es probable que persistan en intensidad (McGinn y Spindel, 2007; Gaborit, 2006).

Además, la experiencia de un trauma conlleva una inundación de información emocional: terror, dolor, incertidumbre, que desborda la capacidad de asimilar y elaborar lo sucedido, acompañada del sentimiento de pérdida de control (Villalba y Lewis, 2007). El proceso de resolución del trauma implica completar el procesamiento de dicha información (Mingote y cols. 2001, citando a Horowitz).

La mayoría de personas recupera su capacidad de afrontamiento y entre 20 y 50% pueden continuar con signos significativos de angustia, dependiendo de los recursos personales y de la magnitud de los daños sufridos. (Horowitz, 1976, cit. por Gaborit).

La tristeza y desmoralización se hacen más presentes (Carlson, 1997, cit. por Gaborit).

Generalmente se manifiesta en dos formas de actuación:

- Evitación del contacto con la realidad traumatizante, con diversas manifestaciones: Amnesia, despersonalización, insensibilidad afectiva, evitación de situaciones relacionadas, estados disociativos.
- Experimentación del evento traumático acompañado de: Pensamientos e imágenes intrusivas, ansiedad, reactividad fisiológica ante el recuerdo, hiperactividad, agresividad y pesadillas.

La vivencia del trauma constituye una amenaza de aniquilación y la perturbación del orden interno y externo, que se tornan caóticos. Genera sentimientos de pérdida de control sobre sí mismo y el entorno, se percibe y experimenta el mundo como arbitrario, en el que es imposible predecir eventos, lo que produce un estado de indefensión (ISTSS, 2005; Noy, 2004). Salir de este estado implica restaurar el sentimiento de control sobre uno mismo.

La mayoría de personas recupera su capacidad de afrontamiento y entre 20 y 50% pueden continuar con signos significativos de angustia, dependiendo de los recursos personales y de la magnitud de los daños sufridos. (Horowitz, 1976, cit. por Gaborit).

La tristeza y desmoralización se hacen más presentes (Carlson, 1997, cit. por Gaborit).

Generalmente se manifiesta en dos formas de actuación:

- Evitación del contacto con la realidad traumatizante, con diversas manifestaciones: Amnesia, despersonalización, insensibilidad afectiva, evitación de situaciones relacionadas, estados disociativos.
- Experimentación del evento traumático acompañado de: Pensamientos e imágenes intrusivas, ansiedad, reactividad fisiológica ante el recuerdo, hiperactividad, agresividad y pesadillas.

Algunas personas enfrentan la indefensión a través de la disociación y entonces separan o fragmentan la sobrecarga de información afectiva para disminuir en algo el dolor. En el extremo, la re-experimentación traumática intenta mantener el sentido de unidad ante el caos interno (Nov, 2004; Cohen, 2008). Algunas personas que sufren profundamente durante un desastre ocultan su sufrimiento por años, niegan sus síntomas o los atribuyen a otras condiciones; estas defensas pueden ayudar temporalmente durante la fase inmediata al desastre, pero su persistencia termina siendo pernicioso. En estas circunstancias es importante el apoyo del afectado en creencias religiosas o mitos familiares o comunitarios acerca del evento y de las pérdidas, para crear un sentido de seguridad y estabilidad para enfrentar el caos (Sullivan y Everstine, 2006).

Se ha descrito el estado de sobrevivencia en el que la persona está focalizada en mantener la vida, y que le permite “hacer lo que es necesario hacer” en las circunstancias extremas del desastre; este es un estado transitorio (Sullivan y Everstine, 2006).

Asimismo, en la segunda etapa puede aparecer el llamado síndrome del sobreviviente. Sus manifestaciones son: culpa y vergüenza por sobrevivir frente a la muerte de otros; disminución de la sensibilidad física y de la respuesta emocional; re-experimentación de la amenaza de muerte como imágenes y recuerdos del desastre; ideación o actos suicidas; alteración del sueño y del apetito; pérdida de la fe en valores, creencias y personas, que sostenían el sentimiento de identidad y el sentido de la vida.

METODOLOGÍA

Los talleres de contención o “descarga emocional” son un procedimiento de intervención psicoterapéutica que aplicamos a sujetos emocionalmente impactados ante el evento altamente estresor que fue el desastre a consecuencia del terremoto del 16-A, con la finalidad que recuperen su equilibrio psicofisiológico, aliviar el estrés, incremento de recursos personales, procesar el trauma, elaborar y gestionar el duelo y prevenir desajustes posteriores; mediante sesiones breves de hasta hora y media de duración, con grupos de entre 5 y 15 personas, donde se propicia la verbalización del sufrimiento (técnica narrativa) y la expresión comportamental de las emociones en sus diferentes ámbitos de manifestación.

La realización del taller –diseñado por el equipo de trabajo de la facultad de psicología- consta de cuatro etapas o momentos de intervención psicosocial y comprende:

1. Inicio y Sensibilización. Se da la bienvenida al grupo, se realiza la presentación y se predispone emocionalmente (sensibilización) para la contención “descarga”, aquí se puede utilizar cualquiera de las técnicas –que considere- el profesional que está interviniendo- que conduzca a generar una actitud de apertura emocional.
2. Encuadre. Se hacen conocer, para que conciencien, las normas elementales de trabajo, previamente determinadas y se obtiene el consenso del grupo para su cumplimiento.
3. Intervención. El terapeuta propicia sutilmente y de forma voluntaria y espontánea, el relato de la experiencia vivida, motivando la expresión de ideas sentimientos y emociones, tanto la que le generó al momento del sismo y después le hace comparar con lo que actualmente sienten. La escucha terapéutica es fundamental, así como el respeto y solidaridad de los demás.

4. Cierre. La sesión concluye con un ejercicio de relajación y se pide a los participantes que expresen su nivel de satisfacción y se despide al grupo, procurando la armonía consigo mismo y con los demás.

La intervención consistía en responder a las necesidades que nos planteaban primero desde nuestra universidad, las unidades académicas y luego y/o paralelo la que demandaban ciertos sectores de la comunidad de influencia nuestra.

Con nuestros docentes y personal administrativo lo realizábamos en pequeños grupos, en la propia unidad académica, comenzando con una acción de sensibilización y luego pasábamos a individualizar mediante la técnica narrativa, lo cual permitía exteriorizar la respuesta emocional ante el evento y como se sentían en esos momentos.

La primera acción tenía como meta predisponer emocionalmente con la finalidad que pudieran liberarse de prejuicios, vergüenzas o represiones, que muchas veces nos lleva a “guardar” nuestros estados emocionales, mismos que posteriormente nos termina afectando en otras áreas de nuestro organismo.

Luego pasamos –a medida que se iban integrando- nuestros estudiantes, atenderlo a ellos en grupos con tamaños diversos, desde pequeños hasta población de 200 estudiantes, con quienes la técnica empleada era diferente: comenzábamos con una actividad de sensibilización, pasábamos a Psicoeducación y culminábamos con solicitar testimonios y concluíamos con estrategias de afrontamiento.

Durante esta etapa o momento las personas expresaban aquellas emociones -que en algunos casos- no habían podido aún hacerlo y que los tenía interiorizado, lo cual a algunos los cargaba con tensión, preocupación, estresado, con sentimiento de culpa, con aprehensión y no le permitía una concentración adecuada y más aún le impedía integrarse plenamente a la institución, motivo por el cual el nivel de ausentismo era bien considerable, precisamente esto motivo a que las autoridades de la universidad solicitaran a nuestra unidad académica la implementación de estrategias para lograr la reinsertación plena del personal.

Técnicas.- Algunas de las técnicas y sus fundamentos que asumimos para nuestro trabajo fueron las siguientes:

Un primer componente de la intervención es la evaluación del afectado en crisis, misma que la aplicamos durante la etapa psicoeducativa, esta se concretaba en conocer cuál era la dimensión del daño psicológico causado, para lo cual tomamos el enfoque planteado por Slaikeu (1996), quien establece cinco dimensiones: somática, emocional, cognoscitiva, interpersonal y conductual, lo cual nos impulsó a crear lo que llamamos “inventario CASISC de niveles de afectación”.

En diferentes momentos empleamos la técnica de relajación, de exposición imaginaria, de manejo de ira-frustración, de resolución del duelo, técnicas narrativas, de testimonios, entre las más frecuentes

RESULTADOS

Desde el 07 de mayo que iniciamos los Talleres integrales de apoyo psicosocial en emergencias, como le denominamos, hasta el 04 del mes de junio, atendimos a un 80% de la población de docentes y personal administrativo de la Universidad Laica Eloy Alfaro, la cual era nuestra prioridad en virtud que se requería que se incorporaran a sus labores en la institución, además porque en este tipo de experiencias de desastres es fundamental que las personas se vuelvan lo más pronto posible a su actividad regular, como un mecanismo de recuperar el equilibrio personal, familiar, social.

Efectivamente así ocurrió, pues de a poco se observó que los académicos se reincorporaban a re-planificar el inicio del periodo lectivo. Inicialmente lo hacían con los temores y precauciones normales, porque además, las réplicas eran frecuentes. En momentos aumentaba el ausentismo, pero progresivamente fue disminuyendo y se estabilizaban en sus lugares de trabajos. El apoyo solidario entre pares fue pilar importante, además debíamos repensar en nuestros estudiantes que

también teníamos que incorporarlos, porque ya habíamos pasado un buen tiempo en el que debían comenzar las actividades académicas.

El siguiente paso fue precisamente trabajar con los y las estudiantes, nuestro primer elemento de intervención fue por supuesto nuestros alumnos de la carrera de psicología, con quienes hicimos todo el proceso: sensibilización-Psicoeducación-contención emocional-intervención psicoterapéutico (en casos que lo requerían), extendimos la tarea con determinados alumnos de unidades académicas, aunque la mayor parte de la tarea fue asumida por los docentes que habían pasado el proceso de entrenamiento.

De quienes si asumimos directamente el trabajo fue con los estudiantes del Departamento de Admisión, con quienes diseñamos estrategias especiales para atenderlos en masa, con los equipos de docentes que enviamos aplicando el taller.

Este andamiajes de acciones posibilitó que la universidad se regularizara en el inicio del año académico.

Con la comunidad extra universitaria la intervención se la hizo en la empresa privada, en organismos estatales, en el GAD de Jaramijó, al igual con un grupo de sobrevivientes de uno de los edificios en el que mayor cantidad de personas perecieron juntos.

En todos ellos pusimos el contingente profesional y sobre todo humano para lograr que la población se torne resiliente y afronte su vida con lo que tiene y las perspectivas que se le presentan.

DISCUSIONES

Todas las actividades eran planificadas, meditadas y consensuadas por el equipo de trabajo, que eran los docentes psicólogos clínicos, lo cual permitía evaluar, re-planificar, adoptar nuevas estrategias, siempre pensando en los que los resultados

fueran los más óptimos y que permitiera recuperar la funcionalidad emocional y psicológica de los y las afectados, lo cual se iba consiguiendo progresivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cohen Raquel, Salud Mental para víctimas de desastres, Manual para trabajadores, OPS/OMS, Manual Moderno, México (1999)

Edgar Galindo, El Papel de los psicólogos en situaciones de catástrofe: El caso de los terremotos de setiembre de 1985 en México. Sin año, Centro Documentario para desastres de la OPS/OMS en San José Costa Rica

Slaikeu Karl A. Intervención en Crisis, 1988, Manual Moderno, México.

Umaña Silvia y Zrate Auria, Manual de intervención psicosocial en desastres. Universidad de Costa Rica 2014

Wendy Ager, Ea Suzanne Akasha, Peter Berliner, Lene Christensen, Judi Fairholm, Elin Jonasdottir, Barbara Juen, Louise Juul-Hansen, Pernille Hansen, Ilse Lærke Kristensen, Louise Kryger, Maureen Mooney, Vivianna Lambrecht Nyroos, Stephen Regel, Angela Gordon Stair, Sigridur Björk Thormar, Ásta Ytre. Apoyo psicosocial basado en la comunidad. Centro de Referencia sobre Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja. Dinamarca 2009

La comprensión personológica del estilo de vida (understanding the lifestyle personologica)

Israel Mayo Parra

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí– Facultad de Psicología

Dr. Doctor en Ciencias Psicológicas (PhD)

imayo58@hotmail.com

RESUMEN

Partiendo de una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema del estilo de vida, se destacan algunos conceptos e ideas elaboradas desde la sociología, la psicología social y la psicología de la de la salud que sirven como antecedentes y fundamentos teóricos de la comprensión personológica del estilo de vida que se presenta. Este enfoque se desarrolla en oposición al paradigma positivista, reduccionista del estilo de vida que predomina en las publicaciones actuales sobre el tema. Se y destaca la importancia teórica y práctica de la investigación personológica del estilo de vida en la psicología de la salud.

Palabras claves: psicología de la salud; personalidad; estilo de vida

SUMMARY

Starting from a systematic review of the literature on the subject of lifestyle, some concepts and ideas elaborated from sociology, social psychology and health psychology stand out as the background and theoretical foundations of the personological understanding of the Lifestyle that comes along. This approach is developed in opposition to the positivist, reductionist paradigm of the lifestyle that prevails in the current publications on the subject. It is and emphasizes the

theoretical and practical importance of the personological investigation of the lifestyle in the psychology of health.

Keywords: health psychology; personality; Lifestyle

INTRODUCCIÓN

El concepto de estilo llega hasta nosotros desde la literatura y la lingüística. En la antigüedad la palabra estilo se reservó para designar aquello que singularizaba la escritura de un autor, un pueblo o una época. Los retóricos antiguos hablaban de tres tipos de estilo: el sencillo o tenue, el templado o medio y el grave o sublime. En nuestros días los estudios filológicos tienen en el estilo una categoría de análisis central y se conocen una variedad muy amplia de estilos.

Tal ha sido el valor heurístico del estilo que ha devenido en una categoría estética y así es posible distinguir estilos literarios, arquitectónicos, escultóricos, entre otros. En todos los casos se hace referencia a particularidades distintivas que distinguen a una subclase dentro de una clase general de objetos o procesos.

En la actualidad el concepto estilo de vida es polisémico y multidimensional. Su ámbito de empleo abarca a la sociología, antropología, epidemiología, medicina y la psicología. En el presente trabajo se presentan a modo de antecedentes teóricos las posiciones desarrolladas sobre el estilo de vida desde varias ramas del conocimiento como la sociología, la psicología social y la psicología de la salud, para luego presentar la concepción general de lo que hemos denominado el enfoque personológico del estilo de vida.

METODOLOGÍA

Se desarrolla una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema del estilo de vida. Mediante la aplicación del método histórico-lógico se identifican las

tendencias en la investigación del estilo de vida, para luego presentar la comprensión personológica del estilo de vida.

RESULTADOS

1. Antecedentes teóricos en el estudio psicológico del estilo de vida

Este artículo se enfoca en el estilo de vida como una alternativa para el estudio de las relaciones del sujeto con el medio, conceptualizándolo como un componente del modo de vida que abarca la forma de vida típica y estable que identifica al sujeto concreto.

No se pretende aquí reducir los componentes sociológicos, históricos y antropológicos del estilo de vida a variables psicológicas, lo cual es insustentable. Sin embargo, resulta legítimo y necesario dirigir la atención hacia sus aristas psicológicas, a través de las cuales actúan los determinantes objetivos. De lo que se trata es de una abstracción necesaria dirigida al estudio del aspecto personológico del estilo de vida.

La concepción Adleriana del estilo de vida

El primero en utilizar el estilo de vida como un concepto central en su teoría fue A. Adler (1870-1937). La concepción Adleriana sobre el estilo de vida es una amalgama de observaciones derivadas de su práctica clínica en la que elementos de la subjetividad interna provenientes de la personalidad y de otros constituyentes del sujeto (los recuerdos infantiles, por ejemplo) se entremezclan con los comportamientos presentes del individuo. De acuerdo con su teoría el estilo de vida es una estructura singular del carácter o patrón de las conductas y las características personales con la cual cada quien busca la perfección. En Adler el estilo de vida es algo más que su personalidad e incluye la totalidad de su individualidad.

[Ruiz \(2005\)](#) Siguiendo la concepción clásica Adleriana del estilo de vida ofrece un libro de autoayuda. En el mismo define el estilo de vida como:

la “unidad global de la personalidad... un concepto similar al de tu personalidad o carácter, pero entendiendo a estos como orientados intencionalmente a fines o metas... hace que todas tus actividades (tus cogniciones, afectos, motivaciones, conductas y expresiones corporales) estén unificadas hacia la misma meta final de tipo inconsciente... es una respuesta creativa que iniciaste en tu infancia ante las condiciones y experiencias de tu vida, que te sirve como guía, línea directriz y orientación en tu vida. (p.30)

Siguiendo a Adler, los autores consideran que el estilo de vida se forma en los cinco primeros años de vida, es la forma particular de superar el sentimiento de inferioridad y de obtener seguridad, apoyo y dar sentido a la vida. Es una creación particular utilizando las influencias ambientales de la experiencia y herencia del sujeto, que utiliza estas influencias, pero no está determinado por ellas. El estilo de vida está en función de las metas elegidas en la primera infancia, por lo que en su mayor parte es inconsciente, en el sentido de que el sujeto desconoce las últimas finalidades de sus acciones (p.63).

Los autores resumen lo que consideran son las características del estilo de vida, señalando el conjunto unitario de vivencias y comportamientos personales que ha desarrollado el sujeto en su infancia; sus opiniones o forma en que da sentido, significado y se valoras a sí mismo, los demás y la vida; su orientación particular hacia la superación, el éxito y la perfección, sus fines o metas conscientes e inconscientes y la totalidad unitaria de su personalidad (p. 67).

El estilo de vida desde la psicología social

Desde la psicología social se distinguen dos posturas en relación con el estilo de vida. La primera de tipo cognitivista asume el estilo de vida como pautas de conducta y hábitos cotidianos de las personas que influyen sobre su salud, donde

las personas son procesadoras activas de la información del medio social. La segunda, siguiendo la teoría de las representaciones sociales considera el estilo de vida como el resultado de la influencia del contexto ideológico-cultural a través de los comportamientos promovidos por los medios de difusión, el consumo del arte y la acción de las normas morales.

Desde la promoción de salud se entiende el estilo de vida como la capacidad de tomar decisiones que afectan a la salud, y sobre las que las personas tienen algún grado de control.

Siguiendo un enfoque psicosocial [Ma P. Sánchez-López](#) parte del concepto de estilo psicológico como una categoría de clasificación de la diversidad humana acotando su carácter supra ordinal en la organización de la personalidad y base del enfoque del cambio, siendo el estilo de vida la parte más visible y externa del estilo aunque no por ello menos importante. Definiéndolo como “el conjunto de soluciones estratégicas que adopta el individuo para poder cumplir sus planes y objetivos globales; en la práctica adoptan la forma de patrones de vida episódicos” (Shulman y Mosak, 1988; Ibáñez, 1990, citados por [Ma P. Sánchez-López 1997](#)).

Esta autora considera que la operativización del estilo de vida puede hacerse adecuadamente a través de la distribución del tiempo a lo largo de las 24 horas del día durante una semana estándar de su vida. Defiende las hipótesis que la distribución del tiempo los días laborales y durante el fin de semana, permite encontrar perfiles de sujetos con significación psicológica y que estos perfiles de distribución de tiempo mostrarán relación con variables demográficas como sexo, tipo de pareja y ciclo vital.

En la investigación empírica realizada no solo constató sus hipótesis sino que encontró que el sexo se relacionaba con los estilos de vida debido a factores relacionados con el rol sexual y que el tipo de pareja modula la distribución de tiempo del sujeto.

[Ma P. Sánchez-López \(1997.\)](#) “el conjunto de soluciones estratégicas que adopta el individuo para poder cumplir sus planes y objetivos globales” (p. 234)

Posteriormente precisa más esta definición precisando que “Puede definirse como las soluciones estratégicas que adopta el individuo para poder cumplir sus planes y objetivos globales; en la práctica, adoptan la forma de patrones de vida episódicos” p. 105, [\(1998\)](#)

Henderson, Hall y Lipton, (citados por Sánchez-López 2001) definen el estilo de vida como “el conjunto de pautas de conductas y hábitos cotidianos de esa persona, o más simplemente la forma de vivir de una persona” (p. 8). Para la operativización y el autor registro del estilo de vida de las personas utiliza seis grupos de actividades (domésticas, de ocio, comunes, genéricas, relacionadas con el trabajo y relacionadas con los hijos).

El estilo de vida desde la sociología

Una tendencia en los autores que desde una perspectiva sociológica abordan los orígenes de la categoría de estilo de vida es identificar el mismo con el concepto marxista de modo de vida. Desde esta identificación le critican a Marx el haber omitido los aspectos subjetivos individuales absolutizando su determinación socioeconómica.

Para la sociología norteamericana de la década del cincuenta del pasado siglo, el concepto de estilo de vida permitió la investigación de grupo y comunidades formados a partir de similares condiciones sociales como la vida rural o urbana, la pertenencia a determinadas clases sociales, profesiones, religiones, etc. En todos estos casos permitió identificar los rasgos comunes y diferenciadores presentes en el estilo de vida.

En el contexto de la lucha ideológica, los estudios empíricos del estilo de vida llevado a cabo desde la sociología norteamericana de esa época se empeñaron en

mostrar como en la sociedad norteamericana el estilo de vida de los obreros progresivamente se igualaba al estilo de vida de las clases medias.

[Méndez \(1998\)](#) en un análisis antropológico y sociológico del estilo de vida, señala que el mismo ha sido utilizado desde la epidemiología para destacar la incidencia de las elecciones del individuo y los grupos en la aparición del riesgo a enfermar. Este autor destaca el hecho de haber separado del estilo de vida aquellos comportamientos no elegibles por el sujeto y que también inciden en el riesgo y llama la atención sobre la necesidad de recuperar un concepto holístico del estilo de vida.

Para Méndez, lo holístico estaría dado por la integración de los componentes socioeconómicos no elegibles por el sujeto y el grupo y los componentes elegibles. El considera que la riqueza del concepto radica en el análisis como un todo del sujeto y el grupo.

El estilo de vida en la psicología de la salud

En la década de los años 70 del pasado siglo Marc Lalonde propugna la idea de que el campo de la salud debe desagregarse en cuatro componentes: la biología humana, el medio ambiente, la organización de la atención y el estilo de vida. Sería lo que posteriormente se conociera como el Modelo Explicativo de los Determinantes de la Salud de Lalonde. Para este autor el estilo de vida “representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control” (Lalonde, p. 4, 1983)

En la investigación empírica del estilo de vida saludable existen cuatro variables clásicas, presentes en la mayoría de las investigaciones, ellas son consumo de alcohol, consumo de tabaco, hábitos alimenticios y actividad física. Desde la epidemiología y la promoción de salud la investigación empírica de los estilos de vida saludables se ha caracterizado por el predominio de la investigación

cuantitativa, los análisis de correlación y regresión múltiples y la administración de cuestionarios y entrevistas estructuradas.

[Becoña Iglesias \(1999\)](#) Introdujo los conceptos de patógenos e inmunógenos conductuales. “Por patógenos conductuales entendemos aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermarse (fumar, beber alcohol). Por contra, los inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que hacen a uno menos susceptible a la enfermedad” (p.176).

[Rodríguez Suarez \(1999\)](#) por su parte propuso un interesante concepto de estilo de vida: “...conjunto de patrones que estructuran la organización temporal, el sistema social de relaciones y las pautas de consumo y/o actividades (culturales y de ocio)” (p. 248).

Este autor señala que existen «otras áreas de la vida de una persona» que, por su vinculación, modelización y sistematización, llegan a conformar un estilo de vida. Se trataría, por ejemplo, del grupo (o grupos) de pertenencia, actividades, gustos, intereses, etc. ([1999](#)).

Considera que un estilo de vida está compuesto de opiniones (conocimientos), valoraciones y gustos actitudinales (definiciones) y estados de ánimo (sentimientos y emociones) que se manifiestan en comportamientos rutinarios (querencias) sin necesidad de tener que ser formulados y decididos en cada momento de manera aislada y autoreflexiva y que, juntos de forma sistemática, conforman un perfil social-individual. Además, los estilos de vida son específicos de grupos concretos, más bien minoritarios. Se entendería el estilo de vida como una muestra de diferenciación cultural de gustos y preferencias ([1999](#), p.251).

[Moreno Siguenza \(2004\)](#) “siguiendo a Pastor, Balaguer y García-Merita (1999) lo consideramos como un patrón de conductas relativamente estable de los individuos o grupos que guarda una estrecha relación con la salud (p. 31). Este autor señala las variables clásicas utilizadas en los estudios sobre estilos de vida saludables: consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos alimentarios, actividad física.

Para [Moreno Siguenza \(2004\)](#) existen conductas que realzan la salud, como la alimentación sana y la actividad física, siguen un patrón diferente al de las conductas de riesgo. Mientras que las conductas de riesgo se inician en la adolescencia temprana, las conductas saludables son iniciados en la infancia, bajo la supervisión adulta y abandonada, en muchas ocasiones a medida que disminuye el control paterno y aumenta la independencia y la variedad de intereses del adolescente (p 310).

En las investigaciones sobre el estilo de vida saludable se destacan tres tendencias bien definidas: las unidimensionales que basada en la teoría de la conducta problema, conciben una sola dimensión el síndrome problema donde se agrupan las conductas de riesgo. Las bidimensionales que incluyen además del riesgo las conductas promotoras de salud y asumen la existencia no solo de estilos de vida riesgosos para la salud, sino también estilos de vida promotores de salud. Las multidimensionales son las que incluyen diversos aspectos dentro del continuo riesgo –salud.

Han aparecido cuatro dimensiones del estilo de vida: el consumo de sustancias, que agrupa el consumo de tabaco, de alcohol y de cannabis; la alimentación sana, que incluye variables sobre el consumo de alimentos sanos; la alimentación insana, que incluye variables sobre el consumo de alimentos insanos; y la dimensión de deporte o de actividad física, en función de si se introducen variables sobre la práctica de deporte o sobre la práctica de actividad física

Para [Díaz Burgos \(2005\)](#) los estilos de vida se pueden interpretar como una especie de compensación psicológica para transformar la energía y obtener una ganancia para manejar la situación laboral. Considera que la energía que se expone en el trabajo se recupera mediante los mecanismos de los opuestos a la situación laboral, o sea los estilos de vida, definidos estos como: “aquellas conductas no asociadas a la tarea laboral que redundan en la recuperación de energías. Estos estilos de vida aquí definidos –acota este autor-- no son sinónimos de los estilos de vida que propone Adler en su marco teórico” (p. 167)

[Gómez Argues \(2005\)](#) señala que el estilo de vida tiene tres factores. El primero se refiere a la suma de rasgos biológicos, psicológicos y sociales que le otorgan particularidad al ser humano (características genéticas, capacidad intelectual, formas de comportamiento). El segundo incluye los aspectos económicos sociales y culturales (nivel educacional, formas de apoyo social), mientras que el tercero lo constituye el macrosistema donde se desenvuelve el individuo (clima, industrialización, urbanismo, etc.).

