

Revista Psicología UNEMI

Ciencias Sociales y del Comportamiento.

Vol. 4, N° 6, enero - junio 2020

Revista semestral, editada por la Universidad Estatal de Milagro, Facultad Ciencias Sociales, Educación Comercial y Derecho, carrera de Psicología.

INDIZACIÓN:

2602-8379 en línea

REGISTRO:

• Registro electrónico en Base "operated by Bielefeld University Library", Academic Resource Index, Actualidad Iberoamericana, REDIB (Red Iberoamericana) y Google Scholar.

FINANCIAMIENTO:

• Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, UNEMI

Revista Psicología UNEMI.

Es una revista científica de producción semestral dirigida a la población universitaria que difunde conocimiento científico, basados en proyectos de investigación, divulgación de proyectos de vinculación, trabajos originales y arbitrados en la línea de ciencias sociales y del comportamiento con secciones de ciencias relacionadas al bienestar psicológico y salud mental, enmarcados en cualquiera de las áreas de investigación, básica o aplicada, propias de la psicología, psicología social, comunitaria, clínica, educativa, jurídica, deportiva, entre otros y que contribuyan al avance, crecimiento inter-disciplinario de esta, así como a su impacto social.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los artículos, siempre y cuando se cite su procedencia. Las opiniones de los autores son de su exclusiva responsabilidad y la revista no se solidariza con doctrinas, ideas o pensamientos expresados en ellos.

Solicitudes, comentarios y sugerencias favor dirigirse a: Universidad Estatal de Milagro, Carrera de Psicología, Revista PSICOLOGÍA UNEMI. km 1.5, vía Milagro a Parroquia Virgen de Fátima o comunicarse por +593-0984396325 - ext. 9169

Dirección electrónica: revistapsicologia@unemi.edu.ec

Envíos: <http://ojs.unemi.edu.ec/>

Portada:

Característica:

La propuesta de la revista al lado izquierdo contiene el nombre, el registro ISSN y al lado derecho la palabra psicología en una presentación vertical con fondo celeste azulado verdoso.



Administración de la revista:

Directora Revista Psicología UNEMI

Ps. Carmen Zambrano Villalba MSc.

Coordinadora de Soporte a la Investigación CRAI

Lcda. Carmen Hernández Domínguez, Ph.D

Diseño Portada

Lic. Victor Zea Raffo

Revisor de Traducción

Econ. Christoph Riegel, MSc.

Gestor Técnico

Ing. Ruth Farías Lema

**COMITÉ
EDITORIAL**

MIEMBROS EQUIPO EDITORIAL

MSc. Carmen Zambrano Villalba

Universidad Estatal de Milagro, UNEMI
czambranov@unemi.edu.ec

PhD. María Richaud de Minzi

Pontificia Universidad Católica Argentina
richaudmc@gmail.com

PhDc. Marmo Julieta

Pontificia Universidad Católica Argentina
julietamarmo@yahoo.com.ar

PhD. Carlos Ramos Galarza

Universidad SEK
ps_carlosramos@hotmail.com

PhD. Leanet Alonso Jiménez

Universidad Estatal de Guayaquil
lianetalonsoj@ug.edu.ec

Dr. Alejandro Chávez Rodríguez

Universidad de Guadalajara, México
cualitativainvestigacionrev@hotmail.com

MSc. Shirley Arias Rivera

Universidad Estatal de Guayaquil
shirleyariasrivera@gmail.com

PhD. Manuel Cañas

Universidad de Riobamba
mcañas@unach.edu.ec

PhD. Alexis Lorenzo Ruiz

Universidad de la Habana, Cuba
alexislorenzo64@gmail.com

Contenido

Editorial	05
El cuidado de quienes cuidan: miembros de equipos de atención de violencia familiar. Analía Verónica Losada ¹ ; Julieta Marmo ²	08
Adicciones a sustancias y comportamentales en la ciudad de Loja. Rivadeneira Díaz Yoder Manuel ¹ ; Cajas Sigüencia Tamara Alexandra ² ; Israel Viejo Mora ³ ; Enrique Quinto Saritama ⁴	20
Políticas chilenas: un largo camino para la inclusión de estudiantes en situación de discapacidad que transitan por la educación superior. Paola Ahumada Contreras ¹ ; Carolina Mora González ²	30
Influencia de los factores psicosociales en la conducta impulsiva de los adolescentes. Tannia Cordero Zambrano ¹	39
Asimetrías de poder y violencia intrafamiliar en la provincia de El Oro. Ullauri Carrión Marcia Galina ¹ ; Quinche Labanda Darwin Jeovanny ² ; Gordillo Quizhpe Iván ³	52
Identificación de la carga laboral y su relación con la percepción de salud en cuidadores de la Zona 9 del Ecuador. Marina R. Ramírez ¹ ; Karina Ocampo ² ; David Ortega Jiménez ³ ; Nahomi Erazo ⁴	64
Normas de publicación.	75

Content

Editorial	05
Caring for caregivers: Family Violence Care Team Members. Analía Verónica Losada ¹ ; Julieta Marmo ²	08
Substance and Behavioral Addictions in the City of Loja. Rivadeneira Díaz Yoder Manuel ¹ ; Cajas Sigüencia Tamara Alexandra ² ; Israel Viejo Mora ³ ; Enrique Quinto Saritama ⁴	20
Chilean Policies: A long road to the inclusion of students with disabilities who are going through higher education. Paola Ahumada Contreras ¹ ; Carolina Mora González ²	30
Influence of Psychosocial Factors in the impulsive behavior of adolescents. Tannia Cordero Zambrano ¹	39
Asymmetries of power and domestic violence in the Province of El Oro. Ullauri Carrión Marcia Galina ¹ ; Quinche Labanda Darwin Jeovanny ² ; Gordillo Quizhpe Iván ³	52
Identification of the work overload and its relation to the perception of health in caregivers in Ecuador's area 9. Marina R. Ramírez ¹ ; Karina Ocampo ² ; David Ortega Jiménez ³ ; Nahomi Erazo ⁴	64
Publication Rules.	75

Revista
PSICOLOGÍA
UNEMI

Factores psicosociales que afectan a la población del Ecuador

Desde los principios de salud y bienestar los grupos vulnerables de la población ecuatoriana sufren altos índices de diferentes tipos de violencia que ponen en riesgo la salud mental e integral de los que se encuentran en exposición de violencia.