Para este autor el estilo de vida tiene los siguientes componentes: hábitos saludables, la actividad laboral, el ocio y tiempo libre y las relaciones sociales. Define el estilo de vida saludable como “un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud” (p 62)

Para [Gómez Argues \(2005\)](#) “los roles familiares se encuentran ordenados temporalmente y su secuencia guía los cambios que tiene lugar en la familia” (p. 116)

Este autor introduce la dimensión temporal en su comprensión del estilo de vida y así señala que será la distribución de las diferentes actividades cotidianas a través del tiempo, lo que nos expresará el estilo de vida, si entendemos que estos modos particulares de asignar un determinado tiempo a una determinada actividad, está reflejando una estrategia personal, “ con la cual se cubren sus expectativas diarias, que terminan por abarcar toda su vida, o toda la huella que dejará en este espacio/tiempo de cada persona... (p. 133)

El género juega un papel importante en la distribución del tiempo. [Gómez Argues \(2005\)](#) considera que existe una relación entre la distribución del tiempo en las diferentes actividades y el estilo de vida, ya que finalmente tras esa distribución de tiempo/actividad están por un lado las características individuales (edad, sexo, estado civil, etc.) y otras del contexto biopsicosocial. A la vez existe una relación entre ambas, así el sexo determina algunas actividades a realizar: como por ejemplo trabajo, estudio, ocio y tiempo libre, etc.; esto obliga a distribuir el tiempo en unas actividades en lugar do otras (p. 201)

La pertenencia a uno u otro estilo de vida estará condicionada por el género, la edad y el tipo de actividad predominante. En otras palabras: género, actividad y edad se constituyen en determinantes del estilo de vida. “...(la) distribución del tiempo está mediatizada por aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sujeto y a la vez por una determinada concepción temporal del entorno cultural y momento histórico que rodea al sujeto”. (p 283)

Formando parte del estilo de vida destaca categorías globales de actividades: alimentación, sueño, actividad física, autocuidado, actividad laboral, tareas del y para el hogar, ocio y tiempo libre, actividad social.

[Gómez Argues \(2005\)](#) acota que “existen ciertas actividades dentro de nuestro estilo de vida que no elegimos, o que vienen impuestas genéticamente o socialmente, puesto que son parecidas en todas las personas, son actividades que nos unen como especie”. (p. 388).

[Vargas Oramuno \(2006\)](#) en su ensayo “Los estilos de vida en la salud” presenta un análisis de la evolución del concepto estilo de vida en las ciencias sociales, así como en el concepto asumido por la Organización Mundial de la Salud, para luego adentrarse en los aspectos metodológicos de su investigación y los aspectos éticos del trabajo práctico con los estilos de vida en salud.

Resulta interesante la distinción de esta autora entre los conceptos estilo de vida, estilo de vida en salud y estilo de vida saludable. y la importancia que le confiere a la investigación cualitativa del estilo de vida.

Esta autora valora el aporte de Weber, particularmente la influencia de su teoría de la racionalidad formal en los diferentes estilos de vida en distintas épocas sociales y su impacto en la salud. Señala a Max Weber como el introductor del concepto desde su teoría de la racionalidad formal. Considera que las primeras discusiones sobre los estilos de vida datan de mediados del siglo XIX con los escritos elaborados por Karl Marx alrededor del año 1850. Llama la atención que esta autora repite la tendencia de otros autores a identificar la concepción marxista del

modo de vida con el estilo de vida así ella nos dice: “Marx consideraba que los estilos de vida de la gente estaban determinados económicamente, porque en un sistema de producción, tanto el ingreso como la posición laboral de un individuo eran parte del estilo de vida que experimentaban los grupos sociales” (p.4)

2. El enfoque personológico del estilo de vida

Con el desarrollo del conocimiento psicológico se introduce el enfoque de la personalidad en la investigación debido a la necesidad del estudio de las formas superiores de regulación e integración funcional y estructural de lo psíquico. El enfoque personológico parte de un replanteamiento de la relación de lo interno y lo externo. Con este enfoque queda en un primer plano el estudio de la personalidad y su activismo en las relaciones con el medio, enfatizando en su papel como mediatizadora, integradora y a la vez transformadora de las influencias externas.

En la realización de este enfoque mantienen actualidad problemas metodológicos tales como el relacionado con la unidad de lo cognitivo y lo afectivo; la relación entre lo consciente y lo inconsciente; la estructura de la personalidad y sus niveles de regulación, entre otros. Existe consenso entre los estudiosos de la personalidad en cuanto a su carácter sistémico; sin embargo, asumirlo consecuentemente presupone la determinación de las relaciones sistémicas del sujeto con el medio, o sea revelar el contenido psicológico de estas relaciones y su dinámica funcional.

Estas consideraciones sugieren, como una exigencia metodológica, el estudio de las regularidades de la expresión de la subjetividad en el comportamiento, así como la dialéctica de "lo que soy" (lo que el sujeto llega a hacer de sí mismo) y "lo que me sucede" (circunstancias e interrelaciones en que se ve envuelto).

Un enfoque personológico sobre el estilo de vida tiene importancia esencial para la Psicología en el momento actual. Desde el punto de vista teórico contribuiría a la integración, sistematización y generalización del enorme cúmulo de datos empíricos existentes sobre unidades parciales del comportamiento utilizadas en

diversas esferas de la psicología. Esto permitiría también una representación más integral sobre las relaciones individuo-sociedad.

El estilo de vida individual tiene importancia metodológica para la investigación de la personalidad, por cuanto una condición esencial para el estudio de la personalidad como un sistema, es el establecimiento de las relaciones -sistémicas también- con sistemas más amplios.

Desde el punto de vista práctico, la posibilidad de caracterizar integralmente el estilo de vida de los sujetos tendría múltiples aplicaciones. Haría más eficaz algunas tareas profesionales tales como la selección y evaluación de determinados profesionales (directivos y maestros), considerando elementos que actualmente son obviados o vistos parcialmente. También permitiría la identificación de comportamientos integrales de riesgo patológico o delictivo no evidentes en conductas aisladas o unidades elementales del comportamiento.

El enfoque personológico resulta pertinente en la investigación aplicada. Si bien la categoría estilo de vida ha sido utilizada con mucha frecuencia en las investigaciones de la Psicología de la Salud, la misma ha tenido una función auxiliar. Los autores que la utilizan no se han detenido a definirla, establecer sus constituyentes e indicadores, así como sus nexos con otras categorías personalidad, modo de vida, sujeto, etc.

DISCUSIÓN

Las investigaciones del estilo de vida en la Psicología de la Salud han tenido un carácter factorialista, reduciendo la comprensión del estilo de vida a conductas, hábitos, y comportamientos simples. Resulta necesario trascender este nivel de las investigaciones y pasar al estudio sintético y holístico del estilo de vida. En este sentido, el modelo teórico para el estudio de los constituyentes personológico, constituye una nueva alternativa investigativa.

El enfoque personológico del estilo de vida puede resultar útil en el estudio desde una nueva perspectiva integradora y holística, de los factores asociados al proceso de salud y enfermedad, tales como el apoyo social, los afrontamientos y el riesgo.

Es necesario decir que si bien el estilo de vida, expresado en configuraciones comportamentales de riesgo, es un indicador de vulnerabilidad a enfermar, por sí mismo, ello no determina el estado de salud, sino que la interacción de estas configuraciones con las particularidades hemodinámicas, genéticas y fisiológicas, tendrán una influencia vital en la aparición de la enfermedad.

El estudio de las configuraciones de riesgo puede trascender el marco del comportamiento e incluir estos otros aspectos, los perfiles de riesgo obtenidos de esta manera trascenderán el manejo tradicional de los factores de riesgo y pueden reflejar con mayor precisión el riesgo a enfermar del sujeto.

De acuerdo a los resultados descritos anteriormente podemos enunciar direcciones investigativas que aporten nuevas perspectivas a la Psicología de la Salud.

Resultan de actualidad para la Psicología de la Salud la investigación del apoyo social como un elemento determinante del proceso de enfermar. Se estudian las redes de apoyo social, los tipos de apoyo, su estabilidad y su influencia en el mantenimiento de la salud o de modo inverso, su incidencia en la vulnerabilidad del sujeto ante la enfermedad.

Un enfoque personológico del apoyo social podría destacar el papel del sujeto en la construcción de su apoyo social, su amplitud, estabilidad y consistencia. Estos aspectos pueden ser investigados como constituyentes del estilo de vida.

Los estilos de afrontamiento también han sido objeto de atención en las investigaciones, llegando a determinarse su nexos con la aparición, curso, evolución y rehabilitación de las enfermedades, según el caso. Por ejemplo, se sabe que las personas con patrón A, son vulnerables a las enfermedades cardiovasculares, las de patrón C, tiene más probabilidades de contraer enfermedades neoplásicas. Se han descrito otros estilos de afrontamiento. Sin embargo, la identificación de los

comportamientos holísticos y estables en que los mismos se objetivizan, resultan de interés para la profundización en las potencialidades del sujeto para el manejo de la enfermedad. Todo ello resulta posible a través del estudio del estilo e vida. En tal sentido la investigación de los constituyentes del estilo de vida que actúan como estilos de afrontamiento resulta una alternativa investigativa.

Tomado de la Epidemiología, la investigación de los factores de riesgo, ha sido otra dirección de las investigaciones en la Psicología de la Salud. Se dice que los factores de riesgo permiten un abordaje preventivo de la salud. Sin embargo, las investigaciones que identifican factores de riesgo en el estilo de vida han estado marcadas por el positivismo. Su propia denominación (factor), así como la metodología de su investigación, son ilustrativas del nivel analítico y factorialista que caracterizan a estos estudios. Se puede afirmar que este modelo está agotado, pues ya se han establecido las correlaciones estadísticas entre los comportamientos de riesgos y las enfermedades con bastante precisión.

El enfoque personológico en la investigación del estilo de vida constituye una nueva alternativa en la comprensión a nivel individual no solo del riesgo, sino también de la fortaleza del sujeto ante la enfermedad. El estudio holístico y configuracional del comportamiento complejo del sujeto desde esta visión del estilo de vida es una dirección de la investigación factible y pertinente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becoña Iglesias, E. (1999). Promoción de los estilos de vida saludables: ¿realidad o utopía? *Revista de Psicología de la PUCP.*, XVII(2).
- Díaz Burgos, C. S. (2005). *Estilos de vida y satisfacción laboral*. Doctorado en Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Gómez Argues, M. Á. (2005). Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años. Granada, España: Universidad de Granada. Granada, España: Universidad de Granada.
- Méndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS, XVI(46), 37-67.
- Moreno Siguenza, Y. (2004). Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana. (S. d. Publicacions., Trans.). Valencia, España: Universitat de Valencia.
- Rodríguez Suarez, J. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. Psicothema, 11(2), 247-259.
- Ruiz, J. J. (2005). Estilo de vida. Tu orientación consciente e inconsciente en la vida. . ESPAÑA R & Editores, UBEDA.
- Sánchez, J; Sánchez M. P. (1994): El concepto estilo psicológico como base del patrón de cambio. En: Psicología diferencial. Diversidad e individualidad humana. Madrid, Ed. Centro de Estudios Ramón. S.A.
- Sánchez-López, M. d. (2001). Estilos de vida: avances en su medida y sus relaciones con otros conceptos psicológicos. XIX(1), 6-26.
- Sánchez-López, M. P. (1997.). El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. Revista de Psicología de la PUCP. , XV(2), 223-252.
- Sánchez-López, M. P. (1998). Relaciones entre estilo de vida y satisfacción vital. Revista de Psicología de la PUCP., XVI(1).
- Vargas Oramuno, S. (2006). Los estilos de vida en la salud. . La Salud Pública en Costa Rica. San José de Costa Rica.

Los determinantes sociales en el diagnóstico de salud (social determinants in health diagnosis)

Victoriano Camas Baena

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí – Facultad de Psicología

Doctor en Psicología

vcamas.cri@gmail.com

RESUMEN

Si bien es un hecho probado la estrecha correlación entre desigualdades socioeconómicas y salud, también existe una larga lista de determinantes sociales que condicionan el estado de salud de una población. Su correcto diagnóstico e interpretación resultan básicos para una adecuada estrategia de intervención especialmente en el ámbito municipal. Este artículo analiza el perfil y evolución de los determinantes sociales de salud en Leganés (Madrid, España) y sus posibles síntomas de vulnerabilidad, articulando las distintas variables asociadas al hábitat urbano saludable. Se han identificado los elementos que generan vulnerabilidad en la salud de Leganés desde el discurso de un grupo de informantes. Concluimos que las políticas públicas locales destinadas a mejorar la dotación de los elementos esenciales para mejorar la salud de la población no garantizan en sí una mejor calidad de vida.

Hay otros factores (externos e internos) de enorme relevancia en la consecución de una vida saludable que pueden distorsionar la efectividad de las políticas públicas en este ámbito.

Palabras clave: Determinantes sociales, vida saludable, políticas públicas.

ABSTRACT:

Although the close correlation between socioeconomic inequalities and health is proven, there is also a long list of social determinants that condition the health status of a population. Their correct diagnosis and interpretation are basic for an adequate intervention strategy especially in the municipal area. This article analyzes the profile and evolution of social determinants of health in Leganés (Madrid, Spain) and its possible symptoms of vulnerability, articulating the different variables associated with healthy urban habitat. The elements that generate vulnerability in the health of Leganés have been identified from the discourse of a group of informants. We conclude that local public policies aimed at improving the provision of essential elements to improve the health of the population do not guarantee a better quality of life. There are other factors (external and internal) of enormous relevance in achieving a healthy life that can distort the effectiveness of public policies in this area.

Keywords: Social Determination, healthy living, public policy.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué unas sociedades son más saludables que otras?, o más específicamente, como preguntan Marmot y colaboradores (1996), ¿por qué alguna gente está sana y otra no? La respuesta para ambas preguntas es la misma: por los determinantes de la salud. Esta, por tanto, no puede entenderse sólo como la ausencia de enfermedad: en la salud influyen factores diversos, tales como el entorno social, laboral y personal, así como las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, además de los servicios que promueven y mantienen la salud.

A día de hoy son muchos los estudios que demuestran que la salud depende de la influencia de un conjunto de determinantes clave, entre los que destacan los determinantes sociales (la renta y posición social, las redes de apoyo social, la

educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, los estilos de vida, etc.) y los relativos a las características biológicas y la constitución genética de los sujetos. Todos estos determinantes son importantes en sí mismos, y al mismo tiempo están interrelacionados (Canada Health-OPS/OMS, 2000: 14).

Aproximación a los determinantes sociales de salud

De un modo genérico, podemos definir los determinantes sociales de salud (DSS) como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos. Así, los DSS se refieren a las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, de acuerdo con Tarlov, a “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar” (Tarlov A. 1996. “Social determinants of health: the sociobiological translation”. En Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. Londres, Routledge. Pág. 71-93). Si bien es cierto que la atención médica puede prolongar la supervivencia y mejorar el pronóstico de las enfermedades, son las condiciones sociales, económicas, ambientales, etc. las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general.

Cada persona es responsable de asegurarse una dieta saludable, hacer ejercicio suficiente, no fumar y no beber en exceso. No obstante, ahora sabemos la importancia que tienen para la salud las circunstancias sociales y económicas que, por lo habitual están más allá del control individual. De hecho, de todos los factores determinantes de la salud, la pobreza es el más importante, fruto de un medio ambiente inapropiado, que crea diferencias en la salud y en los tipos de enfermedad.

Por tanto, los DSS permiten una mejor y mayor comprensión de la extraordinaria susceptibilidad de la salud ante el entorno social, constituyéndose como uno de los indicadores clave en el nivel de salud de las

sociedades modernas. El conocimiento de los mismos nos ayuda a valorar el peso de cada uno de ellos en la consecución de un estado de salud deseable y nos permite introducir modificaciones en los mismos para mejorar la salud, tanto en el ámbito colectivo, como individual (evitación de conductas, hábitos y actitudes insanas, adopción de conductas y políticas saludables, etc.).

Desde esta perspectiva, la OMS, en su publicación *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados (1998)* ya apunta que el campo de los DSS es clave para los procesos de elaboración de políticas sanitarias eficaces.

Siendo así que cualquier iniciativa política dirigida a la salud pública debe diseñarse desde el abordaje de los DSS con el fin de eliminar las situaciones de escasa o mala salud, y si es posible, antes de que puedan degenerar en enfermedades. Se trata de una tarea desafiante tanto para quienes toman decisiones como para los principales actores y defensores de la salud pública.

En las últimas décadas, aunque con notorios altibajos en énfasis y amplitud, la determinación social de la salud es un concepto que va ganando adeptos entre las personas que deben tomar decisiones respecto a la salud poblacional. Es, ahora, indiscutible que se pueden prevenir muchas enfermedades desde el principio si se promueven las condiciones sociales que sostienen una vida saludable. A pesar de que este concepto ya viene siendo la base, en magnitud y profundidad muy variadas, para la formulación de políticas y diseños de estrategias orientadas a la recuperación de la salud y a la prevención de las enfermedades, aún no es parte central del modelo que enmarca los esfuerzos de construcción de políticas de salud pública y condiciones de vida, ni de los aspectos operativos para las diferentes tareas de la salud pública.

Modelos de análisis sobre los DSS:

La determinación social del estado de salud ha sido tratada desde la antigüedad, teniendo en la medicina hipocrática un hito fundamental cuando establece que las

causas o determinantes de enfermar serían: a) Internas (raza, temperatura, sexo y edad, que siguen siendo hoy marcadores de riesgo, determinantes genético-biológicos); y b) Externas (mala alimentación, aire corrompido, traumatismos, parásitos, animales, alteraciones térmicas, venenos... hoy factores de riesgo, determinantes medioambientales y estilos de vida). Más tarde, para Galeno, las causas o determinantes de la salud/enfermedad quedarían establecidos desde una clasificación ampliada del modelo hipocrático. Así, establece tres modalidades de causas: a) Externas (trastornos alimentarios, sexuales, emocionales, excesos de trabajo, frío, calor, venenos...); b) Internas (edad, sexo, constitución...); y c) Conjuntas (resultado de la acción de las primeras sobre las segundas).

Esta clasificación permanece más o menos inalterable hasta inicios del siglo XIX, cuando William P. Alison, en 1820, describe la existencia de una estrecha asociación entre la pobreza y la enfermedad, llegando a proponer la necesidad urgente de atacar las causas de la miseria si se quería prevenir las epidemias de entonces. Asimismo, fueron trabajos pioneros los de Louis René Villermé, en Francia quien demostró que las pésimas condiciones de vida de los trabajadores estudiados causaban su muerte prematura, y los de Rudolf Virchow, en Alemania, quien tras estudiar una epidemia en los distritos industriales de Silesia en 1847, concluyó que sus causas eran tanto sociales y económicas como físicas, y recomendó, como remedio: prosperidad, educación y libertad, las cuales para desarrollarse requerían de un marco de democracia libre e ilimitada.

Incluso, en Francia, en la primera mitad del siglo XIX, la salud pública se hallaba conceptualizada bajo una perspectiva verdaderamente amplia, que comprendía aspectos como estadísticas fundamentales, salud materno-infantil, ejercicios y salud física, alcoholismo y prostitución, adulteración de los productos alimenticios, abastecimiento de agua y desechos de aguas residuales, condiciones higiénicas en hospitales, prisiones y hogares para ancianos, salud mental, vacunación, enfermedades infecciosas, nutrición, calefacción y ventilación, higiene rural, contaminantes industriales, enfermedades ocupacionales, y la relación de la salud con la clase social. Sin embargo, a mediados del mismo siglo, sobre la base de

los primeros descubrimientos microbiológicos de Pasteur y Koch, empieza el formidable desarrollo de la medicina de las enfermedades infecciosas, que además configura un modelo de causación mecanicista, la cual devino en –y pervive aún como– hegemónico en el campo de la salud.

No será hasta el siglo XX cuando surjan varios modelos que intentan explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes, entre ellos destacan: a) El modelo holístico de Laframboise (1973); b) el modelo de Tarlov (1989); y c) el modelo de Dalghren y Whitehead (1991). Dado que nos basaremos en tales modelos para elaborar nuestra propuesta concreta de DSS a investigar en Leganés, destacamos en las siguientes líneas sus aspectos más relevantes.

El modelo holístico de Laframboise (1973). Desarrollado por Lalonde (ministro de Sanidad canadiense en el documento “Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses, 1974). Para este autor, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por 4 grandes grupos de determinantes:

- Biología humana.
- Medio ambiente
- Estilos de vida y conductas de salud
- Sistema de asistencia sanitaria

El modelo de Tarlov (1999). Clasificó los determinantes de salud en 5, que oscilan desde el individual y dependiente del campo sanitario, hasta el más generalizado e intersectorial en el que apenas influyen las actuaciones en el campo de la salud (excluye la atención sanitaria como determinante considerándola estrategia reparadora):

- Determinantes biológicos, físicos y químicos.
- Determinantes de estilos de vida.
- Determinantes ambientales y comunitarios
- Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.

- Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

En tercer lugar, los determinantes propuestos por el modelo de Dalghren y Whitehead (1991) serían los siguientes:

- Edad, sexo y factores constitucionales.
- Estilos de vida del individuo.
- Redes sociales y comunitarias.
- Condiciones de vida y trabajo:
- Agricultura y producción de alimentos.
- Educación.
- Ambiente laboral.
- Desempleo.
- Agua y saneamiento.
- Servicios de atención de salud.
- Vivienda.
- Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

Propuesta de DSS para el diagnóstico de la salud en Leganés

De la integración de estos tres modelos y de la información producida en la fase cualitativa de la investigación, se desprende la propuesta concreta de DSS que analizamos más en profundidad en la fase cuantitativa, en la que nos centraremos en los siguientes ejes:

1. La necesidad de políticas para evitar que la gente caiga en situaciones prolongadas de desventaja.
2. La manera como los entornos social y psicológico afectan la salud.
3. La importancia de garantizar un buen entorno durante los primeros años de vida.
4. El impacto del trabajo en la salud.

5. Los problemas del desempleo y la inseguridad laboral.
6. El papel de la amistad y la cohesión social.
7. Los peligros de la exclusión social.
8. Los efectos del alcohol y otras drogas. 9. La necesidad de garantizar el acceso a suministros de alimentos saludables para todos.
9. La necesidad de sistemas de transporte más saludables (OMS, 2003, 7).

Propuesta de análisis de DSS para el diagnóstico de la salud en Leganés que, además, queda validada por los más recientes estudios sobre desigualdad en salud realizados en nuestro país, donde se demuestra que la clase social, la zona geográfica y el sexo, son determinantes sociales que influyen de forma directa en la aparición de enfermedades y desigualdades en salud.

En dichos estudios se demuestra que los grupos sociales más desfavorecidos (desempleados, inmigrantes, mujeres) y con menores niveles de renta, presentan peores indicadores en forma de mayor mortalidad, menor esperanza de vida y peor percepción de su estado de salud. Estas diferencias siguen un patrón geográfico que indica que el lugar donde viven las personas influye en la salud independientemente de la situación socioeconómica individual, ya que puede ser que las personas que viven en áreas geográficas con mayor privación material (recursos, servicios, medioambiente) presentan peor estado de salud. En cuanto al sexo, también se encontraron diferencias entre hombres y mujeres y se ha observado que su salud es diferente y desigual, siendo necesario un enfoque de género para explicar estas diferencias.

Creemos, pues, pertinente formular la siguiente hipótesis: la investigación sobre el diagnóstico de la salud en Leganés ha de fundamentarse desde los DSS arriba descritos para, a partir de ellos, plantear actuaciones y estrategias políticas públicas que mejoren el estado de salud y la calidad de vida de sus ciudadanos.

El objetivo general del estudio/investigación persigue analizar el perfil que presentan los determinantes sociales de la salud en el municipio de Leganés y sus posibles síntomas de vulnerabilidad.

Este objetivo general se articula en torno a la consecución de objetivos específicos vinculados cada uno de ellos a las distintas variables que la tradición teórica asocia a la consecución de un hábitat urbano saludable, proyectados todos en el municipio de Leganés:

1. Estado de salud
2. Entorno laboral y conciliación
3. Entorno urbano
4. Cultura y educación
5. Oferta sanitaria y redes sociales

Se trata en última instancia de elaborar el diagnóstico de salud en Leganés (abarcando todos sus distritos) a partir (en función) de sus determinantes sociales, elaborar propuestas y líneas de actuación que faciliten una mejor coordinación y más eficacia entre las diversas áreas municipales implicadas en salud, así como el diseño de proyectos y estrategias que fomenten la incorporación y la implicación ciudadana para identificar tanto necesidades, carencias y problemas de salud en el municipio, como recursos y posibilidades de cara a su mejora.

METODOLOGÍA⁵

Se utilizó una estrategia metodológica triangulada a partir de técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social:

Análisis documental y de datos secundarios encaminado a contextualizar sociodemográficamente el municipio de Leganés desde la perspectiva de las variables clave que determinan un hábitat saludable.

⁵ Nivel de confianza del 95% (2 sigmas), $P=Q$, y un error previo para el conjunto de la muestra del $\pm 5\%$, en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

Fase cualitativa a partir de la aplicación de técnicas como la entrevista en profundidad y el grupo de discusión administradas a una muestra no probabilística de informantes directos, indirectos y clave, con el fin de conformar un perfil opinático significativo que permita en última instancia mejorar el diseño del cuestionario cerrado sobre el que pivotará la siguiente fase del estudio.

Investigación cuantitativa en el marco de una encuesta por cuestionario dirigida a la población mayor de 16 años de ambos sexos (N=162074) empadronada en el municipio de Leganés. Procedimiento de muestreo estratificado por distritos y con selección de las unidades muestrales finales (individuos) afijadas proporcionalmente por segmento de edad y sexo.

RESULTADOS

Los determinantes sociales de la salud de Leganés a través del discurso de sus protagonistas

Los participantes en los grupos de discusión abordan el tema de la salud preguntándose, en primera instancia, a qué nos referimos cuando hablamos de salud. ¿Hablamos de...

- Salud
- Sanidad
- Estilo de vida saludable
- Salud individual/familiar/laboral/social/pública...?

Si bien no todos los informantes establecen diferencias claras entre salud y sanidad, sí puede afirmarse que para la mayoría habría que distinguir entre ambos conceptos:

- El concepto salud se vincula en general a la calidad de vida. Hay mayor o menor salud en función de la mayor o menor calidad de vida. Y ambas, salud y calidad de vida, dependen, de una parte, de los estilos de vida, más o menos sana, de cada persona (lo individual); y de otro lado, de las circunstancias y condicionantes que impone/exige el modelo de sociedad actual (lo económico, socio-cultural, laboral...), siendo lo local, municipal, el entorno-escenario donde más palpable y evidente se hace dicho modelo.
- El concepto sanidad se asocia a los servicios sanitarios, al sistema público de salud/sanidad, a los profesionales, los centros de salud, los hospitales, etc.

La opinión respecto a la situación actual de la salud en Leganés es, en general, positiva. La mayoría de los participantes en los grupos valoran a Leganés como entorno/hábitat/ciudad saludable.

Evolución en los últimos años:

- Evolución negativa en salud: antes, vida más sana, mejor alimentación, dieta mediterránea, cultura del trabajo y el esfuerzo. Ahora, vida menos sana, peor alimentación, cultura del consumo y del ocio.
- La sanidad en Leganés: avance claro de finales de los 60 hasta hace unos años; a partir de ese momento se percibe una evolución negativa, se va a peor (imagen centrada en los servicios sanitarios).
- Percepción de que la nueva planificación por área única de salud ha perjudicado a Leganés (menor dotación de recursos, profesionales, masificación de ciudadanos...)

Principales necesidades y demandas:

- Necesidad de mayor compromiso de la sociedad en su conjunto, de cada individuo, pero también de los agentes sociales y las Administraciones, para mejorar la calidad y el estilo de vida actual.

- Necesidad de mayor integración entre lo relativo al ámbito de la salud y lo referente al ámbito de la sanidad.
- Demanda de mayor información sobre salud, prevención y promoción de salud, demanda de crear más y mejores canales-vías de empoderamiento a los ciudadanos.
- Demanda de mejora de la calidad de los servicios sanitarios en general (mayor dotación, más personal, más eficacia, menos listas de espera...).

Ante la pregunta sobre qué aspectos, dimensiones, factores, variables... influyen, condicionan, determinan, articulan, garantizan... la salud, una vida saludable de calidad, la mayoría de los grupos saben que la salud es el resultado de muchos factores, no sólo los relativos al ámbito sanitario. Así, las condiciones socioeconómicas, laborales, culturales y ambientales, la educación, la vivienda, las relaciones sociales, la alimentación... repercuten facilitando o dificultando modos y estilos de vida más o menos saludables.

Estilo de vida y ocio

En general, percepción de que en los últimos años, los estilos de vida de los ciudadanos de Leganés repercuten más negativamente en su salud que los que existían antes.

Con el modo de vida que impone la sociedad actual, se concilia peor la vida familiar y la laboral (prevalece ésta sobre la primera); además, el tiempo libre no se puede dedicar por entero al ocio (elemento básico para una vida saludable), sino a cumplir con las dedicaciones o pseudo-obligaciones asociadas a las labores domésticas y al cuidado de personas dependientes en el hogar: niños, mayores, etc. Todo lo cual redundará en la percepción de que ahora se vive con más estrés, hay menos tiempo para las relaciones familiares y personales, se descansa y se disfruta menos que hace unos años

En cuanto a la alimentación, si bien se reconoce como positivo que se sabe más y mejor la repercusión directa de los hábitos alimentarios sobre la salud (comer en casa, evitar “comida rápida o basura”, reducir grasas, dieta equilibrada); la realidad es que las condiciones que impone el ritmo y los modos de vida actuales (comer fuera de casa, alimentos precocinados, etc.) conducen a una peor alimentación y, por tanto, a una vida menos sana.

Actividad física: Aunque existen más y mejores posibilidades de realizar una actividad física (pasear, ir al gimnasio, hacer deporte), la impresión es que cada vez más se instala el sedentarismo (con sus lógicas repercusiones negativas en la salud).

Adicción: Impresión de que las adicciones se generalizan en las distintas franjas de edad, preocupando sobre todo el inicio cada vez más temprano del consumo de sustancias adictivas. Impresión de incremento de las adicciones inclusivas (botellón...) y de algo de retroceso en las adicciones excluyentes (alcoholismo, drogas duras).

Estrés: Impresión general de incremento y diversificación del estrés en el modo de vida actual (Profesional, Familiar, Activo, Pasivo).

Entorno laboral

Acuerdo total en que el empleo, la situación socio-laboral, incide de modo determinante en la salud de las personas. Percepción general de que ahora el empleo está mal en Leganés igual que en el resto del país: sobre todo a partir de la crisis económica y su repercusión en el sector de la construcción. En general, Leganés sigue asociada a su imagen de ciudad dormitorio: los centros-ámbitos laborales están más fuera que dentro de la ciudad. Escaso desarrollo industrial, pocas Impresión creciente de que el Ayuntamiento de Leganés no está respondiendo de modo eficaz para mejorar esta negativa situación del empleo y del mercado laboral en el municipio.

Vivienda y urbanismo

Imagen global y consensuada positiva: se percibe una evolución de Leganés como ciudad dormitorio a ciudad para vivir (más servicios, equipamientos, instalaciones deportivas, centros culturales, zonas verdes, transporte, zonas peatonales, etc.).

Todo lo cual favorece la impresión de que Leganés ha mejorado en los últimos años como entorno-municipio que favorece en este ámbito una vida saludable a sus ciudadanos (tanto en lo privado –la vivienda-, como en lo público: “se vive más la calle”).

Como negativo, las dificultades para la movilidad y el tráfico, el incremento de la contaminación acústica, y las diferencias entre los distintos distritos y barrios del municipio).

Redes sociales: participación y salud

La imagen que tienen los grupos de la participación ciudadana en Leganés es, en general, positiva (“la gente de Leganés participa más que la de otros municipios cercanos”); si bien el ámbito de la salud no parece ser donde más se ponga de manifiesto este comportamiento de participación activa de los ciudadanos. A destacar, no obstante, la percepción de que esta implicación activa y participativa de los ciudadanos de Leganés decrece en los últimos años (tendencia que coincide con los datos cuantitativos derivados del cuestionario).

Valoración general positiva del Ayuntamiento de Leganés como institución que fomenta la participación ciudadana en temas de salud. No obstante, la mayoría de los participantes en los grupos de discusión no recuerda con detalle ni hace referencias concretas a actividades, actuaciones, etc. que haya organizado el Ayuntamiento en este ámbito, así como tampoco manifiestan haber participado en alguna de ellas.

Educación

Uno de los ámbitos que mejor valoración merece de Leganés es su oferta educativa. No obstante, parece que este rasgo tradicional del municipio está en parte debilitándose por lo que muestran los discursos grupales:

- Se percibe la necesidad de más plazas en Escuelas Infantiles.
- Se demanda más información sobre criterios de calidad de los centros Educativos.

Servicios socio-sanitarios y recursos de salud

La imagen y valoración de los Servicios/Recursos de salud en Leganés (profesionales, instalaciones, servicios, atención al ciudadano) es en general positiva, sobre todo respecto a la cantidad y dotación de centros sanitarios existentes.

Así pues, la percepción prevalente es que, en su conjunto, los servicios de salud actuales en el municipio responden a, y cubren de modo razonablemente eficaz, las necesidades de los ciudadanos.

Imagen y valoración en conjunto favorable del Ayuntamiento por interesarse en la evaluación y control de la calidad de los servicios socio-sanitarios en el municipio. Peor valoración merecen los servicios socio-sanitarios a domicilio (imagen asociada tanto a la Comunidad de Madrid como al Ayuntamiento).

Agentes sociales y salud

Los participantes grupales manifiestan, grosso modo, que la salud depende de la actuación tanto de los individuos concretos como de diversos agentes sociales:

- Familia

- Las administraciones públicas
- Profesionales de la salud
- Sociedad en su conjunto Entre estos agentes/actores/instituciones, los que más peso o influencia tienen en la salud, la vida saludable son los político-administrativos-territoriales (UE, Estado, Comunidad Autónoma y Ayuntamiento).
- Percepción de pérdida de importancia del Estado/Gobierno/Ministerio de Sanidad desde la transferencia de las competencias de salud a las CCAA.
- Imagen y valoración negativa de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Se percibe como la principal responsable del deterioro de la calidad de la salud y la sanidad pública en Madrid en general y en Leganés en particular a lo largo de los últimos años.
- Imagen y valoración positiva del Ayuntamiento respecto a la salud, si bien es el agente con menor capacidad y recursos para intervenir en este ámbito.
- Percepción global de ineficaz relación/coordinación entre estos agentes político-administrativos.

Desde el inicio, en el discurso espontáneo, aparece el referente político: enfrentamiento entre CAM y Ayuntamiento: CAM (imagen negativa); Ayuntamiento (imagen positiva). Al final, pierden los ciudadanos.

Imágenes y valoraciones generales del Ayuntamiento relacionadas con la salud:

- El Ayuntamiento es percibido como la institución más cercana al ciudadano, la que mejor conoce sus necesidades y demandas, pero no es tenida en cuenta por las otras Administraciones (en especial la Comunidad de Madrid) en la planificación y ejecución de las diferentes actuaciones relativas a la salud y a lo “sanitario”.
- Imagen de que sus competencias son pocas y muchas veces su papel se reduce a demandar que las otras Administraciones cumplan todas sus

obligaciones, a exigir que destinen los recursos necesarios para cubrir las necesidades de los ciudadanos en materia de salud y servicios sanitarios.

Imagen del compromiso político del Ayuntamiento con la salud:

- La imagen de que el Ayuntamiento considere como uno de sus objetivos principales mejorar la salud de los ciudadanos de Leganés, no es la que prevalece en los discursos grupales.

Percepción del lugar que ocupa la salud en las actuaciones del Ayuntamiento:

- No se recuerdan programas, campañas informativas, actos, jornadas, etc. aunque se percibe y valora de modo global como positivo el papel activo del Ayuntamiento de Leganés en el ámbito de la salud.
- No se recogen referencias ni valoraciones sobre la labor de coordinación del Ayuntamiento en las iniciativas de promoción y protección de la salud realizadas en el municipio.

Valoración del primer plan de salud

Percepciones generales:

- En el discurso de los grupos se hacen pocas referencias respecto al 1º Plan Municipal de Salud (PMS), llevado a cabo por el Ayuntamiento de Leganés entre 2005 y 2009.
- Se percibe como una suma de proyectos más que como un único programa con entidad/identidad propia.

Valoración específica de las estrategias centrales del PMS:

- Salud y desigualdad social (factores económicos, educativos, laborales, integración...): Percepción/valoración general positiva del 1ºPMS y del

Ayuntamiento especialmente en el ámbito de la ayuda a sectores menos favorecidos y dependientes (imagen asociada a los servicios sociales municipales).

- Salud y cambio en los estilos, condiciones y modos de vida saludables: Percepción/valoración general negativa (por omisión) en tanto el 1ºPMS no parece haber sido eficaz en este ámbito.
- Participación comunitaria en salud: Percepción/valoración general negativa (por omisión) en tanto el 1ºPMS no parece haber sido eficaz en este ámbito.
- Nuevos modelos de servicios socio-sanitarios centrados en las necesidades de los ciudadanos: Percepción/valoración general positiva del 1ºPMS y del Ayuntamiento, si bien no se perciben avances en este ámbito debido, en parte, a la limitada capacidad de actuación del Ayuntamiento respecto a las Administraciones autonómicas y estatales.

Valoración de la intersectorialidad/transversalidad de la salud en sus diversas áreas de trabajo/gestión del Ayuntamiento.

- En general, pasa desapercibida la labor del Ayuntamiento y del 1ºPMS en lo referente a la intersectorialidad/transversalidad de la salud en sus diversas áreas de trabajo/gestión.

Cuando se inquiera de forma más específica, destacan las imágenes y valoración de la coordinación entre áreas de Salud y/o Educación: Se valoran muy positivamente los programas de salud bucodental desarrollados en los centros educativos.

- Deportes: Fomento de actividades deportivas (asociado a las instalaciones).
- Servicios Sociales: Mejora en situaciones de marginación, prevención de la exclusión, integración de inmigrantes, etc.

- Mayores: Programas de salud dirigidos a los diversos ámbitos de la tercera edad.
- Urbanismo: Más zonas peatonales

Por el contrario, se valora globalmente como mejorable la coordinación y cooperación del Área de Salud con las de Juventud, Cultura, Medio ambiente, Participación y Empleo.

A modo de conclusión, la valoración del 1ºPMS que hacen los participantes en los grupos puede resumirse en base a los ejes estratégicos puestos en marcha en dicho plan:

- Eje 1. Imagen y valoración en conjunto positiva del Ayuntamiento como comprometido en desarrollar su modelo de ciudad.
- Eje 2. Imagen y valoración negativa del Ayuntamiento respecto a su compromiso con la dinamización económica y social de su entorno.
- Eje 3. Percepción y ponderación positiva del Ayuntamiento en el ámbito de la igualdad social.
- Eje 4. Valoración baja del compromiso del Ayuntamiento por prestar servicios cada vez más eficaces, eficientes, y orientado a mejorar la calidad y la atención al ciudadano.

Leganés y la red de ciudades saludables

Respecto al objetivo 3, lo primero a resaltar es que la gran mayoría de participantes en los grupos desconocen tanto la existencia de la Red Española de Ciudades Saludables y de su equivalente en la UE, como el hecho de que Leganés esté integrada y participe activamente en ellas. Por lo demás, la valoración específica respecto a Leganés como municipio integrado en el proyecto de Ciudades Saludables se puede desagregar como sigue:

- Escasas imágenes y, por tanto, poco o nulo grado de conocimiento del proyecto Ciudades saludables.
- Valoración y grado de interés del proyecto.
- Escasa percepción, aunque valorada de forma positiva, del papel del Ayto. en esta iniciativa.
- Necesidades y expectativas: Percepción de creciente interés sobre el tema, no visto como una necesidad de primer orden, pero expectativas positivas. Estrategia de comunicación institucional del Ayto. que informe a la ciudadanía.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de salud de Leganés se inició con un paso previo e imprescindible en cualquier trabajo de investigación de este tipo, que no fue otro que conceptualizar el término salud asociado a sus determinantes sociales. Operacionalizados esos determinantes sociales nos hemos aproximado a ellos a través de una metodología triangulada que nos ha permitido medir cuantitativa y cualitativamente la realidad de la salud de Leganés desde esta perspectiva social.

Tras ese esfuerzo de medida podemos concluir con absoluto rigor que Leganés es una ciudad saludable desde todos y cada uno de los elementos que han operado en este estudio como determinantes sociales de ese estado de salud. Con todo conviene resaltar algunos matices a modo de indicadores de vulnerabilidad que deben inspirar actuaciones, programas e intervenciones públicas.

Desde el punto de vista del eje estado de salud la valoración es razonablemente positiva aunque se manifiestan debilidades en términos de tabaquismo, especialmente femenino, y alcoholismo social especialmente masculino en los tramos inferiores de edad.

En lo referido al eje entorno laboral queda evidenciado que Leganés no ha modificado sustancialmente su tradicional condición de ciudad dormitorio, aunque

hay que poner de manifiesto que otros muchos aspectos facilitadores del estilo de vida urbano se han incorporado a la ciudad. Emergen problemas de presión y estrés laboral especialmente sobre las mujeres, así como importantes restricciones en términos de conciliación y dependencia.

El análisis del eje entorno urbano concluye una percepción muy favorable de Leganés como entorno convivencial y habitable. A pesar de todo ello el automóvil aparece como un medio muy utilizado aunque es muy importante también el uso del transporte público que además está muy bien considerado por la mayoría de los entrevistados, excepto por parte de los vecinos de Fortuna y Polvoranca, donde las opiniones críticas son relativamente más considerables. Buena valoración del medio ambiente urbano y también de la oferta de los equipamientos verdes y deportivos, pero se contrasta poco uso de ellos. Está consolidada la percepción de Leganés como ciudad segura pero son los jóvenes los que más críticos se muestran con esta condición.

Respecto al eje cultura y educación la percepción en términos de oferta es bastante favorable pero se constata que hay poca participación cultural. Los equipamientos son globalmente bien considerados aunque hay que destacar las críticas relativamente altas que despierta la oferta de escuelas infantiles. Más alta consideración merecen los centros educativos, tanto en oferta como en calidad, excepto para los vecinos de Fortuna y Polvoranca donde las valoraciones críticas son relativamente más altas que la media.

El eje referido a la oferta sanitaria y a las redes sociales presenta una consideración en general bastante favorable tanto en términos de oferta como en la calidad de la misma, excepto en Fortuna y Polvoranca donde hay una acumulación de valoraciones desfavorables relativamente alta. La política municipal de salud es invisible a los ojos de la mayoría de la población. Esto indica que no se establece relación de causalidad entre las percepciones positivas vinculadas a los servicios sanitarios y el Ayuntamiento. Los servicios sociales obtienen una valoración muy positiva por parte del conjunto de la población de Leganés, aunque en el distrito de

la Fortuna son más críticos que en el resto. Señalar por último que Leganés ha perdido dinamismo en términos de participación ciudadana.

En base al análisis de todos los distritos y teniendo en cuenta todas las variables estudiadas debemos acotar una serie de colectivos y distritos de actuación preferente, entendiendo por preferente el grado de intensidad con el que hay que acometer políticas concretas ante los síntomas de vulnerabilidad que en términos de salud y sus determinantes sociales han quedado acreditados.

Colectivos de actuación preferente: Jóvenes pertenecientes a tramos inferiores de edad y mujeres

Distritos de actuación preferente: Fortuna y Polvoranca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Canada Health, OPS/OMS. Salud de la población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. La perspectiva canadiense. Washington, D.C. 2000.

Dahlgren, G.; y Whitehead, M. Policies and Strategies to Promote Social

Equity in Health, Estocolmo, Institute of Future Studies. 1991.

Evans, R.G., Barer, M.L. y Marmor T. R. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Díaz de Santos. 1996.

Laframboise H. L. Health policy: breaking the problem down in more manageable segments. Canadian Medical Association Journal N°108. 1973.

Lalonde, M. A. New perspective on the health of Canadian. Ottawa. Dep. of National Health and Welfare. 1974.

Navarro, V., Benach, J. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.

Organización Mundial de la Salud. Social Determinants of Health. The Solid Facts. 2003.

Rodríguez Artalejo, F., Abecia Inchaurregui, L.C. “Determinantes de la salud”. En Colomer Revuelta C., Álvarez-Dardet. Promoción de la Salud y Cambio Social. Madrid: Masson. 2000.

Sáez Cárdenas, S., Pérez Calvo, R.M. “Determinantes sociales y salud”. En Sánchez Moreno, A. Enfermería Comunitaria I. Concepto de salud y factores que la condicionan. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana, 2000. •

Tarlov, A. R. Public Policy Frameworks for Improving Population Health. Annals of the New York Academy of Sciences, volume 896. 1999.

**Intervención psicoterapéutica en personas atrapadas
por el terremoto del 16 abril 2016 Manta – Ecuador
(psychotherapeutic intervention in people trapped by the
earthquake of 16 april 2016 Manta – Ecuador)**

Oswaldo Zambrano Quinde

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí – Facultad de Psicología

Doctor en Psicología Clínica / Magister en Terapia Familiar Sistémica y de Pareja

oswaldozambra@hotmail.com

RESUMEN:

La intervención psicoterapéutica en personas atrapadas durante 36 horas en el terremoto del 16 de abril del 2016, representa un desafío para la psicoterapia de hoy, frente a un acontecimiento que esta fuera de nuestro control no existen métodos o técnicas establecidas, hay referencias que van acordes a los momentos y al contexto. El uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo, se centra en el estudio de las situaciones , poco comunes que necesitan reexaminarlas de las historias preconcebidas para darles paso a historias enriquecedoras, la mirada epistemológica tiene como fundamento central el lenguaje que subyace al ser humano y al entendimiento de los individuos mediante la construcción y el compartimiento de significados asignados a nuestras narraciones en el momento que estos se vuelven compartidos En consecuencia la intervención terapéutica se puede beneficiar de la línea conductora inspirada en estas propuesta narrativa para el bienestar de los consultantes.

Palabras Claves: Psicoterapia Narrativa; Reautoria; consultantes.

ABSTRACT

Psychotherapeutic intervention in people trapped for 36 hours in the earthquake of April 16, 2016, represents a challenge for psychotherapy today, compared to an event that is out of our control, there are no methods or established techniques, there are references ranging chords the time and context. The use of techniques with narrative systemic approach focuses on the study of situations, rare they need re-examine the stories preconceived to give way to enriching stories, the epistemological look has as its central foundation language underlying the human and understanding of individuals by building and sharing of meanings assigned to our accounts when these become shared therefore therapeutic intervention can benefit from the conductive line inspired by these narrative proposal for the welfare of the consultants.

Key words: Psychotherapy narrative; Re-authoring; consultants.

DE TANTO PEDIR AYUDA SE LE QUEDÓ AFÓNICA LA VOZ INTERIOR

Todo se ha acabado

estamos adentro

emanando miedo

soñando despiertos

Las paredes crujen

el suelo se hunde

el techo nos grita

y el temor tiritita

Vemos hacia afuera

todo se ha calmado

aunque no hay peligro

estamos atrapados

(Anónimo)

Después de vivir 36 horas atrapados en lo que fue el centro comercial Felipe Navarrete, fueron rescatadas tres personas con vida (diario manabita 20 de abril del 2016) Adentro, entre los escombros del centro comercial Felipe Navarrete, hace tanto calor que los sobrevivientes piden morir; otros beben su propia orina, dijo “Limber”.

Él cuenta que lo hizo, pero al fin fue rescatado ayer a las 06h00. Antes de eso estuvo arrastrándose por horas en un espacio de 50 centímetros de alto. Arriba cemento, abajo también. En su recorrido vio personas muertas, algunas vivas y otras que morían frente a sus ojos.

Les faltaba el aire, cuenta. La gente se asfixiaba. Hay gente viva, pero está atrapada entre ladrillos y placas de cemento. “Adentro hay gente viva aún, hasta ayer que me sacaron escuché voces y gritos. Ese lugar es un infierno”, expresa Entre los escombros Limber vio a Jéssica Moreira, una mujer embarazada que luego murió.

Y ahora tendrán que aprender a enfrentar una nueva realidad que incluirá el reencuentro con sus familias, el asedio de los medios de comunicación y un cúmulo de emociones desconocidas y confusas Seguramente habrá consecuencias físicas. Solamente tendrían que recuperar cierto nivel de actividad física y algo de la atrofia muscular que habrán sufrido, pero eso no va a ser problema.

Las consecuencias más importantes, serán las psicológicas: Es probable que algunos de ellos experimenten un cambio en su estilo de vida, como cambiar de trabajo o de relaciones afectivas. Siempre que uno se enfrenta a un acontecimiento traumático como éste, obviamente se vuelve a posicionar frente a cuestiones

vitales, no son realmente problemas para las personas sino significan un "reajuste" de su vida porque este tipo de experiencias cambian radicalmente a la persona.

Es probable que algunos de ellos presenten este cuadro -que clasificamos como un trastorno de ansiedad- que puede aparecer como una reacción emocional grave después de haber sufrido un trauma psicológico intenso

Sin embargo, los problemas sí se podrían presentar debido a las consecuencias del llamado trastorno de estrés postraumático (TEPT).

"Así que por ahora no podemos saber cuáles o cómo serán los recordatorios que los atrapados tendrán de su experiencia".

La clave, será el apoyo psicológico y familiar en los próximos meses. Las consecuencias psicológicas de los desastres tienen un efecto que aumenta en escala creciente, ya que no solo abarca a los afectados y familiares, sino a todas las personas que se relacionan con ellos.

Dividir los momentos por razones didácticas nos permitió primero la búsqueda de herramientas aplicadas en situaciones similares. Uno de los principales problemas que existen en la intervención en desastres es que no se cuenta con una técnica específica para abordar psicoterapéuticamente estas situaciones, con lo que los psicólogos que acuden intentan prestar apoyo a los afectados, para ayudarlos a "sobrellevar" la situación. Por otra parte tampoco se cuenta con articulaciones teóricas que expliquen que ocurre en el psiquismo de una persona que es afectada por un desastre, lo que solemos encontrar está basado solo y exclusivamente en el concepto de stress post-traumático, que no es suficiente para explicar la afectación de estas situaciones

Dada las características de la situación donde hay que intervenir y el escaso tiempo para llevar a cabo un proceso Psicodiagnóstico los únicos elementos donde podemos basarnos es en el análisis del suceso que se ha producido, que dará matices distintos a la vivencia que experimenta el sujeto y en la exploración de la curva vital del sujeto, buscando los momentos de su vida en que se ha sentido

mejor y aquellos en los que se sintió peor, con objeto de encontrar lo que le eleva la autoestima

Un segundo momento en elaborar la Etapa Estratégica: que Consiste en el diseño del plan de acción, el camino a recorrer para llegar a nuestra meta u objetivo final, utilizando los datos obtenidos en la etapa logística. Siendo fiel a nuestra formación encontré en el MODELO FAMILIAR SISTÉMICO la articulación necesaria para el abordaje psicoterapéutico.

REESCRIBIR LA VIDA UN ACERCAMIENTO A MICHEL WHITE Y DAVID EPSTON

El proceso de re-autoría, para usar una expresión de Myerhoff (1982, 1986), es esencialmente colaborativo y requiere que los Psicoterapeutas se involucren con las prácticas personales. Para White (1995), entre tales prácticas se encuentran las siguientes

Adoptar una posición colaborativa de coautoría.

- Ayudar a los consultantes a mirarse a sí mismos como separados de sus problemas a través de la externalización.
- Ayudar a los consultantes a recordar aquellos momentos de su vida en los cuales no se sentían oprimidos por sus problemas, los llamados acontecimientos extraordinarios.
- Ampliar las descripciones de estos acontecimientos extraordinarios con preguntas acerca del “panorama de la acción” y el “panorama de la conciencia”.
- Conectar los acontecimientos extraordinarios a otros acontecimientos en el pasado y extender esta historia hacia el futuro para formar una narrativa alternativa en la cual el sí mismo es visto como más poderoso que el problema.

- Invitar a los miembros significativos de su red social a presenciar esta nueva narrativa personal.
- Documentar estas nuevas prácticas y conocimientos que apoyan esta nueva narrativa personal a través de medios literarios.
- Permitir que otras personas, atrapadas por idénticas narrativas opresivas, se beneficien de estos nuevos conocimientos a través de las prácticas de recepción y devolución.

Dentro de la terapia narrativa, hemos adoptado una escucha activa para aquellos que presentan experiencias opresivas tanto en un nivel personal (el problema) como en un nivel político (un discurso de salud mental y un conjunto de prácticas que impregnan la cultura).

Así las personas con problemas son vistas como requiriendo ayuda para enfrentar estos problemas y prácticas que han invadido sus vidas.

Esta posición ha sido descrita por White, basándose en las ideas del filósofo francés Jacques Derrida (1981), como deconstruccionista. Una posición deconstruccionista implica empoderar a los consultantes para que cuestionen estas definiciones y prácticas habituales de salud mental.

Establecimos nueve sesiones dobles de trabajo para ir cumpliendo metas Psico Terapéuticas, que a continuación describimos:

Sesión 1. Posición colaborativa

- Adoptamos una posición de consulta colaborativa y de coautoría.
- Estamos abierto al contexto terapéutico, intenciones y valores.
- Privilegiando el lenguaje del consultante
- Cuando preguntamos lo hacemos acerca de los puntos de vista que sobre los hechos objetivos
- Privilegiamos el escuchar sobre el interrogar

- Estamos alerta a las oportunidades de abrir un espacio para nuevas historias liberadoras.
- Una aproximación respetuosa. (los sobrevivientes narran sus sentimientos y pensamientos).

Vanessa **“Me sentía muerta y me preguntaba que había hecho de malo y recordaba las mentiras que había dicho”**

Terapeuta. **En esos momentos todo recuerdo tiene un valor, también habían imágenes de personas que te mantenían despierta y con vida.**

Vanessa.- **“mis padres, mis hermanos somos bastantes y yo decía que están buscándome”**

- NO- PATOLOGIZANTE, NO-CULPABILIZADORA EN LA INTERVENCION.

Vanessa.- **«Que asco tuve que tomar orina, no puedo creerlo»**

Terapeuta.- **había otro recurso para calmar tu sed, crees que hiciste lo que debías hacer**

Vanessa.- **«No puedo dormir creo que estoy enloqueciendo »**

Terapeuta.- **Esta dentro de las reacciones esperadas el hecho de no dormir**

Sesión 2. Externalizar el problema.

- **SEPARA A LAS PERSONAS DEL PROBLEMA**

Vanessa

«Me siento nerviosa, tengo terror cada cosa que se mueve me provoca salir corriendo»

Terapeuta. **Es Vanessa la que quiere salir corriendo**

Vanessa. **El terremoto me hace correr**

- **LA PERSONA NUNCA ES EL PROBLEMA, EL PROBLEMA ES EL PROBLEMA.**

Terapeuta. **Usted es terremoto o usted es Juan.**

Juan. **Yo soy Juan.**

Terapeuta. **Juan causa el terremoto?**

Juan. **No, pues.**

Terapeuta. **Entonces Quien lo causa?**

Juan.- **Nadie sabe, Dios castiga**

Terapeuta. **Por lo tanto que cosas hace Juan que no hace el terremoto.**

Juan. **Juan trabaja en una empaedora y no destruye a nadie.**

- **LAS HABILITA PARA RECONOCER SUS HABILIDADES, RECURSOS Y VALORES QUE LO MUEVEN EN LA VIDA**

- Ayudamos a las personas a verse a sí mismos como separados de sus problemas a través de la externalización.
- Creamos un vínculo en la lucha contra el problema externalizado.