La perspectiva psicosocial de la familia determina que está es responsable de la calidad de vida de sus miembros con una interacción compleja e integradora que posteriormente determinan el comportamiento humano saludable.

Los profesionales de la salud mental parten del estudio de estos comportamientos, del origen psicosocial con el análisis del ciclo vital de la familia para realizar un estudio complejo de los posibles trastornos que se pueden estructurar.

Es necesario determinar los antecedentes familiares, crisis normativas y para normativas, el inicio de la estructura familiar, matrimonio, presencia de hijos. Por otro lado, es importante el desarrollo integral de los hijos, el clima familiar en la que ellos se desarrollan, escolaridad adolescencia y como asumen los padres y los mismos hijos estos cambios.

Por tal motivo es fundamental que la familia cumpla con las condiciones para un buen desarrollo de los subsistemas como es crear condiciones para la satisfacción de

necesidades básicas y psicológicas, construir una matriz emocional con relaciones emocionales positivas que faciliten el desarrollo de la identidad individual afectivo e integral de todos los miembros de la familia que estimule los roles sociales, las condiciones para un buen aprendizaje, desarrollo de la capacidad creadora y resolución de problemas. Por último, incorporar los valores éticos, sociales y culturales que permitan el desarrollo integral de la personalidad.

La educación familiar por tanto es una función vital, para la formación de personalidades sanas y competentes para responder a las demandas de la sociedad de manera asertiva y eficaz.

El funcionamiento familiar es en resumen el producto de la colaboración mutua donde el individuo aprende a tomar decisiones, resolver problemas y generar estilos de vida saludables disminuyendo los problemas psicosociales que afectan a la población ecuatoriana.

Es importante construir una conciencia social familiar de paz, sin violencia, donde se pueda convivir armónicamente y nuestros hijos se desarrollen de manera óptima y puedan resolver los problemas de la vida cotidiana, con un clima familiar favorable se puede construir una sociedad sin violencia que tanto daño hace al país y al mundo.

MSc. Carmen Zambrano Villalba
Editora Principal
Universidad Estatal de Milagro

Revista
PSICOLOGÍA
UNEMI

Revista **PSICOLOGÍA** UNEMI

EL CUIDADO DE QUIENES CUIDAN: MIEMBROS DE EQUIPOS
DE ATENCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR.

ADICCIONES A SUSTANCIAS Y COMPORTAMENTALES EN LA CIUDAD DE LOJA.

POLÍTICAS CHILENAS: UN LARGO CAMINO PARA LA INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES EN
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD QUE TRANSITAN POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR.

INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA CONDUCTA
IMPULSIVA DE LOS ADOLESCENTES.

ASIMETRÍAS DE PODER Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA PROVINCIA DE
EL ORO.

IDENTIFICACIÓN DE LA CARGA LABORAL Y SU RELACIÓN CON LA
PERCEPCIÓN DE SALUD EN CUIDADORES DE LA ZONA 9 DEL ECUADOR.

EL CUIDADO DE QUIENES CUIDAN: MIEMBROS DE EQUIPOS DE ATENCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR

Analia Verónica Losada¹; Julieta Marmo²
(Recibido en septiembre 2019, aceptado en noviembre 2019)

¹Psicopedagoga, Lic. y Dra. en Psicología. Es Esp. y Mg. en Metodología de la Investigación. Pos Doctora en Psicología y Esp. en Psicología Clínica con Orientación en Docencia e Investigación; Universidad Católica Argentina, <https://orcid.org/0000-0003-0488-4651>. ²Psicóloga y Especialista en Niños y Adolescentes. Docente de la Universidad Católica Argentina. Coordinadora de Posgrados y Doctorados de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la UCA. <https://orcid.org/0000-0002-9861-3272>
analia_losada@yahoo.com.ar; julietamarmo@yahoo.com.ar

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo analizar las variables psicológicas que intervienen en el ejercicio profesional, en Miembros de Equipos de Atención de Violencia Familiar. Se desarrolla el concepto de Síndrome de Burnout, el de traumatización vicaria y/o la movilización de propias experiencias de violencia en cuidadores que cuidan. Determinados recursos y estrategias promueven un mejor autocuidado y ajuste emocional en dichos profesionales. La metodología utilizada es de revisión sistemática y análisis crítico de estudios científicos actuales, considerando reportes sólidos y confiables en salud mental. Finalmente se detallan propuestas de intervención de cuidado saludable con la finalidad de prevenir posibles desajustes en el equipo.

Palabras Clave: Síndrome de Burnout; Autocuidado, Traumatización vicaria; Violencia familiar; salud mental, cuidar a cuidadores.