Sesión 3. Explorar acontecimientos extraordinarios

- **SU FUNCIÓN ES DE AMPLIAR Y ENRIQUECER LA MIRADA SOBRE SU PROPIA HISTORIA.**

Vanessa- **«Estas 36 horas han sido mil horas para mí »**

Terapeuta. **Con que hecho de tu vida compararías estas mil horas Tienen un valor para Vanessa las 36 horas »**

Vanessa – **Si cuando me iba a casar me desesperaba por que pasen las horas. (Risa) (Silencio) «Por supuesto una nueva oportunidad que me da Dios y ahora estoy siendo otra persona».**

- **PARA REFORZAR EL SENTIDO PERSONAL QUE PERMITE HACER FRENTE A LOS PROBLEMAS CON LOS QUE SE RELACIONA**

- **DEFINIR CON LIBERTAD EL SENTIDO QUE QUIEREN DARLE A SU VIDA,**

- Ayudamos a las personas intervenidas a encontrar momentos en sus vidas en los que no estaban oprimidos por sus problemas
- Ayudamos en la intervención a explorar y describir estas experiencias.

Sesión 4. Engrosar la trama

- **ESTOS EVENTOS ESTÁN ASOCIADOS A SIGNIFICADOS PARTICULARES, LOS CUALES CONSTRUYEN NUESTRA IDENTIDAD (LA SENSACIÓN DE ‘QUIÉN SOY’).**

- **Terapeuta. me quiere decir que el Juan de ahora, se diferencia del Juan anterior.**

- **Juan «Si en todo ahora los detalles son importantes para mi, llegue molesto al centro comercial para comprar unas velas por un cumpleaños y renegaba... por esta tontera venir hasta acá... esa tontera me tuvo cerca de la muerte y esa bendita tontera me tiene con vida »**

LA EXPERIENCIA SIEMPRE ES MÁS RICA QUE LA HISTORIA QUE NOS CONTAMOS ACERCA DE ELLA

- Abordamos el “panorama de la acción” y “panorama de la conciencia” para engrosar la descripción de los acontecimientos extraordinarios.

- Panorama de la acción enfocado en: Eventos, Secuencias, Tiempo y Trama
- Panorama de la conciencia enfocado en: Significados, Efectos, Evaluación y Justificación

Sesión 5. Asociar con el pasado y proyectarse al futuro.

- Los relatos mediante los que damos sentido a nuestra experiencia están influidos sobre todo por factores culturales y sociales.

Vanessa « **y yo me preguntaba la niña Narcisa no puede hacerme esto, yo soy su devota, cada 15 días, estoy en nobol, yo le rezo todas las noches ella no puede hacerme esto** » (refiere a la Beata Narcisa de Jesús)

- Relacionamos los acontecimientos extraordinarios con otros eventos del pasado.

Terapeuta.- **Vanessa sigue pensando lo mismo ahora.**

Vanessa.- **No ya no, ella si me escucho y me protegió yo vi morir a una señora embarazada a mi lado y yo sigo viviendo.**

- Extendemos la historia hacia el futuro
- Forme una narración personal alternativa y preferida en la que el sí mismo se ve como más poderoso que el problema

Sesión 6. Invitar a grupos de testigos externos

- Invitamos a miembros de la red social de la persona familiares a observar esta nueva narrativa personal.

FAMILIAR VANESSA.- **Ahora estamos más cerca de ella y la cuidamos, está superando sus nervios.**

COMADRE Y VECINA DE VANESSA

“En la mañana la acompañamos a desayunar y caminar cerca de casa. No la dejamos sola hasta que el esposo llega. Tiene mejor control, ya se le quito el pesimismo”.

Sesión 7. Use prácticas de re-integración e incorporación

- Vivimos varias historias a la vez no podemos explicar nuestra vida sólo desde un punto de vista, por eso consideramos que los seres humanos tenemos vidas con historias múltiples.
- Esto permite la creación de una historia alternativa.
- Terapeuta. En el Diario salió esta entrevista, la repetimos ahora con la historia que hemos construido.
- Reconecte a los consultantes con representaciones internas miembros de su familia o de la red social que le brindan apoyo y le son significativos.
- Como puede observarse, la co-creación entre terapeuta y consultante de una historia alternativa al problema es el punto clave de la práctica narrativa.
- Terapeuta. Estas afirmando que ahora Juan es muy popular en su trabajo.
- Juan «Si las bromas las pegan a la entrada de mi espacio de trabajo » , “solicite orina milagrosa por vasos y por botellas ,solicitud previa cita” otros han colocado “ si quiere conocer a juan llame al 1-800”
- Esos logros aislados juntos constituyen la historia alternativa, una historia que proporciona una identidad diferente a la que el problema pretendía.
- Como puede observarse, la co-creación entre terapeuta y consultante de una historia alternativa al problema es el punto clave de la práctica narrativa.

Sesión 8. Use medios literarios

- Use medios literarios para documentar y celebrar los nuevos conocimientos y prácticas. (Poesía)
- Certificados y premios
- Nuevas representaciones
- Declaraciones personales y cartas de referencia personales.

Conversaciones de externalización, de remembranza, de reautoria, ceremonias de definición, el uso de certificados, documentos, canciones, poesías, etc, terapéuticas, el árbol de la vida, el equipo de la vida, la cometa de la vida, el escudo etc.

Terapeuta. Entre la canción y la poesía, que elegirías para la nueva historia que estas construyendo.

Juan.- La poesía

Terapeuta. Encontré algunas Poesías, las leemos y eliges cual va en la historia.

Juan (luego de leer algunas) « esta, pero está muy larga »

Terapeuta. Puedes elegir otra

Juan. No, está pero solo quiero esta parte

Sesión 9. Facilite las prácticas de recepción y devolución

- Invite a los consultantes a hacer un reporte escrito de los nuevos conocimientos y prácticas para futuros consultantes con problemas similares
- Haga arreglos para que los nuevos consultantes conozcan a los consultantes que han solucionado problemas similares en la terapia.

Diario el universo 17/10/2016. El 16 de octubre a los 6 meses regresaron a lo que queda del centro comercial participaron de un oficio religioso y se abrazaron con sobrevivientes y familiares de ellos

Fragmentos de la Poesía escogida

No te rindas, aún estás a tiempo

De alcanzar y comenzar de nuevo,

Aceptar tus sombras,

Enterrar tus miedos,

Liberar el lastre,

Retomar el vuelo

No te rindas, por favor no cedas,

Aunque el frío queme,

Aunque el miedo muerda,

Aunque el sol se ponga y se calle el viento,

Aún hay fuego en tu alma,

Aún hay vida en tus sueños

Porque cada día es un comienzo nuevo,

Porque esta es la hora y el mejor momento.

Porque no estás sola, porque yo te quiero.

Juan. Es para mi esposa que sobrevivió a mi lado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Durrant, M; White, C. (1993) Terapia del abuso sexual. Barcelona: Gedisa.

Diario Manabita (20/04/2016)

Diario El Universo (17/10/ 2016)

Epston, D. (1994) Obras escogidas. Barcelona: Gedisa.

Freeman, J; Epston, D; Lobovits, D. (2001) Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego. Barcelona: Paidós.

Fried Schnitman, D. (2005) Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires: Paidós.

Myerhoff (1982, 1986), Ampilillo, M. (2009) Terapia narrativa: auto-aprendizaje y co-aprendizaje grupal. Xalapa: Publicaciones Ollin.

Payne, M. (2002) Terapia narrativa. Una introducción para profesionales, Barcelona: Paidós.

Recuperado//<http://cipra.cl/documentos/NarrativaPsicoterapiaConstructivistaConstruccionista-DiazOlguin.pdf>

White, M; Epston, D. (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.

White, M. (1994) Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002) El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002) Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos. Barcelona: Gedisa.

Winslade, J; Monk, G. (2011) Enfoque narrativo en contextos educativos: una nueva propuesta en orientación escolar. Madrid: Instituto de Orientación Psicológica Asociados, S.

**Caracterización de estudiantes con
capacidades diferentes y su inclusión universitaria
(characterization of student capabilities different and their
inclusion in university)**

Lorena Cecilia Luzardo

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí. Facultad de Psicología

Magister en Educación Superior

lorena.luzardo@uleam.edu.ec

RESUMEN

La presente investigación aborda la necesidad de analizar la realidad de la inclusión de estudiantes con Capacidades Diferentes y obtener datos relevantes de cinco casos de estudiantes con discapacidad.

Se planteó como objetivo identificar los estudiantes con discapacidad que estudian en Instituciones de Educación Superior de la ciudad de Manta y las condiciones que les ofrecen sus unidades académicas, para presentar una propuesta de inclusión universitaria, que responda a los retos para el perfeccionamiento que promueven los avances científicos académicos. Siguiendo el paradigma cualitativo de la investigación se consideró la aplicación del método inductivo-deductivo, en virtud del estudio realizado en cada Unidad Académica; el método descriptivo, que permite detallar como están estructuradas física, académica y descriptivamente cada una de las facultades. Se trabajó con una muestra de estudiantes, directivos y autoridades a las que le fueron aplicadas entrevistas a profundidad, encuestas así como la observación científica. Todo ello permitió identificar las barreras y

limitaciones de la inclusión social, así como las fortalezas y potencialidades para su aplicación.

Palabras clave: Identificar, Inclusión educativa universitaria, Equidad, barreras.

SUMMARY:

This research deals with the need to analyze the reality of the inclusion of students with different abilities and get relevant data of five cases of students with disabilities.

He said aims to identify students with disabilities studying at institutions of higher education in the city of Manta and the conditions that they offer their Academic units, to present a proposal to include College, that responds to the challenges for development that promote academic scientific advances. Following the paradigm qualitative research was considered the implementation of the inductive deductive method, under the study conducted in each academic unit; the descriptive method, which allows you to detail as they are structured physical, academic and descriptively each of the faculties. He worked with a sample of students, managers and authorities that were applied you interviews, surveys as well as scientific observation.

This allowed us to identify barriers an limitations of social inclusion, as well as the strengths and potential for its application.

Key words: Identify, University educational Inclusion, equity, barriers

INTRODUCCIÓN

Al asumir la responsabilidad de realizar un estudio dentro del predio universitario; de acuerdo a la necesidad de analizar la realidad de la inclusión de estudiantes con Capacidades Diferentes, se determina la situación del ideal de educación superior y

lo que efectivamente ocurre en la práctica, donde "a pesar de existir grandes avances legislativos, hay múltiples factores que limitan su cumplimiento" (Moreno, 2006: 147). y bajo esta iniciativa se propone la realización de un diagnóstico poblacional y el análisis de estos datos.

Es necesario observar la realidad de lo que sucede en los predios universitarios y antes de eso, lo que ocurre en la educación media, básica e inicial en Ecuador, para ir disminuyendo brechas y abriendo posibilidades al desarrollo de grupos con derecho de superación educativa, hasta ahora logrado por muy pocos, pretendiendo lo que Ainscow y Mil, 2001, afirman en su artículo "Por una Educación Para Todos que sea inclusiva: ¿Hacia dónde vamos ahora?", sobre todo cuando se plantea a través de una "noción ampliada de 'todos' y una mayor estima de la 'diferencia' en el sistema" UNESCO, La educación inclusiva: el camino hacia el futuro, 2008".

La experiencia, en su estado inicial, fue bien acogida, sobre todo por quienes han participado en el desarrollo de la misma. Apoyándose en las Encuestas se ha complementado la información con entrevistas a los departamentos y autoridades, evidencia que se encuentra en los respectivos registros.

Este estudio, contó con la participación de horas prácticas de 35 estudiantes universitarios, quienes colectaron información en las facultades seleccionadas a conveniencia; y, se basa en la observación y entrevistas a estudiantes, directivos y autoridades dentro del campus universitario y cuyas percepciones han sido caracterizadas en identificar estudiantes con capacidades diferentes ante el reto de la inclusión universitaria.

Esta investigación constituye un importante aporte, para conocer la población de estudiantes con capacidades diferentes, las fortalezas y debilidades en temas de Inclusión universitaria, considerándose que la causa de la discapacidad *radica predominantemente en los obstáculos que impone el entorno a las personas, situación que se ve reflejada en todo el mundo y que ha sido ratificada por el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS, 2011).*

Objetivo general

Identificar los estudiantes con Capacidades diferentes y las condiciones que ofrecen las unidades académicas en el proceso de Inclusión de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

METODOLOGÍA

Se consideró la aplicación del método inductivo-deductivo, en virtud del estudio realizado en cada Unidad Académica; es decir se partió de lo particular para llegar a la generalización del resultado global.

Se aplicó también el método descriptivo, mismo que nos permitió detallar como están estructuradas física, académica y descriptivamente cada una de las Unidades.

A los métodos antes referidos se sumó el bibliográfico con la finalidad de obtener información que fundamente el marco teórico.

Entre las técnicas utilizadas, estas giraron en la Observación, el Cuestionario y la Entrevista a profundidad.

En cuanto a la selección de los estudiantes respecto a que, los entrevistados deben ser escogidos de acuerdo a la conveniencia de lo que se investiga, como expresan Rodríguez, Gil y García (1996), aceptando colaborar y participar en el estudio, lo cual creyeron importante.

Palacios, 2008 afirma que la metodología cualitativa, facilita el análisis social de la discapacidad.

En el presente estudio los criterios que se consideraron para la selección final de los participantes:

- a.- Estar legalmente matriculado en la Universidad laica Eloy Alfaro de Manabí
- b.- Tener aprobado el 75% de asistencia a clases

c.- La aceptación de los estudiantes en el cumplimiento del compromiso en calidad de informantes.

Para el estudio se escogió 10 Unidades académicas y se seleccionó cinco estudiantes con capacidades diferentes como informantes.

Los estudiantes participantes de la investigación en número de treinta y cinco, organizados a través de charlas previas y un cronograma rigurosamente planificado y ejecutado, recolectaron información. A través de una selección intencional y no al azar; concordando con lo que Rodríguez, Gil y García (1996) expresan sobre la selección de los entrevistados, los cuales deben ser escogidos de acuerdo a la conveniencia de lo que se investiga.

El nivel de interés que mostraron los invitados fue diverso, entre mediano y bajo, por la incertidumbre y el estigma de la discapacidad, pues sienten que el rechazo es parte de su vida.

Se distribuyó a los estudiantes responsables de coleccionar la información, en las diferentes unidades académicas, los cuales denominaron a los alumnos encuestados con seudónimos para proteger su identidad, respetando su decisión de anonimato otros en cambio pedían que sus mensajes se hicieran conocer, tomándose fotografías con los Encuestadores.

Colaboraron estudiantes y personal administrativo y de servicio de la Universidad Se considera como primera fuente la Secretaria de cada Unidad y el Departamento de Bienestar Estudiantil.

Protocolo e instrumentos

El protocolo aplicado fue diseñado acorde a las normas de ética de la APA, informándose del objetivo de la encuesta y Entrevista

Los instrumentos son: una entrevista y una Encuesta frente a las barreras que se encuentran en el contexto universitario.

La Encuesta y Entrevista semi estructurada, cuyo diseño fue basado en el asesoramiento del Lcdo. Ítalo Bello, docente de Metodología de la Investigación, y cuyas percepciones han sido categorizadas en **identificar estudiantes con capacidades diferentes** ante el reto de la **inclusión universitaria**. A partir de esta noción, se da respuesta al siguiente cuestionamiento:

¿Cómo se identifican los estudiantes con Capacidades Diferentes?.

¿Existe un diagnóstico poblacional de los estudiantes con discapacidad en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí?

¿Cuáles son las dificultades que encuentran los estudiantes con Capacidades diferentes en la Universidad?

Las entrevistas se realizaron a los departamentos y autoridades:

La aplicación del instrumento se realizó aplicando todas las indicaciones y para el análisis se consideró la información de los datos suministrados por los informantes y las opiniones de expertos.

Esta herramienta fue aplicada tomando en consideración las jornadas matutina, vespertina y nocturna de los días laborables lunes hasta el final de las actividades escolares del día viernes.

Para el acercamiento y coleccionar información general de los participantes, se estimó un tiempo de 35 minutos.

RESULTADOS

Identificación de estudiantes con Capacidades Diferentes.

Involucrados Unidades	Identificación de estudiantes con Capacidades Diferentes	Obstáculos para estudiantes con Capacidades diferentes en la Universidad.
Informante D. F Unidad 1	Sin carnet	Barreras y escaleras que impiden el acceso a las Unidades y a las aulas
Informante D. V Unidad 2	Registro codificado en Unidad académica	Sin Apoyos tecnológicos
Informante D.F Unidad 3	Archivo en Bienestar	No hay número suficiente de máquinas para todos los alumnos. Acceso a Tics
Informante D,V Unidad 4	Carnet de discapacidad	Sin programa para personas ciegas en la Biblioteca
Informante D.A Unidad 5	Diagnóstico establecido, sin carnet	Barreras en la comunicación

Fuente elaborada por la autora.

DISCUSIÓN

En la introducción de este proyecto se mencionan los objetivos que se desean lograr para cumplir con la demanda de la investigación.

Es importante considerar que en materia de inclusión universitaria a personas con discapacidad, aún no se evidencia mayores avances, partiendo desde las

edificaciones en la Institución de Educación Superior, pues no presentan en su mayoría modificaciones y accesos para estudiantes con discapacidad.

Por otro lado los entrevistados quienes brindaron información referente al tema no confirmaron tener planes de acción que pongan a efecto compromisos que regulen y coordinen los esfuerzos, en pro de la integración educativa de las personas con discapacidad, sin embargo es importante destacar que de manera muy interna han tomado iniciativas propias para aportar en la inclusión.

CONCLUSIÓN

- Con la investigación se logra de manera acertada identificar a los estudiantes con capacidades diferentes y su inclusión dentro de la Institución de Educación Superior, a su vez resaltar los puntos que hay que cubrir y considerar para llevar a cabo una implementación adecuada no solo en infraestructura, sino también en lo medular, en reforma académica.
- Se enfoca y cumple los objetivos planteados.
- La infraestructura de las distintas unidades académicas son limitantes para el fácil desplazamiento y acceso a sus salones de clases, ya que se ha logrado poco para que los directivos proyecten adecuaciones tanto en infraestructura como en pensum académico.
- A pesar de existir disposiciones legales para la inclusión de estudiantes con discapacidad se observa que algunos catedráticos no han considerado esta disposición como una necesidad educativa sino como una reforma constitucional, por lo que no es tomada de manera voluntaria sino como ley.
- A través del proceso de investigación se concluye, que la inclusión educativa debe darse en todo el ámbito académico, ajustándose a lo que proclama la Constitución, Capítulo IV, De los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Sección Octava. De la Educación:

“Art. 66: La educación es derecho irrenunciable de las personas, deber inexcusable del Estado, la sociedad y la familia; área prioritaria de la inversión pública, requisito del desarrollo nacional y garantía de la equidad social. Es responsabilidad definir y ejecutar políticas que permitan alcanzar estos propósitos...."El Estado garantizará la educación la educación para las personas con discapacidad.

- Este trabajo realiza un análisis detallado del proceso de la investigación, lo cual incrementa en gran proporción las probabilidades de pertinencia y viabilidad ya que de ante mano se conoce lo que se quiere lograr y cómo se va a hacer para lograrlo.

RECOMENDACIONES

Convencidos de que la excelencia académica es uno de los objetivos de la Universidad y, luego de haber analizado la realidad de los estudiantes con discapacidad dentro de los predios universitarios se recomienda:

- Capacitación continua a los docentes, a través de talleres, con investigadores educativos como Facilitadores, con el fin de adquirir conocimientos sobre los recursos y metodologías para enfrentarse a nuevas situaciones, en el caso de tener en su sala de clases a estudiantes con discapacidad o como conocimientos previos si es que no tienen estos estudiantes.
- Que cada unidad académica realice un proyecto para hacer cambios, modificaciones, en la infraestructura, eliminación de barreras arquitectónicas, etc.
- Contribuir al libre ingreso, permanencia y culminación de una carrera universitaria.
- Se recomienda luego del análisis realizado recabar, procesar y sistematizar información sobre los tipos de discapacidad que presentan sus estudiantes y en base a esto, crear las adecuaciones

importantes para su desplazamiento y apoyo académico con implementos referentes a su necesidad. Así mismo, se recomienda generar información en relación a:

- Sensibilización en temas de discapacidad en la comunidad universitaria
- Eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y de accesibilidad al transporte.
- Adaptaciones tecnológicas
- Adaptaciones curriculares
- Impartir charlas informativas a todos los estudiantes con el objetivo de hacerlos conscientes de la importancia de la inclusión de estudiantes con discapacidad en la formación universitaria.
- Facilitar las vías para el ingreso físico de los estudiantes con discapacidad a la universidad, como sillas de rueda para facilitar su movilización desde la entrada hasta las diferentes dependencias de su facultad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ainscow, Mel, Desarrollo de escuelas inclusivas. Ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares, Madrid, Narcea, 2001.

UNESCO, La educación inclusiva: el camino hacia el futuro, 2008”.

Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS, 2011).

Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS, 2011)

[Laboratorio de cómputo de ingeniería](#) de la universidad la Salle, 2014.

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía” (CIDDM)”, 1980

Naciones Unidas y Asociaciones Internacionales, La Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, (1998)

Onmeda, Daños en las estructuras que transmiten el sonido. (2012)

Luckasson y cols, El funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa conceptuales., 2002, p. 8

AAMR (American Association on Mental Retardation) 1992

Plus, “Padres y educadores atendiendo a tiempo la discapacidad y derivación a los especialistas, 2015

Céspedes-Oporto, Víctor Hugo, IMPOSIBILIDAD PARA VER., 2012 SEP, Tipos de discapacidad, 2009

Céspedes-Oporto, Víctor Hugo, Revista Médico Científica "Luz y Vida", (2012)

Constitución, Capítulo IV, De los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Sección Octava. De la Educación: “Art. 66

I Congreso Iberoamericano Visión 2020 (Argentina, 2004), Hoffman, Donald, Derecho individual y social. (2000).

Plus, Padres y educadores para detectar a tiempo estos casos y dirigirlos a los especialistas. 2015

**Embarazo precoz en la ciudad de manta
y sus implicaciones psicosociales
(early pregnancy in the manta city and psychological
implications)**

Lourdes Arias Ruiz

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí – Facultad de Psicología

Médico-Cirujano; Psicóloga General.

liarias2009@hotmail.com

RESUMEN:

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), la adolescencia se define como el periodo etario comprendido entre los 10 y los 19 años pudiendo dividirse en tres etapas: temprana, media y tardía, etapas con grandes implicaciones en cuanto al inicio de la sexualidad y los consecuentes riesgos que esta implica en los adolescentes. Se realizó un estudio analítico, cuali-cuantitativo de corte trasversal, con el propósito de caracterizar y establecer la relación estadística entre el embarazo adolescente y sus efectos en la esfera psicosocial de la adolescente, como resultado de esto se determina que son múltiples las connotaciones de morbilidad además de las implicaciones sociales como: deserción escolar que se resume en empleos menos remunerados e insatisfactorios, violencia doméstica, consumo de drogas, baja autoestima, mayor índice de divorcios, depresión adolescente y una relación inversamente proporcional en cuanto a edad del primer embarazo y el número de hijos a futuro.

Palabras clave: Adolescencia, mortalidad, deserción escolar, pobreza, autoestima.

SUMMARY

According to the World Health Organization (WHO), adolescence is defined as the period between 10 and 19 years old. It is divided into three stages: early, middle and late, all with large implications for the onset of sexuality and the consequent risks that this implies in adolescents. We conducted an analytical, correlational study crosscut, in order to characterize and establish the statistical relationship between teen pregnancy and the effects on the psychosocial sphere of adolescent, as a result it is determined that there are multiple connotations of morbidity plus the social implications such as

dropout summarized in lower paid and unsatisfying jobs, domestic violence, drug abuse, low self-esteem, higher divorce rate, teenage depression and an inversely proportional relationship in age at first pregnancy and the number of future children

Key words: Puberty, mortality, dropping out, poverty, self esteem.

INTRODUCCIÓN

La maternidad precoz es el embarazo que se origina en una mujer adolescente; que pasa entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia. Siendo que las edades que comprenden esta etapa según la organización mundial de la salud van de los 10 a los 19 años. El término también se representa a las mujeres embarazadas que no cumplen la mayoría de edad jurídica, que varía según los diferentes países, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen (Alfaro, Chacon, Garcia, & Gomez, 2015)

En la actualidad el embarazo en la adolescencia constituye un serio problema. Varias son las razones que explican esta situación.

La Organización Mundial de la Salud, señala que al concluir el 2015 aproximadamente 16 millones de adolescentes entre 15 y 19, y 1 millón de niñas menores de 15 años, tiene un bebe, cada año. (OMS, 2015)

Las complicaciones asociadas al embarazo y el parto en la adolescencia, constituyen la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15-19 años de edad en todo el mundo. La mortalidad infantil en madres menores de 19 años es sumamente superior, en comparación con mujeres mayores de 20 años. (OMS, 2015)

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a adquirir un embarazo no planeado y una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH, por el alto grado de promiscuidad. La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años. (Vallejo Baron, 2013)

Las implicaciones sociales del embarazo adolescente incluyen entre las más importantes deserciones escolares que se resume en empleos menos remunerados e insatisfactorios, violencia doméstica, consumo de drogas, baja autoestima, mayor índice de divorcios, depresión adolescente y una relación inversamente proporcional en cuanto a edad del primer embarazo y el número de hijos a futuro.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio analítico, cuali-cuantitativo de corte trasversal, con el propósito de caracterizar y establecer la relación estadística entre las principales variables de morbilidad y las implicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital “Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, en el primer semestre del año 2015. En función de dar salida a los objetivos previstos en el estudio, se ha diseñado un protocolo de investigación que asume la metodología cuantitativa y cualitativa.

El análisis de los datos que se han obtenido como parte del estudio, se realizó mediante el proceso de triangulación. Se utilizaron estadígrafos que propone la estadística descriptiva. Como parte de las técnicas utilizadas se ha organizado un análisis de documentos, en función de revisar y sistematizar el contenido de los registros estadísticos del Hospital, así como las historias clínicas de las pacientes y el método de entrevista y encuesta aplicada a estudiantes de diferentes colegios de Manta.

Métodos:

Métodos Teóricos:

Análisis- Síntesis: Mediante este método se analizan los componentes del objeto de estudio, se examinan sus características y sus relaciones internas. Una vez concluida esta etapa, se procede a reunir racionalmente los elementos que forman parte de este objeto y se realizará suposiciones, en función de proponer explicaciones tentativas a la cuestión que se investiga.

Método Hipotético- deductivo: Con este método se partirá de una hipótesis propuesta, a partir de la inferencia inicial como resultado de los datos empíricos. Mediante este método y un grupo de procedimientos lógicos-deductivos se podrá llegar a conclusiones particulares a partir de la hipótesis planteada, mediante la comprobación empírica. **Medición científica:** se utiliza para el análisis cuantitativo en términos de distribución de frecuencias de las variables e indicadores que forman parte del estudio, a partir de la asignación de valores a estas. Como parte de este se establecen las comparaciones de magnitudes, se evalúan y se representan en tablas de distribución de frecuencias de doble entrada.

Hipótesis:

Existe relación estadísticamente significativa entre el embarazo adolescente y el aumento de la morbilidad con el consiguiente riesgo psicosocial en adolescentes atendidas año 2015, en el Hospital “Rodríguez Zambrano”, en la ciudad de Manta.

Universo y muestra

El universo está integrado por el total de mujeres embarazadas que fueron atendidas para trabajo de parto en el hospital “Rodríguez Zambrano” durante el primer semestre del año 2015. De tal forma que el universo estuvo integrado por N=1152.

Se realizó un muestreo aleatorio sistemático, para ello se trabajó con las pacientes adolescentes, con embarazo a término y a las que se les realizó trabajo de parto en esta institución. Para establecer la muestra se realizó cálculo del salto sistemático a través de salto “k”.

Criterios de selección de la muestra:

1. Pacientes reportadas en los registros de embarazadas del periodo señalado.
2. Cumplimiento del criterio de edad en años cumplidos de la paciente, en función de encontrarse en la adolescencia como etapa.
3. Pacientes que hayan llegado a término del embarazo, con o sin complicaciones pre y perinatales.
4. Consentimiento de la institución para realizar el estudio.

Cálculo del intervalo k: N= 1152

K= 296

F-k= 3.8 (Intervalo es selección de casos para la muestra)

Operacionalización de variables

Variable independiente

- Perfil sociodemográfico

Concepto: serán considerados todos los elementos socio- demográficos que han mostrado relación con el riesgo en el embarazo. De igual forma se han hecho coincidir los elementos socio-demográficos que forman parte de la historia clínica de las pacientes.

Dimensiones: Factores de riesgo asociados a morbilidad materna

Indicadores: grupos etarios, lugar de residencia **Instrumentos:** Historias clínicas/ Partes diarios

Variable dependiente

- Morbilidad asociada

Concepto: Se considera como morbilidad asociada todas las alteraciones que como resultado del embarazo y parto se hayan presentado en las pacientes. Se toma en cuenta las que se hayan registrado por el medico de asistencia.

Dimensión 1:

Morbilidad materna: Dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, parto o puerperio de la adolescente que comprometen su bienestar de manera transitoria o permanente

Indicadores: trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal, anemias

Instrumentos: Estudio estadístico de partes diarios.

Dimensión 2:

Implicaciones psicosociales: Está dada por los factores predisponentes del embarazo temprano y las consecuencias psicológicas y sociales posteriores al nacimiento del niño.

Indicadores: Condiciones socioeconómica baja; ser hijas de madres adolescentes, falta de información, deserción escolar.

Instrumentos: Encuestas a estudiantes de colegios de Manta, total 1282 estudiantes.

Gestión de datos

Para la búsqueda de la información necesaria se ha identificado técnicas y procedimientos, organizados en una lógica, que permite dividir la investigación en dos etapas, en función de alcanzar los objetivos previstos, el proceso se ha organizado de la forma en que se describe:

- **De obtención de la información:**

Análisis de registros estadístico, análisis del contenido de las historias clínicas, y encuestas aplicadas a 1282 estudiantes adolescentes de los colegios de Manta.

Principal(es) variables de medición de la respuesta.

- **A partir de análisis de los registros estadísticos y las historias clínicas:** Se analizó el estado de las variables

sociodemográficas asociadas al embarazo en las pacientes estudiadas. La característica clínica de riesgo se realizó mediante el análisis de los partes diarios de las adolescentes atendidas en el HRRZ, y el análisis de resultados de las encuestas aplicadas.

Procedimiento para dar salida a los objetivos:

- 1. Establecer el perfil sociodemográfico y de riesgo en las adolescentes estudiadas:** Se seleccionaron las pacientes de acuerdo a los criterios establecidos con anterioridad. En función de ello se realizó un análisis documental de los registros estadísticos, con el propósito de obtener toda la información relevante en relación a las categorías descritas para este resultado. La información obtenida se ubicó en una base de datos construida al efecto, en esta se establecieron códigos que permitieron evaluar frecuencia.
- 2. Analizar el estado de la morbilidad asociadas al embarazo en las adolescentes estudiadas:** previa determinación de posibles factores de riesgo a partir de la literatura revisada, se ha diseñado una **guía de registro de datos** que permite identificar y distribuir la frecuencia de aparición de los factores determinados en cada paciente, una vez obtenidos los datos se ubicaran en la base de distribución de frecuencias. Se asume como morbilidad asociada los indicadores que por su frecuencia muestren alta relevancia en las pacientes y se correspondan o no con los descritos en la literatura científica consultada.
- 3. Establecer la relación estadística entre los factores de riesgo identificados el estado de la morbilidad en las pacientes estudiadas:** Para el análisis de la relación estadística entre las variables, se efectuó evaluación de independencia y homogeneidad a través del cálculo de Chi cuadrado, teniendo en cuenta un nivel de significación ($\alpha=0,05$).

4. **Identificar las consecuencias psicosociales:** Se realiza un análisis estadístico porcentual de respuestas afirmativas y negativas, de un cuestionario que investiga desde inicio de vida sexual y una serie de preguntas que estiman el riesgo del embarazo temprano y sus consecuencias.

De procesamiento, análisis, resumen y presentación de la información (Técnicas de análisis estadístico).

La información se obtuvo a través de revisión de las historias clínicas y las entrevistas con encuestas aplicadas, Los resultados de la gestión de información fueron depositados en una base de datos y se le aplicaron técnicas de análisis de probabilidades (análisis de distribución del estadígrafo), y métodos de análisis no paramétrico. Se realizó un análisis de la relación entre variables.

Procesamiento estadístico:

El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el uso de la estadística descriptiva. Para ello se realizó un cálculo de medidas y proporciones de tendencia central para variables numéricas y categóricas, prueba de chi cuadrado para valorar la asociación estadística entre las variables, con un cálculo a razón de momios para evaluar la fuerza de asociación entre variables, con intervalo de confianza del 95% para cada estimador. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 6.04 y se consideró un valor de alfa igual o menor de 0.05 estadísticamente significativo.

Criterios éticos de la investigación

Esta investigación se basa en los principios éticos que rigen los estudios con seres humanos. Para garantizar el cumplimiento de los principios éticos en el estudio, este fue evaluado por el comité de ética y el consejo científico de la Facultad de Psicología de la ULEAM y el Hospital “Rodríguez Zambrano” en la ciudad de Manta, y su ejecución estuvo sujeta a la aprobación o suspensión de ambos órganos. Asimismo, el manejo de datos para el estudio de las pacientes, serán regulados bajo los principios éticos de la institución.

RESULTADOS:

El estudio estadístico, determina que el 48,44 % de la población que se atendió en el primer semestre del año 2015 en el área de gineco-obstetricia del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, correspondió a la población adolescente comprendida entre 13 y 19 años de edad.

En base a los resultados estadísticos obtenidos de los diagnósticos de los partes diarios una vez que se atendieron los partos de las adolescentes, se observa que sólo el 37,5 % de la población presentó un parto sin complicaciones, el resto de la población presenta algún diagnóstico de morbilidad, de los cuales el que más llama la atención es la estrechez pélvica de la adolescente que lleva al feto a un sufrimiento fetal. Tal como se observa en la tabla N°1.

Las Encuestas realizadas a 1282 estudiantes en los diferentes colegios de Manta, arroja un resultado que está relacionado con los factores predisponentes del embarazo temprano, teniendo que un 65,38 % de los estudiantes responde no haber tenido ninguna información referente a la sexualidad recibida por sus progenitores. Otro dato relevante corresponde a la edad temprana en la que las madres de los adolescentes tuvieron a sus hijos, este porcentaje corresponde al 38,9 de la población. Tabla. N°2. Sin embargo, a pesar que cerca del 90 % de población afirma que la adolescente embarazada no debe abandonar su estudio, en

entrevista con el DECE, manifiesta que las adolescentes cuando se embarazan abandonan sus estudios o tienen grandes dificultades para estudiar, bajando su rendimiento. Ni los padres ni los docentes cumplen con una función educadora respecto a educación sexual. Un resultado importante que se obtiene preguntando indirectamente sobre el inicio de la vida sexual, aparecen adolescentes en etapa temprana con inicio de vida sexual, y el mayor porcentaje 31 % de la población masculina y femenina ya iniciaron su vida sexual, con mayor frecuencia en varones.

MORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Otras obstrucciones del trabajo de parto	3	1,0
Parto múltiple	3	1,0
Parto prematuro	15	5.1
Parto único espontaneo	111	37.5
Parto único por cesárea	26	8.8
Ruptura prematura de las membranas	29	9.8
Trabajo de parto obstruido debido a anormalidad de la pelvis materna	37	12.5
Trabajo de parto obstruido debido mala posición y presentación anormal del feto	25	8.4
Trabajo de parto prolongado	4	1.4
Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical	7	2.4
Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal	36	12.2
Total	296	100.0

Fuente: Registros estadísticos Hospital Rodríguez Zambrano, Manta 2015

Encuesta	si	no
Hijos de madre adolescente	38%	62%
Educación sexual por sus padres	34,62%	65,38%
La adolescente debe dejar estudio	9%	91%
Educación sexual por sus docentes	46%	54%

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta aplicada 2015.

4. Señala con una X el grupo de edades de amigas que haya tenido relaciones sexuales

13-14	si	%	np	%	total
Mas	7	6%	38	16%	45
Fem	7	4%	67	9%	74
15-16	si	%	no	%	total
Mas.	25	9%	93	21%	118
Fem.	18	4%	164	10%	182
17-18	si	%	no	%	total
Mas.	13	10%	53	20%	66
Fem.	8	5%	51	14%	59
Total Encuestados					544

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta aplicada 2015.

DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes se constituye una situación de salud, psicológica y social que preocupa a la sociedad en general. En la actualidad se evidencia un incremento en el número de jóvenes que se embarazan, poniendo en riesgo su

salud y la del producto de la concepción, así como el círculo de pobreza por la multiparidad posterior.

Varios son los factores sociodemográficos que se han asociado al embarazo en la adolescencia. En el caso de esta investigación se evidencia que la edad promedio de las adolescentes estudiada es de 17.4 años, en un rango de 13 a 19 años y evidencia una disminución significativa de la edad en que las adolescentes se embarazan.

Este resultado traduce dos cuestiones fundamentales, por un lado, la disminución de inicio de las relaciones sexuales y por otro la falta de protección en el acto sexual. Esta cuestión ubica a las adolescentes en una situación de alto riesgo, dada la imposibilidad de ejercer, en su mayoría, una maternidad responsable. En la encuesta se encuentra un porcentaje significativamente alto de adolescentes con vida sexual entre 15 y 17 años, y aparecen, aunque en menor proporción inicio de vida sexual desde los 12 años.

En el proceso de esta investigación se analizan aspectos clínicos significativos asociados al embarazo en adolescentes, así como los aspectos psicosociales que rodean al adolescente en riesgo. En tal sentido se aprecia que más de la mitad de las adolescentes estudiadas, presentaron algún problema de salud al ingreso, que aportaron a la incidencia de los riesgos que implica un parto a temprana edad.

El comportamiento de la morbilidad, según los criterios establecidos para las adolescentes estudiadas, constituye una variable de vital importancia en este estudio. La investigación demostró que solo el 37% del total de adolescentes analizadas no presenta alteraciones asociadas al embarazo prematuro. Por su parte el 25% presenta alteraciones asociadas a obstrucción del parto por la fisiología de la madre en su condición de adolescente y sufrimiento fetal, asociado o no a esta situación. Se destacan dentro de otras complicaciones la ruptura prematura de las membranas y el trabajo de parto obstruido debido mala posición y presentación anormal del feto.

Por otra parte, en parte de las interrogantes que se aplica en las encuestas, se nota con claridad que existe una falta de educación sexual tanto por padres de familia como de docentes, por el porcentaje de 36 y 46 % respectivamente de información recibida por ellos, lo que nos indica que el conocimiento en este sentido viene por sus pares o por medios de comunicación existentes. El otro indicador que preocupa es el inicio de la vida sexual, con mayor porcentaje entre 15 y 17 años, y con pequeño, pero ya significativo porcentaje a los 12 años, mismo que es un factor desencadenante de embarazo precoz. No es novedoso que investigaciones anteriores señalan que la cadena de embarazo precoz está iniciada ya por la progenitora de las adolescentes con embarazo precoz, por lo cual no falta la pregunta en la encuesta y el resultado obtenido corresponde al 38 % de la población, esto hace pensar en que el 48 % de la población total de adolescentes atendidas en el Hospital Rodríguez Zambrano podría tener implícita esta teoría y un 10 % adicional corresponden a los otros factores del embarazo precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, A. C., Chacón, D., García, A. A., & Gómez, Y. S. (2015). Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. *Early Pregnancy: Impact on Family Health and Society*, 31(3), 376–383. Retrieved from <https://ezproxy.eafit.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116562939&lang=es&site=eds-live>
- Arias, Kendall V., & Roman, C. V. (2014). Ruptura prematura de membranas. *Ginecología Y Obstetricia de México*, LXXI(613), 719–723.
- Canales, I. R., & Veliz, R. V. (2015). Morbi-Mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”. IV. *EsSalud*. -Trujillo. 01 enero-2013 al 31 diciembre-2014, 1(4), 53–72.

- Cancino, A. M., & Valencia, M. H. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*, 83, 294–301.
- Chacko, M. (2016). El Embarazo En Adolescentes. *Comision Bicameral Del Sistema de Bibliotecas*, 4, 1–154. Retrieved from claudia.gamboa@congreso.gob.pe
- Cuenca, L. C., Atienzo, E. E., López, L. S., & Prado, B. H. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas Introducción. *Gaceta Médica de México*, 149, 299–307. Retrieved from http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm133i.pdf%5Cnhttp://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf
- Espinosa, M. G., Arévalo, L. R., & Sánchez, C. O. R. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(2).
- Hurtado Murillo, F., Donat Colomer, F., Colomer Revuelta, J., Pla Ernst, E., Sánchez Guerrero, A., Sarabia Vicente, S., & Cantero Llorca, J. (2014). Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatria de Enlace*, (111), 62–78. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906940&info=resumen&idioma=SPA>
- Lori A Bastian, MD, M., & Haywood L Brown, M. (2016). Clinical manifestations and diagnosis of early pregnancy. *UptoDate*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-early-pregnancy?source=see_link
- Menéndez, G., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Castellanos, J. E. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente Pregnancy and

- its complications in adolescent mothers. *Revista Cubana de Obstetricia Y Ginecología*, 38(3), 333–342. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>
- Vallejo Baron, J. (2013). Embarazo en Adolescentes. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX*, 5(605), 65–69. Retrieved from www.gerenciasocial.org.ve
- Avila, D. J., & Paredes, J. M. (2005). *Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública de Ecuador.* Retrieved **from** http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=54&Itemid=
- Barrera Sánchez, L. F., Manrique Abril, F. G., & Ospina Díaz, J. M. (2016). Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 0(48), 215–227.
- Brown, R. T., & Brown, J. D. (2006). Adolescent Sexuality, 33, 373–390. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2006.02.003>
- Cabrera, A. R., Ramos, G. S., Palú, M. E. C., & Cáceres, B. P. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161–174.
- Cáceres, V. A. S. (2015). Infecciones de Transmisión Sexual: Epidemiología y Prevención. *Revista Experiencia En Medicina Del Hospital Regional Lambayeque*, 1(2).
- Chirigliano, J. E. P. (2015). Adolescencia, adolescentes, ginecología y ginecólogos. *Anales de La Facultad de Medicina, Universidad de La República*,

Uruguay, 2(1), 9–20. Ecuador, M. D. S. P. (2015). Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Escobar, M. A. de D. (2013). Embarazo adolescente . Un desafío para la salud pública

Adolescent Pregnancy : a Public Health Challenge, 40, 207–208.

Fethers, K. A., Fairley, C. K., Hocking, J. S., Gurrin, L. C., & Bradshaw, C. S. (2008). Sexual Risk Factors and Bacterial Vaginosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 47(11), 1426–1435. <https://doi.org/10.1086/592974>

Kelley, J. C., & Biro, F. M. (2013). Normal Puberty. In *Practical Pediatric and Adolescent*

Gynecology (pp. 80–86). <https://doi.org/10.1002/9781118538555.ch14>

Lidia, D., Morffi, P., María De Los, D., Santos Blanco, Á., & Yenisey De La Paz Pérez, D. (2014). Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes Behavior of sexually transmitted infections in adolescents. *Acta Médica Del Centro*, 8(3). Retrieved from <http://www.revactamedicacentro.sld.cu>

Lores, R. R., Serrano, M. R., Verdecía, Y. G., Ramírez, R. R., & Manzano, J. L. P. (2015).

Lozano Vicente, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. *Ultima Década*, 22(40), 11–36. <https://doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>

Menéndez, G., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Castellanos, J. E. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente Pregnancy and its complications in adolescent mothers. *Revista Cubana de Obstetricia Y Ginecología*, 38(3), 333–342. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Salud de Adolescentes. Guía de Supervisión* (Primera ed). Quito.
- Sandoval, J., Mondragón, F., & Ortíz, M. (2015). Complicaciones maternas perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. *Revista Peruana de Ginecología Y Obstetricia*. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428183005.pdf>
- Sobel, J. D. (2015). Bacterial vaginosis. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis?source=search_result&search=vaginitis bacteriana&selectedTitle=1~96
- Triana, A., Rodríguez, J., Rodríguez, A., Espinoza, S., & Pino, M. (2013). Plan de acción para elevar conocimientos sobre embarazo y sus riesgos en adolescentes atendidas en el Hogar Materno Carlos J . Finlay Plan of acción to elevate

**Comprensión lectora y sus estrategias para el desarrollo de destrezas en los estudiantes: un estudio de caso
(reading comprehension and their strategies for the development of skills in students: a case study)**

Tomás Urcino Toala Castro

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí – Facultad de Psicología

Magister en Gerencia Educativa

tomastoala@yahoo.es

RESUMEN

Leer comprensivamente es imprescindible para el estudiante. Esto es descubrir por sí mismo la realidad en sus estudios. La comprensión se debe concebir como un proceso donde el lector relaciona la información que el escritor le presenta con la información que le da su experiencia. El objetivo de la investigación fue determinar las estrategias de comprensión lectora que se deben utilizar para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje a través del estudio de caso, para lo cual se tomó el Séptimo Año Básico de la Unidad Educativa “La Inmaculada” en el año lectivo 2013 – 2014. El marco teórico se fundamentó en las teorías de Piaget, para ello la metodología de investigación utilizada fue basada en la observación a los estudiantes y las entrevistas y encuestas a los docentes. Frente a esta realidad se ha estructurado un taller que cuenta con técnicas de aprendizaje que permiten a los maestros aplicar nuevas estrategias de comprensión lectora, con orientaciones elaboradas pedagógicamente y siguiendo un proceso lógico y sistemático.

Palabras clave: Comprensión lectora; destrezas; estrategias de enseñanza

SUMMARY

Reading comprehension is essential for the student. This is to find out for himself the reality in their studies. Comprehension should be conceived as a process where the reader relates the information that the writer presents with his own experiences. The aim of the research was to determine the reading comprehension strategies that should be used to enhance teaching learning through a case study in Seven Year of Basic Education at Immaculate School during the school year 2013-2014. The theoretical framework was based on the theories of Piaget. , To do the methodology used for this research was based on the observation, surveys, and interview to students and teachers. To give solution to the the research problem a workshop with learning tasks is presented, so that it allows teachers to implement new strategies for reading comprehension. This paper also gives elaborated pedagogical guidelines in a logical and systematic process.

Keywords: Reading; skills; teaching strategies

INTRODUCCIÓN

El interés por la comprensión lectora no es nuevo. Desde principios del siglo XX, los educadores y psicólogos Huey y Smith, (citados por Dubois, 1986), han considerado su importancia para la lectura y se han ocupado de determinar lo que sucede cuando un lector cualquiera, comprende un texto. El interés por el fenómeno se ha intensificado en años recientes, pero el proceso de la comprensión en sí mismo no ha sufrido cambios análogos.

Como en los años 60 y los 70, se postuló que la comprensión era el resultado directo de la decodificación, si los alumnos serían capaces de denominar las palabras, la comprensión tendría lugar de manera automática. Con todo, a medida que los profesores iban desplazando el eje de su actividad a la decodificación, comprobaron que muchos alumnos seguían sin comprender el texto; la comprensión no tenía lugar de manera automática. Dubois (1986)

En ese momento, los pedagogos desplazaron sus preocupaciones al tipo de preguntas que los profesores formulaban. Dado que los maestros hacían, sobre todo, preguntas literales, los alumnos no se enfrentaban al desafío de utilizar sus habilidades de inferencia, de lectura y análisis crítico del texto. Dubois (1986).

En la década de los 70 y 80 los investigadores, tanto de la enseñanza como de la psicología y la lingüística, teorizaron acerca de cómo comprende el sujeto. Es a través de ellos, que actualmente se concibe el fenómeno de la comprensión como un proceso en el cual el lector elabora un significado en su interacción con el texto (Anderson y Pearson, 1984, citado en Cooper, 1990).

Diferentes investigadores de la comprensión lectora y pedagogos en el campo de esa enseñanza (Roméu, 1992; Parra, 1989; Ruiz,1995; Mañalich, 1998; Casany,1998;García,1998; Segre, 1985; Anido,1998; Leyva, 2002), basados en distintas concepciones teóricas sobre el aprendizaje han establecido teorías de la comprensión lectora, de sus significados, ciclos de lectura, métodos y estrategias para utilizar en el proceso lector.

Henríquez (1975), García (1971), Garrama (1972), Alliend y Condemarin 1982) y Anido (1998), apuntan que leer es comprender. Criterio con el que se coincide y por el que se aboga en la enseñanza de la comprensión textual.

Solé (1997), divide el proceso en tres subprocesos a saber: antes de la lectura, durante la lectura y después de la lectura. Solé recomienda que cuando se inicia una lectura debe acostumbrarse a contestar las siguientes preguntas en cada uno de las etapas del proceso.

Sin duda uno de los problemas que más preocupa a los profesores de cualquier nivel es el de la comprensión lectora; frecuentemente se preguntan cómo enseñar a los alumnos a comprender lo que leen. Durante la última década tanto maestros como especialistas se han propuesto encontrar, desde una perspectiva crítica, nuevas estrategias de enseñanza, basadas en el mejor entendimiento de los

procesos involucrados en la comprensión de la lectura para incorporarlos al marco teórico que utilizan para enseñarla.

Interpretar implica, según Cassany, (1998) el contenido y la forma del discurso. Se coincide con estos porque sustentan la comprensión lectora desde un enfoque comunicativo y el alumno penetra en el texto desde todas las aristas lo que le permite comprenderlo cabalmente.

Según Roméu (1992), comprender significa entender, discernir, descifrar. Como proceso intelectual, la comprensión supone captar los significados que otros han transmitido mediante sonidos, imágenes colores y movimientos. Son diversas las vías que podemos emplear para transmitir un mensaje pero, sin lugar a dudas, ninguna más efectiva que el lenguaje articulado, lo que quedó definitivamente demostrado a partir de su explicación como "segundo sistema de señales" ofrecida por Pavlov.

Las más recientes concepciones acerca de la comprensión de textos, entienden este proceso como un proceso de construcción de significados por parte del receptor, en el que se aplican reglas de reducción de la significación. Quien comprende un texto, no reproduce el sentido de las oraciones individuales, sino que capta el sentido del discurso como un todo.

Además del conocimiento que el lector construye en este proceso, como recurso específico necesita de **estrategias** para operar con la información del texto. Es importante destacar que el uso de la estrategia es un fenómeno estable no atado a características de un idioma específicamente y que los lectores deben ser capaces de transferir las estrategias lectoras más exitosas a otros idiomas.

En cuanto a las estrategias que intervienen en el proceso de comprensión y que constituyen habilidades o destrezas que utiliza el lector al interactuar con el texto para obtener, evaluar y utilizar la información, estas pueden ser: *Estrategias para la activación de los esquemas previos. Estrategias relacionadas con el vocabulario, lenguaje y predicción. Estrategias relacionadas con las inferencias.*

Estas estrategias desarrollan las habilidades para deducir cierta información que no aparece literalmente en el texto, permiten al alumno elaborar proposiciones, a partir de sus propios saberes y completa el significado; se considera una destreza muy importante en la comprensión lectora.

En Secundaria, el objetivo que se propone, es que el alumno no solo capte el significado, sino que esté en condiciones de hacer una lectura crítica y creadora y de descubrir los medios lingüísticos empleados en la construcción del texto, así como el estilo en el que este ha sido construido.

La investigación realizada se trazó como objetivo determinar las estrategias de comprensión lectora que se deben utilizar para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje en los estudiantes de Séptimo Año Básico de la Unidad Educativa “La Inmaculada” en el año lectivo 2013 - 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Métodos.

Observación a los estudiantes del séptimo año básico de la Unidad Educativa “La Inmaculada”.

Entrevista a docentes que laboraban en el séptimo año básico de la Unidad educativa “La Inmaculada”

Encuesta a los docentes que laboraban en el séptimo año básico de la Unidad educativa “La Inmaculada”

Participantes

Se estudió a 44 niños del séptimo nivel de esta unidad educativa y 6 docentes que suman una muestra de 50 personas.

Procesamiento de la investigación

Para el desarrollo de la investigación y el procesamiento de la información, se siguió el proceso que siguiente:

- Se requirieron los permisos necesarios por parte de la Rectora de la Unidad Educativa “La Inmaculada”, para poder intervenir en la institución, realizando las observaciones necesarias para comprobar la hipótesis y se procedió a entrevistar a los profesores que laboran en el séptimo Año Básico de la Unidad Educativa “La Inmaculada”.
- Durante cinco días, se observó de manera sistemática, el manejo de las estrategias de comprensión lectora, para identificar los procesos que realizan u omiten los docentes en la aplicación del programa.
- Basado en los resultados de investigación, se planteó la estrategia metodológica con la cual se pretende potenciar la comprensión lectora en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a las observaciones realizadas a los niños y niñas del séptimo Año Básico de la Unidad Educativa “La Inmaculada” se encontró lo siguiente:

- 8 niños siempre se mostraron contentos durante las actividades de lectura, 11 niños casi siempre; 19 muy pocas veces demuestran entusiasmo y 6 no les gusta realizar actividades de lectura; lo que refleja que tienen muy poca predisposición para realizar actividades lectoras.
- Se observó que 5 niños siempre desean realizar lecturas, 12 casi siempre les llama la atención leer, 23 de los niños pocas veces les entusiasma leer, (solo cuentos y leyendas), y 4 no lo hacen. Lo que nos indica que hay que realizar lecturas que les motiven a los niños.
- Se apreció que 8 de los niños observados siempre hacen anticipaciones sobre el texto, 13 casi siempre tratan de adivinar los sucesos y 21 pocas

veces realizan anticipaciones sobre las lecturas; 2 no lo pudieron hacer ya que no escuchan y se distraen fácilmente; por lo que el maestro debe seguir trabajando con ejercicios de lectura comprensiva.