CARING FOR CAREGIVERS: FAMILY VIOLENCE CARE TEAM MEMBERS

Abstract: The objective of the present work is to analyze the psychological variables that intervene in the professional exercise, in Members of Family Violence Attention Teams. The concept of Burnout Syndrome is developed, that of vicarious traumatization and / or the of mobilization of own experiences violence in caring caregivers. Certain resources and strategies promote better self-care and emotional adjustment in these professionals. The methodology used is a systematic review and critical analysis of current scientific studies, considering solid and reliable reports on mental health. Finally, proposals for health care intervention are detailed in order to prevent possible imbalances in the equipment.

Keyword: Burnout syndrome; Self-care, vicarious Traumatization; Domestic violence; mental health, caring for caregivers.

I. INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la Salud Mental, en el campo de la Psicología, se encuentran en lo cotidiano, con numerosas historias acerca del sufrimiento humano, ya sea en lo personal, vincular o institucional. Recorren con su escucha e intervención relatos del orden de lo traumático y angustiante. Específicamente, al tratar en espacios o dispositivos de Violencia Familiar, las historias suelen ser más crueles, despertando en ocasiones, sentimientos de injusticia, desamparo, angustia, enojos, agotamiento y hasta la propia actuación violenta. A pesar de ello, los Equipos de asistencia, tienen la responsabilidad de brindar una atención adecuada, empática, científica y de calidad, respecto de cada caso que llega a su servicio o institución (Ojeda, 2006). Se considera, siguiendo a Puhl, Izcurdia, Oteyza y Escayol (2016), que trabajar con esta problemática implica a su vez, para un mejor desempeño profesional, estar atento y desarrollar estrategias para un adecuado autocuidado. Teniendo en cuenta el impacto del relato y seguimiento de las historias recibidas, y las consecuencias posibles que de ello se derivan, se trata en el presente estudio de analizar las variables psicológicas que intervienen en el ejercicio profesional, en Miembros de Equipos de atención de Violencia Familiar. Se desarrolla el concepto de Síndrome de Burnout, el de traumatización vicaria y/o la movilización de propias experiencias de violencia en cuidadores que cuidan y finalmente se describen los recursos y estrategias que promueven un mejor autocuidado y ajuste emocional en dichos profesionales. La metodología utilizada es de revisión sistemática y análisis crítico de estudios científicos actuales, considerando reportes sólidos y confiables en salud mental.

Desarrollo: Según la Organización Mundial de la Salud, se define la violencia como el *“uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”*. La violencia puede tomar diversas formas entre las que se pueden mencionar la violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica, así como se podría clasificar según las formas en que se manifieste

en los distintos ámbitos: doméstica, laboral, mediática, contra la libertad reproductiva, obstétrica.

En lo que se refiere a la violencia doméstica (Ley 26485, 2009), se entiende por tal a aquella *“ejercida por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia”*.

Las estadísticas de atención en temas de violencia familiar en Equipos de intervención, van incrementando año tras año. Así, en Argentina, por ejemplo, de acuerdo a las publicaciones oficiales de la Oficina de Violencia Doméstica (OVD, 2018), se han realizado durante el primer trimestre del año 2018, un total de 2581 prestaciones interdisciplinarias, las cuales, a su vez, se han incrementado en 2019. Existe también en ese país, un sistema para solicitar auxilio, a través de un número telefónico (144), atendido por profesionales especializados en el área. La implementación de esta línea telefónica, responde a un alcance nacional y gratuito (Ley 26.485). En este caso, los llamados recibidos por la línea 144 remiten a solicitudes de ayuda que evidencian situaciones de maltrato o violencia hacia los/as niños/as y adolescentes en el ámbito familiar. Desde su puesta en marcha en el año 2013, se responde de manera integral e inmediata a las demandas, gracias a su equipo de atención interdisciplinario que se compone de profesionales del derecho, la psicología y el trabajo social especializados en la temática de género. Inicialmente el que solicita auxilio a través de este medio es atendido por un psicólogo, el cual opera a través de la “escucha activa”. Ello implica escuchar de manera cuidadosa y asertiva (UNICEF, 2017).

Durante el período 2013 – 2015, los estudios realizados por este sistema, registran un total de 60.534 llamados

a la línea de los cuales más de 50 mil corresponden a un primer contacto realizado con la línea. Del total de llamados, el 2,9% (1.796) corresponde a casos en los que la persona en situación de violencia es un niño, niña o adolescente.

Siguiendo esta línea, en términos epidemiológicos, las estadísticas de la Oficina de Violencia Doméstica (OVD, 2018), revelan que el 76 % de los casos afectados está representado el género femenino y el 24 % restante, por el género masculino. El grupo etario femenino más amplio está dado entre los 22 y 39 años representando el 34 % de las personas afectadas. El perfil, en cuanto al nivel de instrucción, se da de manera tal que la mayoría no alcanza el nivel de formación secundaria: 34 % y en su mayoría son personas con ocupación laboral - profesional.

En cuanto a los denunciados, según la OVD (2018), más del 70 % está dado por el género masculino, del cual el 63 % está dado entre los 22 y 49 años de edad. En atención al tipo de vínculo, en su el 54 % de las personas afectadas tienen una relación de tipo pareja con la persona denunciada, novios, convivientes, cónyuges, ex parejas, de los cuales, el 62 % corresponde, en esa tendencia, a ex parejas. El vínculo es de tipo filial para el 32 % de las personas afectadas. Un 9 % posee otro tipo de vínculo con la persona denunciada. Los vínculos fraternales y de otro familiar hasta un cuarto grado de consanguinidad representan el 3 % cada uno. Resulta de alto impacto la consideración que existe entre la persona afectada y el denunciado, siendo entre alto y altísimo el riesgo corrido en familiares de hasta 4° grado, seguidos del tipo filial.

El 32 % de las situaciones de violencia familiar evaluadas en la Oficina de Violencia Doméstica (2019) afectaron a niñas, niños y adolescentes. Se trata de 4.828 personas, mayoritariamente menores de 10 años (67 %), según datos del año 2018. La violencia psicológica estuvo presente en casi todas las denuncias (más del 93 %) seguida de la física (44 %), la simbólica (36 %), la económica (27 %) y la ambiental (22 %). Entre las víctimas de violencia sexual (10 %), ocho de cada diez fueron niñas y adolescentes mujeres. Los principales tipos de violencia que se registran se pueden clasificar como: violencia psicológica, más del 91 % en todos

los rangos etarios, física, en los vínculos de pareja: 66 %, simbólica, 73 % en parejas y cerca del 40 % en las demás relaciones, sexual 20 % en otros familiares hasta 4to grado de consanguinidad.

El primer estudio sobre la violencia doméstica realizado por la Organización Mundial de la Salud (2005) pone de manifiesto que la ejercida por la pareja es la forma de violencia más común en la vida de las mujeres. En el estudio se describen las gravísimas consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres que tiene en todo el mundo la violencia física y sexual ejercida por el marido o la pareja, y se expone el grado de ocultación que sigue rodeando este tipo de violencia.

Durante el año 2018 (OVD, 2019), los equipos interdisciplinarios de la OVD atendieron 11.623 casos, lo que representa un aumento de 8% respecto del año anterior. El año 2018 fue, de los últimos 5 años, el que más cantidad de casos se atendió. Los fenómenos de violencia familiar se constituyen como un problema de salud pública dada su envergadura cuantitativa y cualitativa que comprometen a la sociedad en su conjunto (Bringiotti, 2005; Colombo, Ynoub, Viglizzo, Veneranda, Iglesias y Stroppo, 2005; Losada, 2011; Losada, 2012; Losada, 2015 y Losada y Porto, 2019) y afectan especialmente a los profesionales que se hallan en la trinchera de la detección y tratamiento de sus causas y consecuencias.

Los objetivos están en relación al análisis de las variables psicológicas que intervienen en el ejercicio profesional, en Miembros de Equipos de atención de Violencia Familiar. Por otro lado, Postular afecciones, síntomas, impacto en la salud y consecuencias en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar. Por último, exponer pautas para la construcción de un plan de autocuidado en integrantes de equipos de atención de violencia familiar. En tal sentido, el presente artículo tiene como objetivo general, reflexionar acerca de dichas afecciones, sus síntomas, el impacto en la salud y sus consecuencias, desarrollando finalmente pautas para la construcción de un plan de autocuidado en integrantes de Equipos de atención de violencia familiar. Se comenzará describiendo el Síndrome de Burnout.

Es necesario considerar al equipo de trabajo y el desgaste profesional. Todo este detalle fenomenológico da cuenta del perfil de personas que acuden a los servicios y equipos de atención para casos de violencia. De manera particular, los psicólogos que brindan atención a víctimas de violencia familiar, se convierten en depositarios de historias dolorosas, crueles y desgarrantes. Cuando esto ocurre de manera sostenida y a lo largo del tiempo, y en la medida en que no se desarrollan estrategias de autocuidado y acompañamiento institucional, dicho escenario de relatos y hechos violentos, puede favorecer el desarrollo del Síndrome de Burnout, la traumatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia. El término *Burnout* se utilizó inicialmente en relación al efecto del uso y consumo problemático de sustancias. Le es atribuido a Freudenberger la descripción que realizó acerca del agotamiento profesional en los trabajadores que se desempeñaban en ayudas técnicas. Según Freudenberger se reemplazaba el carisma y el compromiso social por cansancio, agotamiento, fatiga y otros malestares afines. Según Llanos y Aron (2004), el afectado percibe que sus esfuerzos no cumplieron su cometido, que ha sido en vano su tarea y no se han producido las recompensas esperadas,

El síndrome de Burnout o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Su definición tal como se la expresa, no se encuentra actualmente en los manuales diagnósticos: ni en el DSM-V, ni en el CIE 10. Sin embargo, se la reconoce como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Morales Lachiner e Hidalgo Murillo, 2015). Recientemente, la Organización Mundial de la Salud incorporará esta nomenclatura, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que entrarán en vigencia en adelante a partir del 2022. Para comprender este síndrome desde una perspectiva psicosocial, Puhl, Izcurdia, Oteyza, y Escayol (2016)

proponen diversas variables del modelo. En este sentido, desde el punto de vista cognitivo - actitudinal, se asocia a la baja realización personal en el trabajo; considerando las variables emocionales, remite de manera directa al agotamiento emocional y considerando variables actitudinales, puede llevar inclusive a la despersonalización.

Cuando se hace referencia a que un profesional está "quemado" se intenta reflejar el hecho de que una situación laboral, familiar y/o social le ha sobrepasado, agotando su capacidad de reacción. Boada, Vallejo y Agulló (2004) postulan la asociación directa entre el burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral.

Cantera, L. y Cantera, F. (2014) postulan que el síndrome de agotamiento profesional surge como consecuencia de la sobrecarga emocional de trabajo y se presenta especialmente en aquellos profesionales que abordan las problemáticas psicosociales y trabajan con violencia, exponiéndose en una serie de síntomas y dificultades a nivel personal, familiar y de relación en el interior de los equipos.

En el mismo sentido la investigación de Ramírez Pérez y Lee Maturana (2011) da cuenta que la despersonalización es una de las variables asociadas al síndrome de Burnout y se caracteriza por el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.