- Se constató que 26 niños muy pocas veces participan activamente de los ejercicios realizados en lecturas comprensivas, solo 9 de ellos no lo hicieron, por lo que hay que mejorar este aspecto para que todos colaboren activamente en las anticipaciones sobre el propósito del tipo de texto.
- Se notó que los niños y niñas observados pocas veces señalan personajes, objetos o lugares a partir de la lectura, 4 no lo hacen y 12 casi siempre lo hacen, 7 los ubican correctamente y en un menor tiempo. Se debe seguir realizando estos ejercicios que le servirán posteriormente en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Señalaron los principales sucesos durante las actividades de lectura: 8 niños siempre, 13 niños casi siempre; 23 muy pocas veces ejecutan las actividades de lectura; lo que refleja que prestan muy poca atención para realizar actividades lectoras.
- Se observó que 24 niños pocas veces parafrasea sobre el contenido del texto, mientras que 17 de ellos casi siempre lo hacen y a 12 siempre les entusiasma realizar el parafraseo de las lecturas. Lo que nos indica que hay que motivar a los niños y niñas con ejercicios prácticos para que exprese con sus propias palabras lo que piensa y siente sobre un texto leído.
- Se apreció que 6 de los niños observados siempre utilizan adecuadamente los signos de puntuación, 8 casi siempre tratan de utilizar las puntuaciones y 29 pocas veces usan las puntuaciones, pero 1 no lo puede hacer ya que no pone en práctica lo que el maestro indica en los ejercicios de lectura comprensiva.
- Se constató que 21 siempre utilizan el diccionario, 18 casi siempre y 5 muy pocas veces usan el diccionario. Pudimos constatar que les llama la

atención la búsqueda de palabras a las que no conocen el significado, por lo tanto el maestro debe realizar esta actividad más a menudo.

- Se notó que no les gusta realizar inferencias a partir de una lectura, 4 son los que siempre infieren y 7 casi siempre; se debe a la lectura silábica realizada lo que no le permite comprender y mucho menos inferir sobre la lectura leída.
- Observamos que 12 estudiantes siempre mantuvieron una actitud crítica, 15 casi siempre y 17 muy pocas veces mantuvieron una actitud crítica frente al texto leído; lo que manifiesta la no comprensión del texto de los niños y niñas.
- Apreciamos que 13 de los niños observados siempre su respuesta demostró comprensión del texto, 15 casi siempre y 16 muy pocas veces; por lo que se considera que comprenden la lectura cuando es leída por el maestro u otro compañero que sepa leer.

Resultados de la encuesta dirigida a los docentes que laboran en el séptimo año básico

Se muestra que 5 maestros, contestaron, que siempre seleccionan el material de lectura con anticipación y solo un profesor manifestó que a veces prepara con antelación. Por lo que se evidencia que la gran mayoría de los maestros planifica las actividades que realizarán con los estudiantes en sus horas clases.

El 60%, de los maestros encuestados indicaron que siempre realizan estrategias de acercamiento al texto, mientras que el 40% por ciento dice que a veces utiliza ejercicios de hipotetización. Se puede inferir que los maestros si se actualizan y aplican las estrategias requeridas para una educación de calidad.

El 60%, de los maestros respondieron que siempre emplean estrategias para que los estudiantes se planteen objetivos antes de la lectura, durante y después de la

lectura; 40% dijeron que a veces utilizan estrategias anticipadoras y ninguno respondió que nunca.

Al preguntar si el maestro aprovecha las imágenes de los textos para inferir datos del contenido de la lectura el 100% de los docentes respondieron que si utilizan la facilidad del material didáctico como figuras y gráfico, porque beneficia el proceso de enseñanza-aprendizaje, haciéndolo más llamativo y creativo para el estudiante.

El cien por ciento de los encuestados cree oportuna la aplicación de estrategias de lectura y consideran que el subrayado es una guía, y la realización de resúmenes crea oportunidades para que el niño y niña desarrolle sus habilidades y destrezas lectoras, desarrolla su autoestima y establece contacto social porque comparte con sus compañeros sus notas del texto.

Al preguntarles a los docentes si en el proceso de la lectura verifica si los estudiantes comprenden el contenido del texto, el 83% de los encuestados respondieron que siempre comprueban que los estudiantes comprenden el texto por medio de preguntas o utilización de cuadros cognitivos y 17% dijo que a veces lo hace porque da por hecho que los niños y niñas si comprenden el contenido del texto.

El 50% de los maestros encuestados indicaron que siempre realizan una lectura modelo para que los niños y niñas observen la pronunciación, vocalización y puntuación del texto leído. El 33% dicen que a veces lo realizan, porque ellos son los que tienen que leer y ellos corregir el error, para que los niños aprendan a realizarlo correctamente; y un 17% dice que nunca lo hace, que son ellos quienes tienen que leer.

El 50 % de los docente contestó que a veces utilizan las fichas de comprensión lectora, el 33%, encuestados indican que siempre la aplican, mientras que un profesor dice que nunca usa fichas de comprensión lectora, porque solo realiza preguntas orales, las mismas que son contestadas con prontitud por los educandos.

Por las respuestas se puede considerar que los maestros deben preparar fichas de aplicación lectora para comprobar la comprensión de los textos leídos.

El 50% de los maestros encuestados responden que siempre las preguntas plateadas apuntan a verificar los niveles de comprensión lectora de los estudiantes, un 33% indican que casi siempre y un 17% que a veces las interrogantes confirman los niveles de comprensión lectora y que existen otros métodos para llegar a los mismos como los dibujos.

El 100% contestó que siempre realizan preguntas en voz alta para confirmar la comprensión del texto leído, ya que el método más rápido y práctico.

El 63% de la muestra respondió que siempre propician actividades de comentario del texto leído y el 37% que casi siempre lo generan lo que es una fortaleza, ya que todos los maestros incentivan a los niños y niñas a realizar el comentario personal y desarrollar su creatividad e imaginación.

El 100% de los maestros encuestados respondieron que siempre permiten que los niños y niñas emitan su opinión personal respecto a las lecturas leídas, lo que hace comprobar que los estudiantes si comprendieron el texto. Porque cada uno de ellos es un mundo distinto, piensan y tienen realidades diferentes, lo que los hace muy creativos.

CONCLUSIONES

Se constata la necesidad de que los estudiantes desarrollen el hábito de la lectura, interactúen previamente con el autor del texto de modo que puedan familiarizarse más con su estilo y reconozcan estar dispuestos a divertirse e instruirse con la lectura comprensiva que beneficia su comunicación con los demás y facilita su aprendizaje.

Aún no se logra que los maestros de acuerdo al proceso de enseñanza-aprendizaje, pongan de manifiesto las experiencias positivas y autonomía de los niños y niñas.

La realización de los diferentes talleres y sus actividades permite el desarrollo de las destrezas y las competencias de los estudiantes para la lectura y la escritura, aumentando los niveles de comprensión lectora, el uso de signos de puntuación, la correcta aplicación de las reglas ortográficas. La autoexpresión ha contribuido en su autonomía y confianza tanto en lo personal como en el ambiente social y natural, lo que proporcionó una mejor fluidez verbal lo cual se afianza con las actividades prácticas que se realizaron.

Se incrementaron las estrategias de comprensión lectora para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el área de Lengua y literatura lo que ayudará a comprender el texto, leer con mayor fluidez y aplicar un nuevo léxico dándoles mayor confianza de sí mismo a los alumnos.

Se constata que la comprensión lectora influye significativamente en el rendimiento escolar general de los niños y niñas del séptimo año básico por lo que se puede afirmar que a mayor comprensión lectora, mayor será el rendimiento de los mismos.

RECOMENDACIONES

- Realizar nuevas investigaciones ampliando el alcance de la metodología utilizada de modo que facilite continuar abordando esta lista de investigación en otros contextos y grupos de edades de los niños.
- Capacitar constantemente a los maestros de la Unidad Educativa “La Inmaculada”, del uso adecuado de estrategias de comprensión lectora para hacer comprender la importancia de las estrategias de comprensión lectora en el proceso de enseñanza-aprendizaje a toda la comunidad educativa.
- Promover entre los docentes del área de Lengua y Literatura la aplicación de estrategias de comprensión lectora porque contribuyen a mejorar el rendimiento académico de los estudiantes de la unidad educativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANIDO VIDAL, A. (1998). El trabajo con los conceptos durante la comprensión lectora en Secundaria Básica: estrategias de aprendizaje. 75 p. Tesis en opción título de Máster en Investigación Educativa. ISPH.
- ALLIENDE, F. et. al. (1998). Indicadores de investigación educacional. La Habana: ICCP, 75p.
- CASANY, DANIEL. L. (1998). Enseñar Lengua. Editorial Gráo. Barcelona. España.
- GARCÍA ALZOLA, ERNESTO, et. al.(1998). Metodología de la enseñanza de la lengua. La Habana. Ed. Pueblo y Educación, 150p.
- HENRÍQUEZ UREÑA, CAMILA. (1975). Invitación a la lectura. La Habana. Editorial Pueblo y Educación, p. 1 – 35.
- LEYVA HERNÁNDEZ, E. (2002). Alternativa para la preparación de las familias en la formación de hábitos lectores de los estudiantes. Tesis de Maestría, Universidad de Ciencias Pedagógicas, José de la Luz y Caballero, Holguín, Cuba.
- GAMARRA, P.(1978) ¿Qué es leer? Leer es comprender. P. 8 – 9. En Revista de orientación didáctica. No 62 – 63. Argentina.
- GARCÍA ALZOLA, E. (et. al). (1998). Metodología de la enseñanza de la lengua.La Habana. Ed. Pueblo y Educación, 150p.
- MAÑALICH SUÁRES, ROSARIO y coautores (1999). Taller de la palabra. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, Cuba
- PARRA, MARINA. (19989).La Lingüística textual y su aplicación en la enseñanza del Español en el nivel universitario. Material mimeografiado. Facultad de Ciencias y Humanidades. Universidad Nacional.

- ROMÉU ESCOBAR, ANGELINA. (1992). Aplicación del enfoque comunicativo de la escuela media, comprensión, análisis y construcción de textos. La Habana. Ed. Pueblo y Educación, 1992. 49p.
- RUIZ IGLESIAS, MAGALI. (1995). La enseñanza comunicativa de la lengua y la literatura. México. Ed. Inaes, 375p.
- SEGRE, CESARE. (19985). Principios del análisis del texto literario; trad. María Prado. Barcelona. Ed. Crítica, 408p.
- SOLÉ, I. (1997). La lectura, en proceso estratégico. P. 23. En Revista Aula de Innovación Educativa. No. 59. Barcelona, feb, 240p.

**La crisis que genera el desconocimiento técnico
administrativo y del talento humano en el sector laboral
público, privado, educacional y otros
(the crisis that generates the ignorance technical
administrative and of the talent human in the sector work
public, private, educational and others)**

Ángel Patricio Acuña Mejía

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí – Facultad de Psicología

Dr. En Ciencias Psicológicas / Mg. Desarrollo del Talento Humano

dr_patricioacuna@yahoo.es

RESUMEN

El tema expresa un sentir actual, deseoso de que el conocimiento actualizado, moderno y/o contemporáneo ayude a las organizaciones en conocimiento administrativo humano y sistémico que incida con la agilidad que la era virtual que estamos viviendo nos está exigiendo mucho, por lo tanto es una constante preocupación para quienes están en el compromiso de modernizar las organizaciones y se encuentran permanentemente con verdaderos obstáculos que no permiten lograr un cambio determinante en el sistema organizacional. Es lacerante ver actuaciones de carácter administrativo donde se deben tomar decisiones profesionales se interponen e imponen decisiones empíricas claro que son aparentemente de buena “fe” por el desconocimiento pero lamentable es ver y sentir que causa impedimento un desarrollo organizacional.

Es necesario actualmente que la experticia del buen conocimiento con actividades que conllevan responsabilidades organizacionales deba estar a cargo de

profesionales que dominen el tema o en palabras comunes “que conozcan del negocio” caso contrario no se darán resultados.

La época actual tiene muchas exigencias, siendo una de estas al interior de todas las organizaciones el escogimiento técnico del personal a responsabilidad de quien está, técnica y profesionalmente preparado para realizar esta delicada actividad, quien conoce que el ser humano es una Unidad “Bio, Psico, social”, considerado como tal el ser humano que tiene vida, piensa, discrimina, tiene la capacidad de adaptarse o desadaptarse, que produce o no produce y que es parte integrante e importante de la sociedad.

Si nos adentramos en el presente contenido, lo analizamos y lo personalizamos para beneficio de las organizaciones públicas, privadas, educacionales y otras, pues estaríamos empezando a inquietarnos sobre la modernización de las organizaciones, pues es una decisión que hay que ejecutarla sí!!! Ejecutarla y practicarla para el beneficio de las entidades y por ende de nuestro país.

Palabras clave: Proceso técnico de Selección.-Niveles Gobernantes.- Niveles de Asesoría.- Niveles de Apoyo.- Niveles generadores de valor.

SUMMARY

The theme expresses a current feeling, desirous that updated, modern and / or contemporary knowledge will help organizations in human and systemic administrative knowledge that affects with the agility that the virtual era that we are living is demanding us a lot, therefore it is A constant concern for those who are committed to modernizing organizations and are permanently facing real obstacles that do not allow a decisive change in the organizational system. It is lacerating to see administrative actions where professional decisions must be made and empirical decisions are clearly imposed that are apparently of good faith because of the lack of awareness but it is unfortunate to see and feel that causes an impediment to organizational development.

It is necessary at the moment that the knowledge of good knowledge with activities that carry organizational responsibilities must be in charge of professionals who dominate the subject or in common words "that know of the business" otherwise it will not give results.

The current era has many demands, one of these within all organizations is the technical selection of the staff to the responsibility of who is technically and professionally prepared to perform this delicate activity, who knows that the human being is a unit "Bio, Psycho, social ", considered as such the human being who has life, thinks, discriminates, has the capacity to adapt or maladaptate, produces or does not produce and is an integral and important part of society.

If we go into the present content, we analyze and personalize it for the benefit of public, private, educational and other organizations, because we would be starting to worry about the modernization of organizations, because it is a decision that has to be executed yes! Execute it and practice it for the benefit of the entities and therefore of our country.

Keywords: Technical process of Selection.-Governing Levels.- Levels of Advice.- Levels of Support.- Levels Generators of value.

INTRODUCCIÓN

Qué preocupación, no se vislumbran cambios y no se lograrán resultados. Crisis es el concepto que está actualmente en la mente de todos y esto no es ajeno a las empresas e instituciones ya sean públicas, privadas o educacionales, en este estado emocional de constante tensión, las organizaciones esperan que sus participantes mantengan un espíritu optimista y calmo. Esto genera un clima laboral cambiante y generalmente tenso, que deviene en un desgaste tanto físico como mental de los trabajadores en todos los niveles jerárquicos con que cuenta una organización.

En la última década del siglo XX en realidad las organizaciones han venido trabajando de acuerdo a cada una de sus capacidades determinados por la cultura de sus conocimientos y que lo mantienen cada una de las autoridades de turno, tanto es así como algunas organizaciones han surgido, otras se han estancado, otras se mantienen y otras han desaparecido, ¿porque se da este fenómeno? Seguramente porque estas se crearon por ilusión, esperanza, propósito particular o tal vez una oportunidad de satisfacer el ego! Considero que el propósito de lo indicado es el desear que este problema que hace daño a las organizaciones puedan ser corregidas en sus procedimientos administrativos, considerando la fuerza de la presión que ejerce la globalización, la actual era virtual!!!! y su cambio de época (siglo XXI) nos obliguen a tomar acciones que de una manera estandarizada arranquen las organizaciones con homogéneos patrones de procedimientos técnicos administrativos que vayan en procura de un desarrollo organizacional.

La actual demanda o exigencia organizacional pide que se estandaricen los procedimientos técnicos administrativos, en la mayoría de organizaciones que desconocen las estrategias actuales y que son, las que se deben aplicar para lograr el desarrollo de las organizaciones, dentro de esta tenemos como punto de arranque la Misión organizacional, luego la Visión (no considerada como un sueño sino como una aspiración estadística por los resultados auditados en la organización), modernizar las estructuras organizacionales acorde a las realidades técnicas con las que debe contar, la distribución técnica del capital humano en cada una de las unidades técnicas y administrativas con sus respectivas responsabilidades de gestión de acuerdo al manual de descripción de actividades por procesos “.....lo mencionado es importante pensar en cuantas empresas que se han conocido han dejado de existir. Ante este hecho surgen preguntas tales como: ¿Por qué no sobrevivieron?, ¿De qué depende la existencia de una [organización](#)? ¿Qué significa para una organización contar con administradores ignorantes de este campo disciplinar?, ¿Cómo afecta la subsistencia de la organización él no

invertir en la formación de capital humano? De estos cuestionamientos se concluye que "El conocimiento cuesta, pero la ignorancia es más cara".⁶

Este desconocimiento afecta de manera determinante a las organizaciones puesto que no logran cumplir con sus objetivos y de manera paulatina va deteriorándose, repercutiendo en sus directivos y/o ejecutivos y por ende en sus colaboradores sean de cualquier nivel jerárquico en las áreas técnicas y administrativas.

Desarrollo

Son importantes y dependientes entre sí, la parte administrativa como la parte técnica, en las organizaciones. La distribución orgánica de una entidad tiene a su haber los **niveles gobernantes, los de asesoría, los de apoyo** que son los niveles administrativos y los **niveles generadores de valor** vienen a ser la parte técnica que son quienes producen, por ende ambos son necesarios en toda organización puesto que el uno depende del otro por lo que ninguno de los dos puede funcionar solo, pero cada uno en sus respectivas proporciones y de acuerdo a la demanda.

Es necesario destacar, la necesidad de que en las instituciones se apliquen conocimientos técnicos actualizados y modernos que procuran el desarrollo de las organizaciones a la par con la evolución a la que el mundo ha ingresado producto de la era virtual, la que ha venido a dar una velocidad extraordinaria al desarrollo de todas las cosas que se mueven en el globo terrestre; Por lo tanto los movimientos de las instituciones públicas y privadas marchen, todas a un mismo ritmo o a una misma velocidad.

Como se indicó anteriormente, la gestión administrativa, debe ser considerada en su importancia! por ser la responsable de determinar el accionar de las organizaciones y para todos los niveles, claro que quien impone las políticas de

⁶ Luz Angélica Rodríguez Ebrard
Maestra de tiempo completo adscrita al departamento de ciencias administrativas de la Universidad Autónoma de Cd.. Juárez (UACJ).

desarrollo es nivel gobernante pero este nivel debe conocer de manera muy profunda lo que significa la gestión administrativa, como es su distribución quienes deben ser los responsables de manejar cada uno de los diferentes unidades con que cuenta una organización y que línea administrativa tiene a su responsabilidad.

Un conocimiento profundo de esta responsabilidad sirve para limitar actividades específicas, las mismas que deben ser ejecutadas por personas especializadas en cada una de las áreas de sus ejecuciones y evitar el que trabajadores que conozcan ciertas habilidades estén ejecutando trabajos que nada tienen que ver con sus conocimientos, a esto se lo conoce como abrogación de funciones o mala ubicación en su puesto de trabajo incidiendo en pérdidas significativas para las organizaciones por cuanto no se cumplen o no se pueden cumplir con una planificación estratégica por una mala ejecución operativa anual.

Es necesario indicar que debido a los avances científicos en todos los campos del saber que se ha venido indicando, se ha originado la era de la turbulencia, por lo que se deduce que las naciones, sus partidos políticos, las empresas e instituciones públicas y privadas, sus capitales humanos y las familias, no pueden transformarse por decreto sino que requieren de un cambio que viene a ser muy complejo pero que es necesario hacerlo, lo que implica modificar aptitudes y actitudes, cultura y procedimientos mediante la transformación de sus mentalidades en base de los nuevos conocimientos, que se deben aplicar de manera inmediata, mediante la participación de personas profesionales que conocen este tema, es necesario realizar cambios mentales y estructurales para hacer frente a este actual momento muy complejo para este mundo complejo, cambiante y competitivo actual y que hoy necesita de un capital humano muy inteligente y responsable, que tengan el conocimiento de aplicar con sus habilidades cognitivas una transformación y modernización de las organizaciones que redundarán en beneficio de las organizaciones y de sus estados.

La globalización impulsada por la era virtual, está obligando a las organizaciones a sentir la necesidad de requerir, seleccionar, identificar y ubicar al **talento**

humano más adecuado en el puesto más adecuado, oración que todos los ejecutivos del nivel jerárquico superior y mandos medios deben conocer y saber cuál es su mensaje. No olvidarse que la globalización es el **proceso histórico de integración mundial en los ámbitos político, económico, social, cultural y tecnológico**, que ha convertido al mundo en un lugar cada vez más interconectado, en una aldea global, que nos obligará a utilizar la técnica de la administración para salir adelante y equipararnos con quienes ya están embarcados en la globalización.

Una organización actualizada deberá contar con profesionales que tengan una visión holística de la organización, capaces de gestionar el talento humano con liderazgo y pensamiento estratégico, empezando en los procesos de planeación, que viene a ser una exposición de acciones a realizar con el fin de lograr los objetivos y así alcanzar las metas propuestas. Para ello podemos encontrar pasos con los cuales podemos llegar a alcanzar lo que nos proponemos: Hacia dónde queremos ir?.- Donde estamos ahora?.- Que tenemos enfrente?.- Cuáles son los caminos posibles?.-Cuál es el mejor camino?.- Como lo recorreremos?

Para este efecto, imaginándonos una organización ya establecida y con la finalidad de satisfacer una demanda o necesidad de servicio, se debe pensar primero en el **proceso de Reclutamiento**, que es una actividad técnica que está a la responsabilidad actualizada de un profesional en Psicología Organizacional, quien en base al descriptor de responsabilidades detalladas en el manual de Funciones por procesos, llamará a Concurso de Méritos y Oposición para cubrir la vacante y satisfacer la necesidad de servicio. Detalles más profundos al respecto lo tienen los profesionales indicados anteriormente.

El **proceso de Selección**, es otro de los estamentos de la actividad técnica a cumplirse con la finalidad de buscar a la persona adecuada para el puesto adecuado, esta actividad al ser realizada por personal profesional especializado procura el evitar las fallas de selección por cuanto una falla implica gasto y una buena selección significa inversión.

Transcurrido un tiempo perentorio, se procede con el **proceso de evaluación**, que viene a ser la rendición de cuentas del nuevo trabajador siendo este el momento en el cual podremos evaluar si el seleccionado está satisfaciendo la demanda de su necesidad con las reales actividades de producción o servicio cuyos resultados nos darán la oportunidad de comprobar el trabajo técnico del responsable de la Unidad técnica de Talento Humano. No olvidarse que el proceso de evaluación es el momento donde nos podemos dar cuenta si al nuevo trabajador hay que capacitarlo en alguna de las técnicas específicas de la organización o inducir a una nueva técnica, nuevo equipo o nueva Estrategia Organizacional.

Esta compensación por capacitación nos dará la oportunidad de cumplir con el desarrollo profesional de las personas y por ende de las Organizaciones, siendo la sumatoria de estas actividades técnicas profesionales los elementos clave para cumplir con las metas operativas, tácticas y estratégicas de las organizaciones.

**El papel de la neuropsicología en la escolaridad durante la infancia, una revisión de literatura
(the role of neuropsychology in the schooling during childhood, a review of literature)**

Iraklys Salazar Guerra

Birmania Alcívar Ruiz

Michael Patricio Jaramillo Macías

Erick Iván Fiallos Herrera

Karen Stephany Estrella Lucas

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí – Facultad de Psicología

Magister en prevención de uso de drogas

irakuba@yahoo.es

RESUMEN:

El presente artículo de revisión tiene como objetivos recolectar información bibliográfica sobre el análisis neuropsicológico en el proceso de atención a niños con problema de aprendizaje y conducta, fundamentar las principales regularidades del contexto educativo y su influencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje y analizar desde la psicología los problemas en el aprendizaje y la conducta en población infantil. Se realizó una revisión de literatura científica, bajo las bases de datos Science Direct, Scielo, Dialnet, DOAJ, BASE y ERIC que permitieron definir conceptos claves como neuropsicología, aprendizaje, niños, conducta y abordar la neuropsicología en el desarrollo de problemas de aprendizaje en poblaciones infantiles. Se realizó un abordaje sobre la neuropsicología, caracterización y evidencias de su implicación en el desarrollo infantil, problemas de aprendizaje y conducta infantil desde el contexto escolar.

Palabras Claves: Neuropsicología, Aprendizaje, Conducta, Infancia

ABSTRACT:

The present review article aims to collect bibliographic information about neuropsychological analysis in the process of attention for children with learning and behavioral problems, substantiate the main regularities of the educational context and its influence on the process teaching-learning progress, and to analyze from psychology, problems in learning and behavior in children. A literature review was conducted under data bases Science Direct, Scielo, Dialnet, DOAJ, BASE and ERIC Data used to define key concepts such as neuropsychology, learning, children, and behavior and address neuropsychology to develop learning problems in children's populations. An approach on neuropsychology, characterization and evidence of their involvement in child development, learning problems and child behavior from the school context it was performed.

Keywords: Neuropsychology, Learning, Behavior, Childhood

INTRODUCCIÓN

Las neurociencias establecen a la Neuropsicología como la rama de la psicología con mayores criterios para ser denominada ciencia, esta marca un esquema de trabajo replicable y medible que se evidencia a través de su marco de acción centrado en el sistema nervioso y la dinámica que este presenta en la conducta del ser humano.

Durante la infancia se pueden evidenciar distintos problemas, centrándonos principalmente en el aprendizaje y la conducta, estos problemas pueden ser causados por alteraciones en el proceso evolutivo del infante; la mayor utilidad de la neuropsicología en esta dimensión, es el diagnóstico temprano de dichas afectaciones en el infante y como se plantea en la literatura, al ser encontrado en

temprana edad tiene mayor probabilidad de crear un modelo de intervención con mejores resultados para el infante.

Los factores neurobiológicos a los que están sujetos los infantes presentan un factor de riesgo en el desarrollo de su escolaridad, presentando como resultado índices de alto fracaso educativo. Se recolectan pocos datos donde instituciones apliquen de forma psicopedagógica una perspectiva neuropsicológica para limitar estos factores de riesgo. Explotar la inclusión de un enfoque neurocientífico se plantea potencialmente útil en la literatura integrándolas mediante capacitaciones a los docentes o aplicando tecnologías de la información y la comunicación.

MÉTODO

Se realizó una revisión de literatura científica, para caracterizar la posición de la neuropsicología en el desarrollo de problemas de aprendizaje en poblaciones infantiles;

La revisión incluyó artículos científicos publicados entre el 2011 y el 2016, pero se consideraron artículos de literatura clásica anteriores. Se establecieron como fuentes de búsqueda las bases de datos de: ScienceDirect, Scielo, Dialnet, DOAJ, BASE y ERIC; como criterios de inclusión se definieron las palabras: Neuropsicología, aprendizaje, niños, infancia, conducta. Se tomaron como referencia 50 artículos en los que se centró el presente trabajo.

Objetivos:

1. Evidenciar la utilidad del análisis neuropsicológico en el proceso de atención a niños con problema de aprendizaje y conducta;
2. Fundamentar las principales regularidades del contexto educativo y su influencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

3. Los problemas en el aprendizaje y la conducta en población infantojuvenil. Un análisis desde la psicología.

DISCUSIÓN

La neuropsicología como disciplina científica. Su utilidad en el proceso de atención a niños con problema de aprendizaje y conducta.

La neuropsicología como disciplina científica.

La Neuropsicología se define como una disciplina científica que integra varias dimensiones de análisis dentro de la psicología y las neurociencias; El Dictionary of Behavioral Science define a la neuropsicología como “rama de la Psicología que estudia el sistema nervioso y su impacto sobre la conducta”.