A la vez un equipo de trabajo en salud da cuenta de un grupo personas de diferentes disciplinas se unen para atender a los pacientes. El estatus de equipo es dado por la realización común de un trabajo llevado adelante con objetivos claros, resultados medibles, sistemas clínicos y administrativos, división del trabajo, capacitación de todos los miembros del equipo y comunicación efectiva (Grumbach y Bodenheimer, 2004).

Con respecto al autocuidado Santibáñez, María, Lucero-Espinoza, Irribarra y Muller (2008) sostienen que el modo en la cual el terapeuta ajuste sus necesidades emocionales, se asocia con el éxito o el fracaso terapéutico, siendo que el profesional perturbado

emocionalmente puede paralizar la evolución de su paciente e incitar cambios negativos o de pocos beneficios. De todos modos, Santibáñez María, Lucero, Espinoza, Iribarra y Muller, (2008) postula que un cierto nivel de conflicto psicológico en el terapeuta resultaría positivo para el progreso de la terapia, ya que se puede empatizar y comprender en profundidad para finalmente contactarse con el otro.

El desgaste y agotamiento profesional en equipos que trabajan sobre la violencia familiar refieren a síntomas que van más allá del cansancio físico que puede llevar cualquier tarea laboral. Quienes lo padecen muestran desmotivación en la tarea, irritabilidad, decaimiento psicológico, sensación de vacío, deterioro del auto concepto, visión negativa de sí mismo, de la vida y de los demás, rigidización, aburrimiento, dificultad para tomar decisiones, ausentismo laboral, sentimientos de culpa, autoculpabilización y sentimientos de omnipotencia (Llanos y Aron, 2004). Estos profesionales pueden cerrarse o aislarse de los colegas, disminuir su empatía y negarse al cambio y las nuevas formaciones o a nuevos ingresos de miembros al equipo. Si esto sucede debe realizarse un abordaje más amplio con supervisiones externas y apoyo grupal e individual.

La contaminación temática implica el verse afectado por el daño que ha tenido la violencia en los sujetos, siendo que el trabajador del área no queda ileso sino cuenta con la formación, recursos y sostén necesarios.

La primarización de los vínculos se caracterizaría en estos equipos de trabajo como el otorgamiento de roles y funciones inherentes a los grupos primarios. Frases como "ustedes son como mi familia", "paso más tiempo con ustedes que con mi familia" "los veo más que a mis hermanos" se conjugan con vivencias de colocar al jefe, director o coordinador del equipo en roles de madre o padre y posicionarse con pares en espacios pseudocompatibles al subsistema fraterno, colocando a la autoridad como padre que debe intervenir en un conflicto entre hermanos". Los liderazgos tradicionales paternalistas pueden tener este marco un terreno propicio para desarrollarse.

Los equipos que abordan estas problemáticas deben poseer formaciones variadas y dinámicas

interdisciplinarias, siendo que el "disciplinamiento" que aporta cada profesión puede enriquecer la labor del otro. Estos equipos parecen reeditar la conflictiva con la que trabajan, posicionándose en sintomatología afín a la dificultad que asisten laboralmente, vivenciado todo lo que les sucede como violencia.

La Traumatización vicaria, es un tipo de Traumatización por impacto acumulativo que proviene de la práctica profesional cotidiana en clínicos, terapeutas o todo personal de ayuda que conocerá el suceso traumático de la víctima primaria. Es decir, después de escuchar varias veces el dolor y la violencia ejercida por los otros y sumado a un fuerte deseo de ayudar, se puede comenzar a interiorizar el dolor el cual se combinan con algunas de sus propias experiencias traumáticas e impacta en la propia salud mental del profesional.

La traumatización vicaria alude a la percepción de "*todo es violencia*" y se actúa en consecuencia a ello, defendiéndose (Llanos y Aron, 2004) al estilo de Don Quijote y los Molinos de Viento. A la vez la Traumatización en Equipos representa a la reproducción en equipos de dinámicas de corte violencia y rigidizando en roles a miembros del grupo.

Llanos y Arón (2004) explicitan que, en el desgaste profesional y el agotamiento profesional, la sintomatología no es un problema de trastornos individuales, sino que se trata de reacciones que exhiben las personas que trabajan en contacto con temáticas de violencia, aunque esto puede agravarse si se trata de profesionales con condiciones psicológicas previas sin tratamientos adecuados.

En el ejercicio profesional de la psicología se dan elementos comunes con otras profesiones que predisponen al estrés y al Burnout, tales como el exceso de demanda (Farber y Heifetz, 1982; Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers, 1982), la rutina (Deutsch, 1985; Will, 1979), la remuneración insuficiente (Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers, 1982; Pereira, 1994, Rao y Mehrotra, 1998) o la presión constante (London, 1977). Lo mismo ocurre con las consecuencias habituales del estrés organizacional: agotamiento físico y emocional (Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers, 1982), irritabilidad y distanciamiento físico, absentismo, o mental, falta de atención, sueño, aburrimiento. También

como en otras profesiones, los psicólogos pueden tener dificultades en sus relaciones laborales y sociales, tanto con colegas como con amigos o familiares (Cray y Cray 1977; Farber y Heifetz, 1982; Deutsch, 1985; Carvalho, 1988), y puede suceder que los problemas y dificultades en las relaciones les lleven muchas veces al aislamiento social (Greben, 1975; London, 1977; Will, 1979; Farber y Heifetz, 1982; Guy y Liaboe, 1986).

La investigación llevada adelante por Baró Jiménez, Mariño Membribes y Ávalos González (2011) da cuenta de la necesidad de los equipos de salud de recibir capacitación especializada frente al flagelo de la violencia familiar. En su trabajo investigativo de corte cualitativo en 20 profesionales de la salud miembros de equipos de trabajo el 60 % mostró desconocimiento con relación a qué tipo de atención brindar, curso a seguir, existencia de metodología, y perfeccionamiento en la atención, frente a casos de violencia doméstica. La preparación de los equipos básicos de salud, sobre violencia doméstica, es escasa en las dimensiones cognitivas y procedimentales, siendo que esta falta de capacitación temática arroja mayor riesgo de vivenciar estrés luego del abordaje.

METODOLOGÍA

Se llevó un estudio de revisión sistemática en referencia a la temática de estudio (Montero y León, 2011), valiéndose como fuente de información primaria libros, revistas científicas y tesis. Como fuente de información secundaria, se utilizaron diversas bases de datos como Google Académico, Scielo, Ebsco y Redalyc. Los términos y palabras clave empleados en la búsqueda fueron Equipos de Salud, Estrés laboral, Violencia Familiar. En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión de los estudios, se consideró la información que aportaban a las variables de estudio. Se incluyó parámetros para aceptar o desechar los artículos y demás fuentes de consulta.

Referente al autocuidado y cuidados de equipo de trabajo, Ojeda (2006) sostiene que como pilar del autocuidado en profesionales asistentes a sujetos que atravesaron violencia familiar deben darse claridad en las funciones y en las tareas para no aumentar la carga de trabajo, ya que esto afecta tanto en el servicio como en cuidado personal y profesional. Estos equipos

se componen por trabajadores designados para la realización de una tarea de la que deben claramente definirse objetivos, usualmente se trata de grupos interdisciplinarios con responsabilidad compartida sobre la tarea, según expresa Katzenbach (2000).

La ponderación, estudio y cuidado de las dinámicas del interior de los equipos y las instituciones buscan sostener equipos cohesionados en instituciones preocupadas y sensibles al cuidado de sus trabajadores reduciendo el impacto y el estrés (Antares Foundation, 2012; Mideplan, 2009; Filot, y Uriarte, 2008). Los profesionales deben gestar un encuentro genuino y respetuoso con el otro, fomentando participación y a la vez la mirada crítica respecto al trabajo que se lleva adelante (Montero, 2006). El autocuidado de los equipos de trabajo genera beneficios en sí y también en la población asistida, (Rey, Granese y Rodríguez, 2013).

La formación en competencias socioemocionales se aprende y adquieren, siendo que estos equipos además necesitan nutrirse de ellas por la gravedad de la tarea que efectúan (Franco, 2013; Valz Gen, 2015). Debe acompañarse de reforzamiento teórico, metodológico y sostenimiento grupal (Kuras, & Resnizky, 2009).

El cuidado de los equipos de trabajo en profesionales que asisten estas problemáticas debe colocarse en la agenda institucional, conociendo del impacto que genera en los miembros de los grupos de salud (Velázquez, Rivera y Custodio, 2015; Thorne, Corveleyn, Pezo del Pino, Velázquez y Valdez, 2011; Velázquez, Cueto, Rivera y Morote, 2011; y Rodríguez, 2009).

Oliveira, Queirós y Guerra (2007) proponen espacios de cuidado con el desarrollo de tareas que posibiliten la reflexión del quehacer diario, analizando el significado de situaciones complejas tanto a nivel personal como social, generando una relación de influencia mutua a partir de las relaciones de empatía.

La supervisión, la terapia personal, la resiliencia y el realizar actividades motivadoras por fuera de la actividad laboral son algunas de las vertientes saludables y reparadoras del tejido dañado o en riesgo de estarlo. Llanos y Aron (2004) sugieren: Visualizarse a sí como profesionales de riesgo, desarrollar factores protectores, formación profesional, trabajar sobre las normativas

instituciones y la psicología institucional, compartir las responsabilidades profesionales en los casos de riesgo y vivenciar la riqueza y aporte interdisciplinar.

Si este contacto con el sufrimiento humano se presenta de manera continua y cotidiana, pueden generar el desarrollo sea del síndrome de burnout, traumatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia. De esta forma, su salud integral sufriría serias repercusiones, así como otras implicancias desfavorables en su desempeño laboral y en sus relaciones interpersonales en general. En este contexto, la incorporación de la práctica del autocuidado surge como una necesidad prioritaria para preservar la salud y bienestar general de los/las prestatarios/as y, paralelamente, para salvaguardar que las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y otras violencias que requieren ayuda y acuden a sus servicios, reciban una atención efectiva y de calidad.

A los fines de consolidar el autocuidado profesional deben incluirse estrategias tales como el diagnóstico participativo, la evaluación participativa y el cuidado de los equipos (Rivera, 2007).

RESULTADOS

A partir de los objetivos inicialmente propuestos y el análisis realizado, los resultados indican que los Miembros de Equipos de Trabajos, vinculados a situaciones de Violencia Familiar, se pueden ver afectados por el Síndrome de Burnout, el de traumatización vicaria y/o la movilización de propias experiencias de violencia en cuidadores que cuidan.

La descripción epidemiológica revela datos de alto impacto, aumentando anualmente las cifras en temas de violencia familiar. La violencia psicológica, seguida de la física exponen las tasas más altas, generalmente ejercidas sobre mujeres y niños, por parte de un adulto, que, en distintos sentidos, ejerce su poder de manera insalubre. En atención a ello, y considerando especialmente que el tipo de violencia familiar es en la región occidental, de las más frecuentes, es que se requiere mayor atención profesional. En ese sentido, se constituyen como un problema de salud pública regional y nacional, así como en distintos contextos internacionales.