Se la define como ciencia de la conducta humana basada en las funciones del cerebro que obtiene sus marco de trabajo a partir de otras áreas que serían, la anatomía, la biología, la biofísica, la biología, la farmacología, fisiología psicofisiológica y filosofía. (Ian Q. Whishaw, 2006). Así mismo, Rodríguez y Trujillo (2008) mencionan “La Neuropsicología constituye una rama de la ciencia psicológica, cuyo objeto de estudio es la organización cerebral de los procesos psíquicos superiores y sus alteraciones, producidas por lesiones locales de la corteza cerebral en el hombre. El desarrollo de esta ciencia está en relación con los avances en neuroanatomía, neurofisiología y neurocirugía”. Caracterizando así a la Neuropsicología como ciencia tenemos que tener claro los principios característicos a los que está sujeto el estudio de la Neuropsicología; La ciencia, como señala Wilson, citado por Tirapu (2011)

Es la empresa organizada, sistemática, que arroja conocimiento sobre el mundo y lo condensa en leyes o principios comprobables. Las características de la ciencia que la distinguen de la pseudociencia son:

Primera la replicabilidad: se busca de nuevo el mismo fenómeno mediante investigación independiente y los resultados se confirman o descartan mediante nuevos análisis o experimentación. Segunda, medición: si algo puede medirse adecuadamente, utilizando escalas aceptadas de manera universal las generalizaciones sobre ella pierden ambigüedad. Tercera, inter-observación: en ciencia dos observadores tienden a definir de igual forma el fenómeno observado. Cuarta, heurística: la ciencia estimula otros descubrimientos, a menudo en direcciones nuevas e impredecibles, y el nuevo conocimiento proporciona una prueba adicional de los principios originales que llevaron a su descubrimiento. Quinta y última; la consiliencia o unidad del conocimiento: las explicaciones de fenómenos diferentes que es más probable que sobrevivan son las que pueden conectarse unas con otras y resultar mutuamente consistentes. Como se puede observar, dentro de los diferentes niveles de análisis que propone la psicología, el más cercano o próximo a la ciencia así entendida es el nivel neuropsicológico.

De esta forma el enfoque Neuropsicológico es el más apegado a los parámetros científicos dentro de la Psicología, centrándose en cerrar el dualismo mente-cerebro enfocándose en las Neurociencias. Según Tirapu, (2011) La neurociencia estudia el funcionamiento cerebral desde un punto de vista multidisciplinario, esto es mediante el aporte de disciplinas no excluyentes como la física, la química, la biología, la neurología, la genética, la informática, la psiquiatría y la (neuro) psicología. Todas estas aproximaciones, dentro de una nueva concepción de la mente humana, son necesarias para comprender los procesos mentales, particularmente los más complejos como la inteligencia, la conciencia, la personalidad o las emociones.

Los avances en la caracterización neurobiológica de los trastornos psicopatológicos han puesto de manifiesto la relevancia de la neuropsicología en el contexto de la psicopatología, donde se ha postulado la importancia de la interacción entre alteraciones de memoria, procesamiento emocional y control ejecutivo en el origen y el desarrollo de distintos síndromes clínicos y trastornos de personalidad. (Verdejo y Tirapu, 2012). La investigación neuropsicológica ha virado con

entusiasmo hacia el estudio de los patrones normales y anormales de neurodesarrollo, su asociación con variables temperamentales y de personalidad y sus implicaciones para la adquisición de destrezas y competencias cognitivas y emocionales, así como la salud mental de niños y adolescentes. (Verdejo y Tirapu, 2012)

El papel de la neuropsicología en el estudio de los problemas del aprendizaje y la conducta infantil

La neuropsicología clínica infantil parte de varias perspectivas, pretende abordar desde diversas disciplinas los trastornos del desarrollo, es decir se interesa por estudiarlos, entenderlos y tratarlos tanto en niños como adolescentes, de tal manera que toma como premisa las funciones cerebrales y noxas ambientales, generadoras de las funciones cognitivas-afectivas. (Margaret Semrud, 2011).

La concepción neuropsicológica de Luria (1973, 1980) asume que el funcionamiento cerebral se lleva a cabo con la participación, conjunta e indispensable, de las tres unidades o bloques funcionales básicos del cerebro. (Ramos, 2011)

Con respecto a estos tres bloques se nombran al primero como el de activación, el segundo bloque funcional o bloque del input y el tercer bloque de programación y control de la actividad. Así al hablar de neuropsicología clínica infantil, sus consideraciones y funcionabilidad (Ramos, 2011) indica que “La neuropsicología clínica infantil considera que algunos síntomas asociados a trastornos del aprendizaje, tales como la atención evolutivamente inapropiada y la hiperactividad, pueden guardar relación con la disfunción o retraso madurativo de este bloque funcional de la activación”.

“En el panorama de la salud mental infantil, los aportes de la neuropsicología infantil y de la neuropsicología del desarrollo han sido determinantes para el abordaje integral de trastornos complejos, como el autismo, el síndrome de asperger o el síndrome de rett, y sus instrumentos de evaluación han sido

ampliamente utilizados en la evaluación y diagnóstico de alteraciones psicomotoras, del lenguaje, de las funciones ejecutivas y discapacidad cognitiva, entre otros”. (Ángela Cuervo Martínez, 2010)

Al afirmar la importancia de la identificación temprana de alteraciones del desarrollo infantil se toma como base el principio de Kennard (1942) quien plantea que cuando la lesión es dada a temprana edad existe mayor posibilidad de recobrar la funcionalidad neuronal (reorganización), tomado en cuenta para la prevención e intervención de trastornos del desarrollo y el aprendizaje en niños y adolescentes. (Ángela Cuervo Martínez, 2010)

El contexto Escolar. Regularidades que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En la conducta de los niños y adolescentes intervienen diferentes tipos de situaciones que se dan en un contexto determinado. En este contexto se viene a constituir un número de posibilidades tales como la educación, situación socio-económica, socio-familiar y política. Estos elementos vienen a desembocar en factores de protección y de riesgo, e intervienen directa e indirectamente sobre el aprendizaje.

Para definir el contexto escolar debemos hablar de vulnerabilidad. La Real Academia de la Lengua Española la define como ‘probabilidad de ser daño o herido’. En término sociales está asociado a condiciones de pobreza como factor de riesgo. Chambers en 1989 expresa “En tal sentido, la vulnerabilidad social comprende tanto la exposición al riesgo -probabilidad de caer en situación de pobreza y exclusión- como la capacidad para enfrentarlo, sea con recursos internos o apoyados en factores externos” (Saavedra, 2010, pág. 69)

Roman (2003) nos dice que los establecimientos ubicados en contextos sociales vulnerables tienen altos índices de fracaso educativo, y entre las múltiples causas se encuentran la constitución de culturas escolares caracterizadas por el juicio compartido sobre las insuficientes capacidades cognitivas y de apoyo familiar de los

alumnos y prácticas de enseñanza en sala de clase inefectivas de reproducción de contenidos, de control que no relacionan los diversos contenidos de enseñanza, ente otras.

En contraparte, también se han estudiado los aspectos culturales y de enseñanza en sala de clase eficaces en el logro de aprendizajes (Jiménez, Riquelme, Vilos & Ortiz, 2006; Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación [LLECE], 2002; Murillo & Román, 2009; Unicef, 2004). Sobre los elementos de la cultura escolar vinculados a logros de aprendizaje en alumnos de establecimientos educativos ubicados en sectores sociales vulnerables, destacan en directa relación con el clima social y actividades de enseñanza en el aula aspectos como: a) gestión pedagógica institucional orientada por proyecto educativo centrado en el aprendizaje de los alumnos, b) equipos directivos que lideran los procesos pedagógicos, c) reglas claras de funcionamiento para todos los miembros de la comunidad educativa, d) uso eficiente de los recursos disponibles y e) consolidación de una identidad institucional positiva. (Saavedra, 2010, pág. 71)

Existen diferentes directrices que se deben tomar en cuenta en el contexto escolar, por lo general las escuelas que han seguido estas regularidades suelen tener éxito en el proceso enseñanza-aprendizaje, al contrario en las escuelas donde se ignoran estos puntos existe mayor índice de fracaso escolar. Por su parte los investigadores Good y Broophy (2008); Hill y Taylor (2004); Wentzel (2002) han identificado varias características de las escuelas donde los estudiantes generalmente triunfan, y han enumerado las siguientes directrices:

a) El personal y los estudiantes por igual comprenden que la excelencia académica es la meta principal de la escuela y de cada estudiante en ella, b) el clima de la escuela es seguro y afectuoso, c) los padres están involucrados, d) al progreso de los estudiantes, maestros y programas se les da seguimiento (Robert V. Kail & John C. Cavanaugh, 2011, pág. 240)

Y el papel del maestro

En la actualidad el rol del profesor respecto a la enseñanza se ha modificado en gran parte al pasar de ser el “sabio” a ser el que “guía” al estudiante en busca del conocimiento. Actualmente Schlechty, 2002; diferencia tres funciones principales que son inseparables a el rol del docente o profesor.

En primer lugar, el profesor es un diseñador de trabajo de los estudiantes . En segundo lugar, el profesor es un facilitador del proceso de aprendizaje. En tercer lugar, y quizás lo más importante en el sector de la educación pública, el profesor es un mentor atento, una persona que se ocupa del desarrollo integral, pleno y de calidad del estudiante. (Reigeluth, 2011, pág. 14)

Estos son solo tres de los roles actuales más importantes que los profesores corresponderán desarrollar, respecto a esto los profesores no siempre suelen tener o desempeñar estos roles por lo cual deberán por lo menos centrarse en uno o dos de estos papeles, esto variara de la experiencia y formación de cada uno de los maestros. Por otra parte María Elena Rodríguez (2010) plantea que “el docente debe proporcionar instrumentos intelectuales: estructura, estrategias, métodos que facilitan el desarrollo del aprendizaje a través de la práctica en el contexto de la interacción social.” (Rodríguez, 2010, pág. 119)

Por lo cual el docente es un miembro activo con respecto a la educación, es un diseñador, facilitador e instructor que está en constante formación para desempeñar un correcto rol frente al proceso de docencia, para así formar estudiantes de calidad con conocimientos y habilidades que faciliten el aprendizaje en su vida escolar.

METODOLOGÍA

El uso de las metodologías es un factor muy cuestionado en el contexto escolar, por ese motivo se está en la necesidad de definir las regularidades metodológicas que

emplea el docente y la interacción con los factores culturales cognitivos y emocionales.

Los estudios de la práctica de enseñanza en sala de clase están relacionados con la planificación (MINEDUC, 2003), la claridad de metas y clima emocional positivo que el profesor puede promover en el aula (Fernández & Cuadrado, 2008; Unicef, 2004), las atribuciones y creencias que tiene de sí mismo y de sus estudiantes (Latorre, 2005; Torre & Godoy, 2004), el dominio disciplinar y didáctico favorable al proceso de enseñanza aprendizaje (Godino, Font, Wilhelmi & De Castro, 2009), entre otros aspectos que operan como ejes organizadores de la acción docente. (Saavedra, 2010, pág. 70)

Existen diversas técnicas y metodologías para lograr un aprendizaje significativo y lleve a una correcta asimilación, Marco Antonio Moreira en su relectura de David Ausubel las condiciones para el aprendizaje significativo:

La primera condición implica: 1) que el material de aprendizaje (libros, clases, «software» educativos...) tenga significado lógico (es decir, que sea relacionable de manera no arbitraria y no literal con una estructura cognitiva apropiada y relevante) y 2) que el aprendiz tenga en su estructura cognitiva ideas-ancla relevantes con las cuales se pueda relacionar ese material. Es decir, el material debe ser relacionable con la estructura cognitiva y el aprendiz debe tener el conocimiento previo necesario para hacer esa relación de forma no arbitraria y no-literal. (Moreira, 2012)

La investigación realizada por Good y Broophy (2008); Stevenson y Stigler (1992); Walberg (1995) han revelado varios factores que son cruciales cuando se trata del logro de los estudiantes, los estudiantes tienden a aprender más cuando los maestros cumplen con lo siguiente:

a) Manejo eficaz del salón de clases, de manera que puedan dedicar la mayor parte de su tiempo a la enseñanza. b) Creer que ellos son responsables del aprendizaje de sus estudiantes y que ellos aprenderán si se les enseña bien. c) Enfatizar el dominio

de los temas. d) Enseñanza activa, es decir no dedicarse solo a hablar en cambio demuestran de manera concreta los temas con ejemplos prácticos. e) Poner atención cuidadosa al ritmo, presenta el tema con lentitud para que puedan comprender. f) Valorar la enseñanza entre compañeros. g) Enseñar técnicas a los niños para dar seguimiento y administrar su propio aprendizaje (Robert V. Kail & John C. Cavanaugh, 2011).

La noción de “estrategias de aprendizaje” concebidas como “acciones generadas por quien aprende para aprender y controlar su aprendizaje” tiene su génesis en la Psicología Cognitivista. Al respecto, Dorado (1997) tomado de Nidia Angélica Vivas López (2010) reporta doce reflexiones:

1. La teoría de Jean Piaget, aporta lo que cada persona puede hacer según la etapa de desarrollo evolutivo en la que se encuentra. Así sabiendo lo que el estudiante es capaz de hacer se pueden hacer las respectivas adaptaciones curriculares.
2. Todo aprendizaje se sustenta en unos conocimientos previos. Que el docente tenga conocimiento de estos, le permite organizar secuencias de aprendizaje.
3. Se ha de establecer una diferencia entre lo que el alumno es capaz de hacer y aprender solo y lo que es capaz de hacer y aprender con ayuda de otras personas observándolas, imitándolas y siguiendo sus instrucciones o colaborando con ellas. La distancia entre estos dos puntos, es lo que Vygotsky, llamó Zona de Desarrollo Proximal (ZDP) porque se sitúa entre el nivel de desarrollo efectivo y el nivel de desarrollo potencial y delimita el margen de incidencia de la acción educativa. Así lo que el alumno, en un principio sólo es capaz de hacer y aprender con la ayuda de otros, posteriormente lo hará y aprenderá a hacer solo. La enseñanza eficaz es pues, la que parte del nivel de desarrollo efectivo del alumno, pero no para acomodarse, sino para hacerlo progresar a través de la zona de desarrollo próximo para ampliar y generar otras Zonas de desarrollo Próximo.
4. El aprendizaje escolar debe conceder prioridad al Aprendizaje Significativo, es decir, aquel que se produce cuando el nuevo material de aprendizaje se

- relaciona de manera sustantiva o no aleatoria con lo que el alumno ya sabe, es decir, si es asimilado a su estructura cognitiva. En este sentido la discusión acerca de si en la escuela se debe dar prioridad a los procesos o a los contenidos, resulta irrelevante. Se debe priorizar el aprendizaje significativo y, a través de él, se desarrollan tanto contenidos como procesos.
5. El aprendizaje significativo requiere de dos condiciones: a. el contenido ha de ser potencialmente significativo, tanto en su estructura interna significatividad lógica (no confuso), como desde el punto de vista de su asimilación significatividad psicológica (teniendo en cuenta la estructura psicológica del estudiante, debe tener elementos pertinentes y relacionables; b. la motivación por parte del estudiante.
 6. La significatividad del aprendizaje está relacionada con la funcionalidad del mismo, es decir que puedan efectivamente ser utilizados cuando las circunstancias lo requieran. Entre mayor extensión y profundización del uso más significativo es el aprendizaje.
 7. El aprendizaje significativo precisa de actividad por parte de quien aprende. Es una actividad de naturaleza interna, es una actividad cognitiva, que puede estimularse mediante acción externa.
 8. En el aprendizaje significativo la memorización comprensiva reemplaza a la memorización mecánica. La memorización comprensiva es la base para la construcción de nuevos significados.
 9. La meta del aprendizaje significativo es el aprender a aprender. En este sentido es muy importante, en el aprendizaje escolar, el desarrollo de estrategias cognitivas de exploración y de descubrimiento, de elaboración y de organización de la información, así como el proceso interno de planificación, regulación y evaluación, de la propia actividad.
 10. La estructura cognitiva del estudiante puede concebirse como un conjunto de esquemas de conocimientos. Los esquemas de conocimientos implican tanto contenidos como reglas para relacionarlos entre sí y construir nuevos esquemas de conocimientos. De esta forma se observa una memoria

constructiva que se modifica cada vez que se integra un nuevo concepto a cada esquema.

11. La modificación de los esquemas de conocimiento se inspira en el modelo de equilibrio de las estructuras cognitivas según Piaget.
12. La concepción del aprendizaje significativo, así como de las estrategias de aprendizaje que lo hacen posible es de naturaleza constructivista.

El contexto familiar. Dimensiones del funcionamiento familiar y su relación con problemas del desarrollo infantil.

Joaquien Parra Martines (2011) propone cuatro dimensiones que entendemos como ámbitos relativamente independientes entre sí. Las dimensiones a través de las cuales se puede expresar una visión bastante completa de una realidad educativa como es la familia podríamos sistematizarla a partir de:

Indicadores situacionales de la familia respecto a su composición, su historia y socio economía

- La dimensión afectiva.
- La dimensión referente al desarrollo de los aprendizajes.
- La dimensión relativa a la organización y la estabilidad.

Indicadores situacionales de la familia respecto a su composición, su historia y socio economía.

Por otro lado la preeminencia del contexto familiar en la vida de las personas, tanto a nivel socioemocional como cognitivo, es innegable, por lo que ha merecido especial deferencia en las ciencias del comportamiento. La investigación psicológica de las últimas décadas ha coincidido en que una de las funciones más importantes de la familia, en relación con las necesidades de los hijos e hijas, es aportar la estimulación apropiada que haga de ellos y ellas seres con capacidades

cognitivas necesarias para relacionarse de modo competente con su entorno físico y social (Barudy & Dantagnan, 2005, 2010, Gracia & Misitu, 2000, Muñoz, 2005, Palacios & Rodrigo, 1998, Richaud, 2005).

Otra importante línea de evidencia proviene de los estudios que han hallado un efecto significativo del entorno social y de las prácticas parentales sobre la actividad en el lóbulo frontal. Por ejemplo, estudios llevados a cabo mediante registros electroencefalográficos (EEG) han demostrado que existe una asociación entre la estimulación ambiental recibida y la actividad cerebral, en niños y adolescentes. Entre estos, se encuentran los de Otero y equipo (Otero 1997, Otero, Pliego-Rivero, Fernández & Ricardo, 2003), quienes analizaron los patrones de desarrollo cerebral mediante registros electroencefalográficos en niños y niñas de diferentes estratos socioeconómicos (ESE) y en diferentes momentos: a los 18- 30 meses de edad, a los 4 años y finalmente a los 5-6 años de edad. Los resultados de estos estudios mostraron un retraso en la maduración de las áreas temporales derechas a los 4 años y temporales izquierdas y frontales a los 5-6 años, en los niños y niñas de estratos socioeconómicos bajos (ESB). Según los autores, la estimulación ambiental inadecuada o insuficiente es el factor que más contribuye al retraso evidenciado en la maduración cerebral de los niños y niñas. (Jael Vargas, 2014)

Los autores Barudy & Dantagnan, citado por (Jael Vargas, 2014) mencionan las principales necesidades cognitivas de los niños y niñas son: (a) Necesidad de estimulación: para que el aprendizaje y el desarrollo de la cognición sea posible, es necesario por lo menos que un sujeto adulto significativo estimule al niño o niña constantemente. Ese alguien debe tener un importante vínculo afectivo con el niño o niña, ya que sin afecto el aprendizaje no se produce de una manera adecuada y constructiva. Tanto la ausencia de estimulación como la sobre estimulación pueden resultar nocivas para el desarrollo cognitivo en la infancia. (b) Necesidad de experimentación: el cerebro, durante los primeros años, está programado para explorar; la curiosidad es muestra de este proceso y es intensa y visible desde los primeros meses de vida. El apoyo de la madre y el padre a esta necesidad de los

niños, las respuestas a sus preguntas, por ejemplo, son esenciales para la satisfacción de esta necesidad. (c) Necesidad de refuerzo: los niños y niñas requieren en forma especial que sus madres, padres o cuidadores manifiesten el reconocimiento de sus esfuerzos y los logros alcanzados durante su desarrollo. El refuerzo positivo de los padres y madres es el que permite en los niños y niñas tener indicadores visibles del impacto de sus conductas, corregir sus errores y fortalecer sus conductas apropiadas.

Los problemas en el aprendizaje y la conducta en población infantojuvenil. Un análisis desde la psicología.

En la actualidad los problemas de aprendizaje se considera la causa principal de fracaso escolar, estas dificultades se empieza a sospechar en la escuela infantil o cuando empieza la educación primaria, los padres de los niños que padece estas dificultades comienza a escuchar “es poco lento”, “no presta atención”, “se despista con gran facilidad”, comentarios que generan gran preocupación por parte de los mismos.

Las Dificultades o problemas del Aprendizaje se refieren a un grupo de trastornos que frecuentemente suelen confundirse entre sí. Las razones fundamentales de tal confusión son: la falta de una definición clara, los solapamientos existentes entre los diferentes trastornos que integran las Dificultades en el Aprendizaje, sobre todo cuando median aspectos de privación educativa y social, y, en tercer lugar, la heterogeneidad de la población escolar a la que se refieren. Las Dificultades en el Aprendizaje son equivalentes a las Necesidades Educativas Especiales. Expresión inglesa que procede del Informe (Warnock¹, 1987).

Los problemas del aprendizaje para Vygotsky, “desde el comienzo de la vida humana el aprendizaje está relacionado con el desarrollo, ya que es un aspecto necesario y universal del proceso de desarrollo de las funciones psicológicas culturalmente organizadas y específicamente humanas”

Ausubel plantea que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por "estructura cognitiva", al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización.

A partir de la teoría del aprendizaje se sustenta que el conocimiento no se manifiesta, se construye, el niño construye su conocimiento a partir de su propia forma de ser, pensar e interpretar la información a su manera. Desde esta perspectiva, el niño es un ser responsable que participa activamente en su proceso de aprendizaje, (Ausubel, 1983).

Un tema importante en la estructura teórica de Bruner, (1963) es que el aprendizaje es un proceso activo en el cual los alumnos construyen nuevas ideas o conceptos basándose en su conocimiento corriente o pasado. El alumno selecciona y transforma información, construye hipótesis, y toma decisiones, confiando en una estructura cognitiva para hacerlo. La estructura cognitiva (es decir, esquemas, modelos mentales) provee significado y organización a las experiencias y permite al individuo ir más allá de la información dada.

Existen diferentes teorías psicológicas que explican los procesos de aprendizaje, entre ellos diversos autores considera cuatro teorías que son fundamentales para los aportes de los procesos de enseñanza de la aprendizaje.

La teoría Conductista ha tenido estrecha relación con dos líneas: una el aprendizaje por reforzamiento y la otra el asociacionismo.

Skinner afirma que cuando los alumnos están dominados por una atmósfera de depresión, lo que quieren es salir del aprieto y no propiamente aprender o mejorarse. Se sabe que para que tenga efecto el aprendizaje, los estímulos reforzadores deben seguir a las respuestas inmediatas.

Como el maestro tiene demasiados alumnos y no cuenta con el tiempo para ocuparse de las respuestas de ellos, uno a uno tiene que reforzar la conducta deseada aprovechando grupos de respuestas. Skinner considera que la finalidad de

la psicología es predecir y controlar la conducta de los organismos individuales. En el condicionamiento operante se considera a los profesores como modeladores de la conducta de los alumnos.

La teoría de Jean Piaget definida también como "Teoría del Desarrollo: por la relación que existe "entre el desarrollo psicológico y el proceso de aprendizaje; éste desarrollo empieza desde que el niño nace y evoluciona hacia la madurez; pero los pasos y el ambiente difieren en cada niño aunque sus etapas son bastante similares. Alude al tiempo como un limitante en el aprendizaje en razón de que ciertos hechos se dan en ciertas etapas del individuo, paso a paso el niño evoluciona hacia una inteligencia más madura.

Se puede decir que Piaget no acepta ni la teoría netamente genética ni las teorías ambientales sino que incorpora ambos aspectos. El niño es un organismo biológico con un sistema de reflejos y ciertas pulsaciones genéticas de hambre, equilibrio y un impulso por tener independencia de su ambiente, busca estimulación, muestra curiosidad, por tanto el organismo humano funciona e interactúa en el ambiente.

La teoría cognoscitivista esta corriente psicológica del aprendizaje se aboca al estudio de los procesos cognoscitivista y parte del supuesto de que existen diferentes tipos de aprendizaje, esto indica que no es posible explicar con una sola teoría todos los aprendizajes. Ejemplo: aprendizaje de tipo afectivo.

Kohler, Koffa y Lewin, considera principalmente las emociones y las actitudes; los niveles de aprendizaje que corresponden a esta área son: recepción, respuesta, valoración, organización y conceptualización. La capacitación no sólo es proporcionar cátedras, sino requiere un análisis detallado que permita identificar primero el área adonde se necesita de un aprendizaje y posteriormente determinar el nivel de profundidad en el que se requiere dicho aprendizaje.

Piaget aporta a la teoría Constructivista el concebir el aprendizaje como un proceso interno de construcción, en donde el individuo participa activamente adquiriendo estructuras cada vez más complejas, a los que este autor denomina estadios.

La teoría Constructivista permite orientar el proceso de enseñanza aprendizaje a los jóvenes desde una perspectiva experiencial, en el cual se encarga menos mensajes verbales del maestro (mediador) y mayor actividad del alumno. (Jean Piaget y a Lev Vygotsky, 1986)

La aplicación del modelo Constructivista al aprendizaje también implica el reconocimiento que cada persona aprende de diversas maneras, requiriendo estrategias metodológicas pertinentes que estimulen potencialidades y recursos, y que propician un alumno que valora y tiene confianza en sus propias habilidades para resolver problemas, comunicarse y aprender a aprender. (Jean Piaget y a Lev Vygotsky, 1986)

RESULTADOS

La neuropsicología clínica infantil estudia los trastornos del desarrollo infanto-juvenil, desde las funciones cerebrales y el vínculo ambiental. La neuropsicología clínica infantil toma en consideración la concepción neuropsicológica de Luria sobre los bloques funcionales y la lesión de ellos como antecedentes para la presencia de síntomas asociados a diversos trastornos.

“En el panorama de la salud mental infantil, los aportes de la neuropsicología infantil y de la neuropsicología del desarrollo han sido determinantes para el abordaje integral de trastornos complejos, como el autismo, el síndrome de asperger o el síndrome de rett, y sus instrumentos de evaluación han sido ampliamente utilizados en la evaluación y diagnóstico de alteraciones psicomotoras, del lenguaje, de las funciones ejecutivas y discapacidad cognitiva, entre otros”. (Ángela Cuervo Martínez, 2010)

En casos de lesiones dadas a corta edad (Kennard 1942) destaca la importancia de la temprana identificación de alteraciones en el desarrollo infantil, lo cual brinda mayor posibilidad de recobrar la funcionalidad neuronal, (Martínez 2010) y la prevención e intervención de trastornos del desarrollo y aprendizaje.

Los problemas de aprendizajes se encuentran ligados al fracaso escolar y este a su vez relacionado con el desarrollo del niño/a, como determinante de los problemas de aprendizaje se encuentra la estructura cognitiva, siendo un conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización.

El proceso de aprendizaje es explicado desde cuatro teorías principales como;

La conductistas que plantea el aprendizaje por reforzamiento y asociacionismo, así el condicionamiento clásico y operante aportan en el desarrollo ligado al aprendizaje.

La teoría de Jean Piaget definida también como "Teoría del Desarrollo: por la relación que existe "entre el desarrollo psicológico y el proceso de aprendizaje; éste desarrollo empieza desde que el niño nace y evoluciona hacia la madurez.