El desajuste dado entre las demandas que implican al profesional poner en marcha sus competencias y habilidades, y las situaciones de estrés a las que se ve cotidianamente sometido, pueden afectarlos profesionalmente, deteriorando en ese caso, su calidad de atención. Como lo plantean Puhl, Izcurdia, Oteyza y Escayol (2019), se trata de una reacción a la tensión emocional crónica creada por contacto persistente y continuo con personas que atraviesan crisis endogámicas que son motivo de sufrimiento. Son claros los indicadores resultantes de las problemáticas a las que el trabajador de la Salud Mental se ve expuesto en este campo.

En este caso, se han analizado las variables psicológicas que intervienen en el ejercicio profesional, en Miembros de Equipos de atención de Violencia Familiar, dando respuesta al objetivo inicial de la investigación. Se ha estudiado al Síndrome de Burnout, como un padecimiento que el profesional vivencia en el desarrollo de su trabajo, producto del estrés, desgaste y agotamiento experimentado, que lo lleva habitualmente a tener síntomas como fatiga crónica, ineficacia, pérdida de atención y que en sus formas complejas y más graves, podría implicar situaciones de abandono de la profesión y a padecer trastornos psicológicos graves.

Por otra parte, se ha analizado el concepto e implicancias de la Traumatización Vicaria, entendiendo por tal a la aparición de síntomas relacionados con estrés posttraumático en quienes asisten a personas afectadas por una experiencia traumática, como en el caso de la violencia intrafamiliar. Se genera entonces una exposición, cuya duración varía en cada caso, a los traumatismos de la otra persona. A ello se le suma la conexión empática del trabajador hacia esta persona y con sus propias experiencias dolorosas aún no integradas en su vida, pudiendo desarrollar síntomas similares al del trastorno por estrés post traumático (pesadillas, sueños y recuerdos recurrentes e intrusos, temores, angustia, malestar psicológico y/o físico). Finalmente se aborda la movilización de las propias experiencias de violencia. Con ello se hace referencia al riesgo de revivir o activar las propias vulnerabilidades, sufrimientos, temores, culpas, frustraciones, tristezas, impotencia, enojos referidos a eventos violentos.

Cualquiera de sus formas puede ser presentada en un continuum, experimentándose en distintos grados. Resulta más grave cuanto menos reconocida sea por los Equipos en los que se trabaja. Es por ello que, dando respuesta al último objetivo, se abordan estrategias propuestas por diversos investigadores, acerca del autocuidado en integrantes de Equipos de atención de violencia familiar. Se entiende por tal a aquella práctica que involucra actividades cotidianas, en las que toda persona debe trabajar para tener un desarrollo armónico y equilibrado, primando en este sentido, la promoción de la salud. Siguiendo esta línea, se han desarrollado planes y recursos para un mejor abordaje, siendo que, cuanto más cuidado y monitoreados estén los cuidadores, mejor podrán desarrollar sus actividades profesionales, mejorando circularmente su calidad de vida, la del que solicita ayuda y la de la institución de la que forman parte.

DISCUSIÓN

La familia es conjunto organizado de personas en interacciones permanentes, dinámica funcional, conectadas entre sí, plasticidad, reglas y límites que se sostienen en un intercambio interno y con el exterior (Losada y Marmo, 2017). Los profesionales avezados en los procesos de violencia familiar pueden dar cuenta de que estos grupos familiares presentan organizaciones diferentes o *desorganizaciones, dinámica funcional o disfuncionalidades, conectadas entre sí o desconectadas, reglas y límites, carencia de reglas y límites, intercambio interno y con el exterior, rigidez en la relación interna y con el exterior, ausencia de plasticidad*. Los patrones rígidos y repetitivos se constituyen como prototípicos en familias de transacción violenta., con fuertes intenciones de dominio, superioridad y descalificación del otro miembro, prevaleciendo dinámicas de ambigüedad y confusión.

La Violencia Familiar afecta a los miembros del grupo primario, a quienes intervienen en su diagnóstico y en el tratamiento y a la sociedad en general. Los daños que produce son incuantificables.

Quintana (2005) aporta que el desarrollo de políticas públicas acerca de las problemáticas de riesgo puede disminuir las dificultades de los grupos que trabajan en ello, ya que sentirían respaldo y contarían con los

recursos necesarios para llevar adelante la superación de la crisis. Siendo de vital importancia la presencia y actuación del Estado en la protección a las víctimas de violencia de género. Adecuar la ley y hacer que ésta se cumpla en un marco de Justicia ineludible, donde las personas se sientan amparadas, como así también brindar espacios de contención al nivel de las necesidades de las personas que lo requieran.

La capacitación multiplica los recursos, renueva la creatividad y la esperanza en la labor que se halla a cabo, sugiriéndose la formación permanente. En la misma línea participar en proyectos de investigación puede dar cuenta cuales son los tratamientos eficaces, la epidemiología del fenómeno y nuevos elementos diagnósticos. A la vez, se estima que no debe perderse de vista que la familia es el terreno fértil donde se desarrolla la violencia doméstica y por tanto fortalecer, acompañar y promover la salud familiar se constituye como parte de la solución.

La Resiliencia se constituye como salida saludable si el hecho o el daño ya se presentó. La Resiliencia alude a la capacidad de salir airoso y aun fortalecido luego de haber atravesado un conflicto. Losada y Latour (2013) postulan que la resiliencia puede ser suscitada en cualquier etapa del ciclo vital y en todos los individuos, familias y sociedades y puede convertirse en una herramienta válida para superar la vulnerabilidad frente a la adversidad. Y que la aplicación clínica y social del concepto de resiliencia debe contemplar el estudio de las fortalezas presentes en la calidad de vida, el análisis de las fortalezas provenientes de los recursos sociales y sucesos de vida positivos y las fortalezas derivadas de las respuestas de afrontamiento. ¿Qué puede capitalizarse luego de haber atravesado o asistido a miembros de un grupo con fenómenos de violencia familiar? ¿Cómo puede aprender y aprenderse de la crisis? Las construcciones del individuo se basan y se nutren de construcciones el medio con el reconocimiento y la aceptación. Las familias necesitan de redes de apoyo y sostén, valiéndose de la resiliencia como recurso humano y terapéutico. Y los profesionales que abordan el tema, también.