La teoría cognoscitivista plantea la existencia de diferentes tipos de aprendizajes, esto indica que no es posible explicar con una sola teoría todos los aprendizajes.

La teoría Constructivista planteada por Piaget pretende el concebir el aprendizaje como un proceso interno de construcción, en donde el individuo participa activamente adquiriendo estructuras cada vez más complejas, cada persona aprende de diversas maneras, requiriendo estrategias metodológicas que estimulen potencialidades y recursos del estudiante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brooks, D. N. (1975). DICTIONARY OF BEHAVIORAL SCIENCE. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 38(3), 311.

Herrerías, E. B. (2006). La neuropsicología de AR Luria: coetáneos y continuadores de su legado. *Revista de Historia de la Psicología*, 27(4), 79-92.

- Verdejo-García, A., & Tirapu-Ustárrroz, J. (2012). Neuropsicología clínica en perspectiva: retos futuros basados en desarrollos presentes. *Revista de Neurología*, 54(3), 180-186.
- Rodríguez, G. A., & Matienzo, C. T. (2012). Neuropsicología Ciencia Psicológica. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 3(2), 20-26.
- Javier Tirapu Ustárrroz. (Julio 2011). Neuropsicología - Neurociencia y las ciencias "Psi". Cuad. Neuropsicol., Vol. 5 Nº, 11-24.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2006). *Neuropsicología humana*. Ed. Médica Panamericana.
- Ángela CUervo Martínez, A. M. (2010). neuropsicología infantil del desarrollo: detección e intervención de trastornos en la infancia. *revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 65.
- Margaret Semrud, P. T. (2011). *neuropsicología infantil: Evaluación e intervención en los trastornos neuroevolutivos*. Madrid.
- Ramos, D. M. (2011). *El legado de Luria y la neuropsicología escolar*, *Psychology, Society, & Education*.
- Castorina, José Antonio. (1972). Biología y conocimiento de Jean Piaget. SEDICI, N. 3, 73-79. 2016, De SEDICI Base de datos.
- Piaget. (1979). El enfoque constructivista de Piaget. SEDICI, N.3, 266-288. 2016, De SEDICI Base de datos.
- Warnock1. (1981). el fundamento del aprendizaje afectivo. 1981, de Aprendizaje
- MOREIRA, M.A. (1993). A Teoría da Aprendizaje Significativa de David Ausubel. Fascículos de CIEF Universidad de Río Grande do Sul Sao Paulo
- David Ausubel. (1983). Teoría del Aprendizaje Significativo. 1999, de Delegación Bligo.

**Estudio de la experiencia de intervención psicosocial
desarrollada en Jaramijó en familias acogidas acogientes
post-terremoto.**

**(study of the experience of psychosocial intervention
developed in Jaramijo in adoption family-acogients post-
terremoto)**

Pedro Saldarriaga Zambrano

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí – Facultad de Psicología

Magister en Gerencia Educativa

pjsalda@hotmail.com

Gema Monserrath Rodas Mero

Estudiante de la facultad de psicología

rodas_0194@hotmail.com

RESUMEN

La presente ponencia relata la experiencia desarrollada en el cantón de Jaramijó consistente en la intervención en crisis en familias acogidas acogientes post-terremoto. Se aplica un diseño cualitativo del tipo investigación acción. Se trabajó con 86 familias para lo cual se está realizando las siguientes acciones como: caracterizar las familias acogidas, las sesiones de descarga emocional y las sesiones de psicoterapia individual posterior al terremoto. A partir de la caracterización primaria de las familias acogidas se construyó una base de datos de necesidades básicas posterior al evento telúrico para la futura toma de decisiones gubernamentales, donde esta información también facilitó la elección de

participantes para los grupos de descarga de acuerdo al nivel de afectación psicológica que presentan, lo que a su vez nos permite identificar quienes precisan de atención individual lo cual faculta a dar seguimiento a los casos que requieran. La investigación debe aportar un modelo de intervención psicosocial en crisis para personas afectadas por ese tipo de catástrofes.

Palabras claves: *Intervención psicosocial, familias acogidas-acogientes, situación de desastre*

ABSTRACT

This paper reports on the experience developed in the canton of Jaramijó consisting of crisis intervention in host families after the earthquake. A qualitative research action type design is applied. We worked with 86 families for which the following actions are being carried out: characterize the host families, the emotional discharge sessions and the sessions of individual psychotherapy after the earthquake. Based on the primary characterization of the host families, a database of basic needs was built after the tellurian event for future governmental decision making, where this information also facilitated the choice of participants for the discharge groups according to the level of Psychological affection that they present, which in turn allows us to identify those who require individual attention, which enables them to follow up on the cases they require. The research must provide a model of psychosocial intervention in crisis for people affected by this type of catastrophe.

Keywords: *Psychosocial intervention, welcoming families, disaster situation.*

INTRODUCCIÓN

El sismo de magnitud 7,8 grados se registró a las 18.58 (hora local) del sábado 16 de abril (23.58 GMT. Se trata del terremoto más fuerte en el país desde 1979. Y

según el Instituto Geofísico, se han registrado seis réplicas de más de 6 grados de magnitud. El epicentro se situó entre las localidades de Cojimíes y Pedernales, en la zona norte de la provincia de Manabí, donde están las comunidades más afectadas. La catástrofe dejó 660 fallecidos, 4605 heridos, 750 mil afectados y 22754 personas albergadas (OCHA, 2016)

En el presente proyecto se desarrollará un estudio de la experiencia de intervención psicosocial desarrollada en Jaramijó en familias acogidas acogientes post-terremoto, en el cual se desmembrará en cuatro importantes epígrafes siendo primero la caracterización de las familias acogidas-acogientes, seguido por la implementación de descargas emocionales aplicado a este grupo humano en situación de desastre, otro punto es las sesiones individualizadas que dependen de una selección a través de la identificación de requerimientos de atención psicológica y el último epígrafe que data de la importancia de la identificación de necesidades en estas familias y la intervención en solución de la problemática por parte del gobierno local, a través de una evaluación post desastre.

El objetivo del estudio fue aportar un modelo psicosocial de intervención en crisis a partir de la experiencia desarrollada en Jaramijó en familias acogidas acogientes post-terremoto con un protocolo de intervención a este grupo humano en situación de desastre.

MARCO TEÓRICO.

Familias acogidas posterior al terremoto

La acogida familiar es una práctica extendida en el trabajo social, de larga data. Básicamente se ha utilizado en el caso de la atención a niños sin amparo filial (Linares, s/f).

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) plantea que las familias acogientes son aquellas que pueden brindar un espacio físico de forma inmediata a

otra familia damnificada o afectada otorgando necesidades primarias, las familias de acogidas es la principal opción de alojamiento temporal.

Es importante reconocer los siguientes datos: Generalmente casi más de un millón de veces por año la corteza de la Tierra se sacude bruscamente (un temblor cada 30 segundos aprox.). Concentrándose la mayor parte de estos movimientos en la cercanía de los límites de las placas tectónicas por lo que muchos de estos sismos son casi indetectable para los habitantes de dicho territorio en el que ocurra, sin embargo otros alcanzan magnitudes tan grandes que pueden ocasionar daños muy severos a edificaciones y personas, estos eventos constituyen los fenómenos naturales más destructivos con mayores pérdidas de vida. Un terremoto es la liberación inesperada de energía acumulada en un sector de la corteza terrestre producida como consecuencia de movimientos en las zonas de fallas de las rocas (Dirección de Geología Ambiental y Aplicada, 2010).

Todas las medidas de prevención son estipuladas y sintetizada en documentos en las cuales generalmente están descritas las prevención que se debe tener para proteger una edificación y principalmente la integridad humana, más sin embargo no todas las poblaciones tienen acceso esta, o están informados de aquellas prevenciones y pasan desapercibidos por el tiempo encontrándose vulnerables en determinado momento de unas catástrofe, ocasionando múltiples daños en viviendas y vidas humanas, por la que se hace exclusivamente necesario la propagación de dicha información por diferentes medios y organizaciones en la cual se haga conocer a la mayor cantidad de personas independientemente de donde estén ubicadas para así de esta manera evitar mayor cantidad de daños físicos y material. (CENAPRE, 2007).

Una vez ocurrido el evento telúrico en una determinada área territorial la familias deben proteger sus hogares tomando las medidas correspondientes y principalmente las medidas para proteger la vida propia, sin embargo en muchas ocasiones no se habla de proteger el hogar ya que el impacto ha sido de tan gran magnitud que no es posible habitar más en ella, por lo que es necesario acudir a

albergues asignados para familias con estas necesidades, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones aquellas familias no sienten la necesidad de acudir a albergues asignados por tener refugio en edificaciones cercanas independientemente de tener una relación de consanguinidad o no, sin dejar de considerar que pueden tener necesidades mayores que las familias asistidas por el gobierno local en primera instancia, por lo que es necesario la identificación y caracterización de estas familias por sus aspectos fundamentales de necesidades psicosociales que puedan tener en aquella circunstancia vivida después de un evento de gran magnitud como es un terremoto. (Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2014).

La importancia de la identificación de las familias acogidas por el terremoto radica principalmente en la caracterización de problemas obtenidos a partir del mismo, no solo en el ámbito de las necesidades físicas y alimenticias que pudiesen tener en aquel momento sino más bien direccionado a la atención psicológica que demanden dichas familias para sobrellevar el duelo que cursan en este caso sobre la destrucción de infraestructura y sintomatologías aparecidas en ellos a partir del evento traumático, esta caracterización se realiza con debida precaución de casa en casa identificando las necesidades básicas al momento de encontrar el objetivo que es familia acogida, para posteriormente guiar a una intervención en caso de ser necesario.

Dependiendo de la resiliencia que la familia como construcción grupal haya adquirido alrededor de su historia familiar los podrá colocar en un papel de ver la adversidad como una oportunidad de renacer y continuar o de lamentar por mucho más tiempo lo ocurrido sin necesidad de reconstruirse, pero sin embargo la resiliencia puede ser individual es decir por parte de una sola persona que conforma dicha familia impulsando el desarrollo de esta de forma grupal, a pesar de todo esto se sabe que las familias van hacer muy diferentes en su forma de pensar y de actuar, pero en casos como estos generalmente tienen similitudes con las cuales se podría realizar un consenso y agrupar necesidades y síntomas en general.

La OIM (Organización Internacional para las Migraciones), en conjunto con el Gobierno de Ecuador, los Ministerios como MIESS, MCDS, las fuerzas armadas y los GADs coordinaron actividades importantes para la prestación de ayuda humanitaria en zonas mayormente afectadas por el terremoto del 19 A. La OIM brindó asistencia técnicas respecto a la protección en albergues, refugios y en políticas para las familias acogidas.

Hay que especificar que no se encontraron muchos trabajos similares como el realizado en investigación actualmente estudiada, puesto que la información se enfoca principalmente en las necesidades de familias en control por albergues asignados por el gobierno, a las cuales se identifican por sus necesidades cubriendo generalmente todas las áreas, dejando de lado las pequeñas cantidades de familias acogidas con familiares, vecino, amigos entre otros, asumiendo su estabilidad sin comprobación estadística e investigativa.

Sesiones de descarga emocional en las familias acogidas acogientes posterior al terremoto.

La técnica para la liberación emocional (EFT) es una técnica complementaria a las terapias de intervención en crisis (Miller, 2009).

En la literatura psicológica dedicada a la intervención en crisis es posible encontrar diferentes modelos. Se desatacan el modelo Trifásico de Judith Herman, el modelo Reducción del Incidente Traumático, desarrollado por Frank Gerbode MD y Gerald French y la Terapia Narrativa, desarrollada principalmente por White y Epston (1993).

El trabajo de descarga que se debe realizar en el foco polémico en este trabajo sistematizado debido a que debemos reconocer que los factores en consideración dentro de una familia es la expresividad por medio de la palabra, o ya sea corporal debido a que se manejan tiempos, participaciones, delimitaciones que se establecen en el encuadre como ya está claro en un trabajo sistémico u otro

trabajo psicoterapéutico, trabajar por niveles de menor a mayor, controlando y protegiendo la integridad de los niños, adolescentes las vivencias y la infancia conforman nuestra propia historia y nuestra manera de ser en relación con los otros. Es decir que forman parte de un trabajo continuo que el psicoterapeuta debe y tiene que trabajar es por eso que la infancia, la que uno recuerda, pero sobre todo la que uno ha vivido, es un eslabón que nos vincula al pasado, a las generaciones que nos han precedido y que llega hasta ese “uno mismo” del presente.

El funcionamiento mental y emocional de la familia forma parte del mundo interno del individuo en los niveles de funcionamiento más primitivos. Cuando tratamos al paciente adulto muchas veces vemos como algunas de las vivencias infantiles y sucesos acaecidos en la infancia o en la adolescencia, han tenido un efecto devastador en el mundo interno y en la configuración de las relaciones de objeto que el individuo establecerá a lo largo de su vida. A veces poco podemos hacer para modificarlo. Quién de nosotros no ha especulado con la idea de cómo hubieran sido las cosas de haberse podido intervenir antes.

Hoy en día difícilmente se contempla el tratamiento del niño sin atender, de alguna manera, a los padres. Se sabe que sin apoyar, informar, contener, implicar, etc., Dependerá del tipo de intervención a los padres, o a los adultos que realizan esta función, difícilmente se pueden consolidar los cambios que se alcancen en el niño. El efecto de la sesión apenas puede competir con la proyección diaria de los padres sobre los hijos, la psicoterapia de familia nos permite, en principio, ir un poco más allá. Pretende

Intervenir allí donde se generan los primeros vínculos, las primeras transmisiones, los factores de riesgo. Posibilita el acceso al mundo externo del menor y modular el sufrimiento emocional, generador de patología en el futuro. Cuando llega a nuestras consultas el paciente adulto esto ya no estará a nuestro alcance.

Pero no nos vamos a detener en el tema. Sí que lo haremos en dos elementos que como terapeutas nos han resultado facilitadores del proceso:

1. La adaptación del espacio para pensar el sufrimiento.
2. La co-terapia.

La adaptación del espacio para pensar el sufrimiento.

Muchas de estas familias tienen una tolerancia a la ansiedad y a la frustración extremadamente precaria, por lo cual es imprescindible contar con un espacio regular y de confianza que permita la observación y el pensamiento. A menudo el camino hasta llegar a esto es muy arduo porque además de la proyección de la hostilidad, el terapeuta tiene que contener suficientemente la violencia manifiesta a nivel verbal, que no es infrecuente. En ocasiones es necesario poner límites explícitos, a fin de proteger a los pacientes y el tratamiento, ya que es muy importante para la familia lograr una confianza en la fortaleza de los terapeutas cuando temen que su propia agresividad acabe por destruirlo todo.

Pero si el tratamiento va resistiendo estos desafíos y el proceso va progresando, la familia podrá identificarse con la actitud de los terapeutas de tratar de comprender lo que pasa sin reaccionar “en cortocircuito”. La experiencia de ser pensados por éstos, de reviere, que los padres o adultos presentes no han podido tener en su infancia, puede ser el germen de una empatía mutua que hasta entonces no existía entre los miembros de la familia. Únicamente un espacio terapéutico regular y prolongado posibilita la transferencia de las situaciones conflictivas para ser vividas y compartidas con el terapeuta en el presente. Este proceso es previo a que dichas situaciones puedan ser transformadas. Pero mantener este espacio terapéutico no siempre es viable; a veces asistir a las sesiones con regularidad es algo muy difícil, casi imposible de cumplir para muchas familias. La finalidad a través de los encuentros que sí se producen y acogiendo la fragmentación inicial del grupo familiar es pensar junto con la familia sobre ello para que se pueda ir modificando. En este sentido es importante que el terapeuta tenga en su mente a la familia como grupo aunque ésta llegue fragmentada.

Atendiendo una actuación desde la co-terapia

Se trata de una madre con dos hijos, que han perdido el contacto con el padre desde hace unos años. En la primera visita, a la que acude la madre sola, se muestra serena, con contacto emocional y una cierta capacidad de auto observación, explicando, entre otras cosas, que se ve como alguien impulsivo, que salta con facilidad y en sus propias palabras que no sabe gestionar sus emociones.

En la segunda visita, a la que acuden los hijos y la madre, nos muestra ya de entrada lo que a lo largo del tratamiento llamaremos momento TLP: muy indignada y furiosa, alzando un largo paraguas, empieza a hablar mal del hijo mayor. Nos dice que no para de pedirle cosas pero él no cumple con sus obligaciones, puesto que ha tenido que repetir curso.

La función terapéutica consiste, en nuestra opinión, en dirigirnos primero a la ansiedad desbordada de los adultos, en este caso de la madre, y contenerla a través de la interpretación –y si es necesario combinada con la acción, como hemos podido ver en esta viñeta–. Para más tarde atender el sufrimiento de los hijos. Solo cuando los adultos sienten un acuse de recibo de su propio sufrimiento pueden empanizar con el de sus hijos. En esta ocasión, esto ha podido ser simultáneo gracias a la presencia de dos terapeutas. La repetición a lo largo del tratamiento de estas “micro-experiencias” de aproximar aquello que está disociado, es lo que permite –en algunos casos, no en todos– otra salida más sana.

Sesiones de psicoterapia individual.

La intervención psicoterapéutica individual se ha realizado tomando en cuenta como punto principal, la expresión por parte de las familias acogidas escogientes de sus emociones y pensamientos, ante el desastre natural que vivieron en el 16 de abril (16 A), relatando como vivieron este día. Brindándole además herramientas para que logren analizar lo ocurrido y logren percibir, además lo que perdieron, cosas positivas a su alrededor, conjuntamente lograr conocerse a ellos mismos como individuos que logran resurgir ante una catástrofe.

Para esto se han dirigido la terapia siguiendo algunos de los puntos propuestos por Villalobos, (2009), en donde plantea la realización de una Intervención en Crisis de Primera Instancia, en la que integra, relación contacto psicólogo, alizar las dimensiones del problema, analizar las posibles soluciones, asistir al damnificado en la ejecución de pasos concretos y seguimiento; y una Intervención en Crisis de Segunda Instancia, en la que esboza, supervivencia física (preservar la vida y mantener la salud física), expresión de sentimientos (identificar y expresar los sentimientos en torno al desastre de formas aceptadas), dominio cognoscitivo (comprensión realista de lo ocurrido y de las creencias y expectativas del damnificado, modificar las distorsiones cognitivas entorno al suceso) y adaptaciones conductuales y personales (efectuar cambios o ajustes en los patrones cotidianos de comportamiento a la luz del suceso de desastre).

Base de datos de necesidades básicas de las familias acogidas post-terremotos para posterior toma de decisiones gubernamentales.

Desde la teoría de la jerarquización de las necesidades básicas propuesta por Maslow en 1943, se ha realizado una matriz para señalar la vulnerabilidades que existen posterior a un desastre natural respecto al no cumplimiento de las mismas, y que consecuentemente afecta al bienestar bio-psico-social de la comunidad.

Maslow describe a las necesidades básicas en forma de una pirámide con cinco niveles, en la que la los cuatros primeros niveles suelen ser agrupados como necesidades del déficit, y el último se le denomina como una necesidad del ser. Los cinco niveles son: necesidades físicas, necesidades de seguridad, necesidades de afiliación, necesidades de autoreconocimiento, necesidades de autorrealización. El mismo autor señala que se puede llegar a la satisfacción de los últimos niveles, solo si se encuentran satisfechos los niveles inferiores.

Si bien es cierto, para el cumplimiento a plenitud de las necesidades básicas se necesita algunos años de construcción de una identidad, tanto individual como

social, que nos permita adaptarnos a nuestro contexto sociodemográfico, además de vivir en armonía con nuestros vínculos familiares.

Sin embargo, después de un desastre natural, estos cinco niveles propuestos por Maslow, quedan reducidos –por la emergencia- a los tres primeros. Las acciones de la comunidad y de la población se dirigen al cumplimiento primero de la salud física, el agua y la alimentación, para posteriormente asegurar el segundo nivel, en donde un evento con una magnitud tan alta como el ocurrido el 16 de abril en las costas ecuatorianas, requieren de un apoyo mucho más grande en donde intervendrían autoridades competentes que salvaguarden los derechos de los y las ciudadanas.

Según la OPS (2013), es importante hacer una evaluación de daños y necesidades emergentes de una población después de un desastre, además de los recursos disponibles, acción que debe ser cumplida de manera inmediata y prioritaria, para planificar y organizar la intervención psicosocial, sin dejar de lado, el contexto social, sus tradiciones y costumbres, para garantizar un mejor resultado en los trabajos a ejecutar.

Además de la evaluación post-desastre, se recomienda el seguimiento del cumplimiento de estas necesidades, y por sobretodo abarcar a toda la población afectada. Garantizar la atención psicosocial a toda la comunidad se convierte en un trabajo prioritario de los organismos voluntarios y los gobiernos locales, el complementar y sistematizar la información recogida para la adecuada toma de decisiones futuras respecto a la preparación para contingencias futuras (OMS, 2013).

El obtener estadísticas del nivel de afectación o del nivel de incumplimiento de las necesidades básicas, obliga las autoridades comunitarias a prepararse, y tomando en cuenta no solo los primeros niveles de necesidades básicas, proteger la salud mental familiar se vuelve prioridad frente a una situación en que, se ha conocido en casos anteriores en otros países, aumenta el índice de violencia de género, consumo de sustancias psicoactivas y abandono familiar (OMS, ACNUR, 2015).

A su vez, el uso adecuado de esta información por parte de la comunidad con sus representantes, promueve a la elaboración de un protocolo a nivel de país que atienda a las necesidades básicas de la comunidad posterior a un desastre, y motive a profesionales en el área, a investigar la capacidad de resiliencia y autogestión de las comunidades, sean urbanas y rurales, para la reconstrucción, y a su vez apoye a los servicios de salud pública, y a los ministerios encargos del trabajo y la vivienda, elementos gravemente afectados, que violentan el cumplimiento del bienestar de las personas.

El trabajo realizado se dio a través de fases previamente establecidas, empezando por capacitaciones de organizaciones nacionales así como internacionales, mediante el bagaje teórico y la experiencia adquirida se realizó métodos de obtención de información, esta sería la segunda fase, la elaboración de una ficha de recolección de datos y la implementación de nuevos elementos al genograma (para terremoto/desastres naturales), la tercera fase es la de campo, en la población de las familias acogidas acogientes en la ciudad de Jaramijó, la cuarta fase es la elaboración de una matriz donde se reconocen datos imprescindibles para la actuación tanto de los gobiernos locales como de otras instituciones en intervención para ayuda humanitaria.

La matriz arroja cifras por la cantidad del número de personas y son las siguientes: población acogida 157, población acogiente 142, total de la población (niños 137, adolescentes 67, adultos 345, adultos mayores 25, con total de total 574 personas), necesidades de urgencia (sin necesidades 457, alimentos/agua 69, ropa por persona 69, medicina 13, carpas/colchón 8), necesidades de asistencia médica (niveles de necesidades: urgente 11, moderada 18, poca/ninguna 545), necesidades de asistencia social (niveles de necesidades: urgente 20, moderada 18, poca/ninguna 536), necesidades de asistencia psicológica (niveles de necesidades: urgente 65, moderada 62, poca/ninguna 444) y atención psicológica (descarga emocional 14, atención individual 64, sesiones 76).

METODOLOGÍA

El presente estudio contiene un diseño que corresponde a la metodología cualitativa del tipo investigación-acción. Se trabajó con 157 personas de población acogida, 142 de población acogiente del cantón de Jaramijó provincia de Manabí. Para la toma de datos se aplicó la entrevista y la observación participante. Se realizaron descargas emocionales y sesiones individuales a la población afectada.

RESULTADOS

De forma primaria se estudia el impacto que causan los desastres naturales en específico los terremotos, existen medidas preventivas pero no están al alcance de todos, precautelar las vidas y proteger las familias es una tarea que ha primera instancia recae la responsabilidad al gobierno local es importante caracterizar familias acogidas para reconocer la necesidades que presentes ya que posiblemente lo han perdido todo.

Identificar las necesidades básicas de supervivencia es importante, pero no es menos importante las necesidades de intervención psicológica, por ello la utilización de descargas emocionales, para que estas familias se puedan expresar después de haber sido víctimas de tales acontecimientos.

A posteriori de la aplicación de las descargas en este sector identifica de afectación por terremotos (familias acogidas), se realiza identificación de problemáticas mayores y se efectúan atenciones psicológicas individuales con un posterior seguimiento.

La intervención gubernamental frente a desastres naturales como los terremotos es de primer orden, siendo tan necesarios que la implementación de base de datos señalando necesidades del sector afectado (familias acogidas) mediante evaluación post desastre generando un compromiso de atención de las necesidades presentes.

DISCUSIÓN

El gobierno a través del MIES reconoce la necesidad de familias acogientes, pero es mayor la tendencia en direccionar el interés hacia los albergues, es por ello que se observa la poca intervención en cuanto cubrir las necesidades a los acogidos por otras familias.

Debido a la poca referencia de contar con un protocolo de intervención psicosocial en crisis en familias acogidas acogientes, y la poca atención dirigida a esta población posterior a un evento de desastre natural como lo son los terremotos, nos ha mostrado una realidad en particular, la presencia de vulnerabilidad a este grupo de población afectada.

CONCLUSIÓN

En este proyecto de investigación se menciona sobre la experiencia de intervención psicosocial en crisis en familias acogidas acogientes en el cual se expresa la importancia de intervención en este grupo humano, ya que no existe la presencia de una plan de asistencia direccionado hacia ellos y en donde este proyecto se cumple con el objetivo de creación de un protocolo de intervención en crisis para esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENAPRE. (2007). Sismos. México.

Dirección de Geología Ambiental y Aplicada (2010), ¿Qué hacer en caso de terremotos?

Fernández Márquez, L. (2010). Modelo de intervención en crisis: En busca de la resiliencia personal. Recuperado de

<https://orientacascascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>

FTS. (2016). Terremoto en Ecuador. Un mes después.

Goenjian, A. K., Najarian, L. M., Pynoos, R. S., et al. (1994). "Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia." *American Journal of Psychiatry*, 151, p. 895-901.

Laudo, I. Sastre, V. (2015). Psicoterapia en familias de riesgo. Pp. 7-8-9 10.

Linares, A. R. (s/f). La institucionalización y la acogida en familia. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Texto_acogida.pdf

Maslow, A. (1943). Una teoría sobre la motivación humana. *Psychological review*, 50, 370-396.

Miller, D. (2009). Las Técnicas para la Liberación Emocional para sentir Paz. Light Within Enterprises. Recuperado de <http://www.findthelightwithin.com/Paz.pdf>

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. (2014). Información sobre Terremotos en California, España.

Ministerio de Inclusión Económica y social. (s.f.). Familias de acogida recomendaciones mínimas como alojamiento temporal. Doc. Ref. 04.

Noji, E. K. (2000). Impacto de los desastres en la salud pública. Pan American Health Org.

OCHA (2016). Ecuador: Terremoto Reporte de Situación No. 08 (al 02 de mayo de 2016). Recuperado de https://www.humanitarianresponse.info/es/system/files/documents/files/redhum-ec-reporte_de_situacion_no_8-ocha-20160503-mp-18330.pdf

- OMS/ACNUR. (2015). Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental. Guía de herramientas para contextos humanitarios. OMS-ACNUR. Ginebra.
- OMS. (2013). Volver a construir mejor. Atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Información general. OMS. Ginebra.
- OPS. (2010). Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastres. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.
- Villalobos, A. (2009). Intervención en Crisis en Situaciones de Desastre: Intervención de Primera y de Segunda Instancia. Revista Médica Costa Rica y Centroamerica Lxvi (587) 5-13.