A la vez el cuidado de los integrantes de los equipos de atención a quienes padecen fenómenos de violencia familiar debiera ser un tema en cartelera, por su

relevancia y contaminación personal y profesional. El profesional debe cuidar de sí mismo, realizando conductas que tienen por finalidad la propia persona, que van en la línea del autoconocimiento y de procesos cognitivos relacionados con pensar en uno mismo que posibiliten luego realizar acciones propiciadoras de la salud mental, ligado a las vivencias de experiencias de bienestar y satisfacción, obtenidas y gestadas mediante comportamientos enmarcados en la salud mental y la salud en general (Fierro, 2000). Los miembros del equipo que cuenten con niveles adecuados de bienestar propician su salud mental y esto repercute de modo directo en el desempeño que presente con sus consultantes y asistidos (Rodríguez y Arias, 2018).

Por tanto, el cuidar a quienes cuidan a sujetos con violencia familiar posibilita la prevención de situaciones de agotamiento profesional y a la vez responde a los fundamentos éticos y políticos necesarios para la salud comunitaria (Winkler, 2007). Además de voluntades de los miembros de los equipos deben gestionarse acciones, políticas afines y programas capaces de integrar y coordinar las acciones en marcha (Ynoub, 1998).

CONCLUSIONES

La atención de personas que padecen violencia familiar, interpela a las instituciones y a la sociedad en general, a desarrollar estrategias de atención cada vez mayores, ya sea en términos cuantitativos (dado que aumenta sistemáticamente la demanda de prestaciones) así como en términos cualitativos (que hacen referencia a la calidad de intervención psicológica e interdisciplinaria). El contacto frecuente con la escucha de situaciones traumáticas, angustiantes y agresivas, puede afectar individual y colectivamente a los Profesionales de Equipos que trabajan tal problemática. La alteración puede tomar distintos modos e intensidades, desarrollándose de manera lenta y continua hasta tomar dimensiones más claras y definidas. En este sentido, se desarrollan los conceptos implicados en el primer objetivo, y que resultan como consecuencia del estrés en el ámbito laboral y en el profesional especializado. Es decir, se analiza el Síndrome de Burnout, el de traumatización vicaria y/o la movilización de propias experiencias de violencia en cuidadores que cuidan. En todos estos casos, se suele asociar al estrés

como un importante factor de riesgo sobre el desgaste profesional, que impacta al bienestar y calidad de vida profesional, lo que hace que su rendimiento laboral se vea afectado. Las fuentes de desgaste pueden tener su origen externo (falta de recursos, déficits institucionales, u otras tensiones procedentes del medio u externas al profesional) o interno (miedo a revivir situaciones traumáticas del pasado, vivenciar agresión u otras tensiones propias del psicólogo).

Se entiende al Síndrome de Burnout como un desajuste producto del agotamiento, que paradójicamente se da en aquel cuidador que cuida, se identifica en este sentido como, *“el precio de ayudar a los demás”*. Se describe la traumatización vicaria del terapeuta como aquellos casos en que se absorbe, de manera inconsciente, la sintomatología y sufrimientos de la víctima y los reproduce en su propia persona, convirtiéndose en cierto modo en una víctima indirecta. La principal diferencia entre ambos es que, en el Burnout, se desarrolla el desgaste hasta el punto de alcanzar un agotamiento emocional; mientras que la traumatización vicaria el profesional mantiene en todo momento con la víctima una actitud de asistencia absoluta, lo cual hace pueda sentirse confuso ya que se va identificado con los sentimientos de la víctima. Finalmente, la identificación puede llevar a formas menos discriminadas, en que el profesional ponga en juego su propio actuar violento, ya sea de manera directa o indirecta en su ámbito laboral y/o personal. De esta manera, dando respuesta al segundo objetivo, se han desarrollado las afecciones junto a sus síntomas, su impacto en la salud y las consecuencias en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar.

Se encontraron en el análisis sistemático, pautas para la construcción de un plan de autocuidado en dichos Equipos, lo cual, a través de un grupo de estrategias de planificación - monitoreo y psico-educación, responden a principios de prevención, tratando con ello de minimizar los variables de riesgo y potenciando los factores protectores individuales y socio-institucionales. Para ello, es fundamental reconocer las fuentes de desgaste, abordarlas y mejorar la calidad de vida profesional, personal, del Equipo y de la Institución, lo cual, en todos los sentidos, impactará favorablemente en la calidad de atención brindada. Finalmente,

considerar el desarrollo de políticas públicas en salud, acerca de las problemáticas de riesgo, puede disminuir las dificultades de los grupos que trabajan en ello.

REFERENCIAS

- Álvarez, A. (2012). La adopción. En *Análisis del proyecto de nuevo Código Civil y Comercial 2012*. Buenos Aires: El Derecho. Recuperado en 2019 de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/contribuciones/adopcion-atilio-alvarez.pdf>.
- Antares Foundation. (2012). *Gestión del estrés en trabajadores humanitarios: Guía de buenas prácticas*. Amsterdam: Antares Foundation.
- Arón, A.M. & Llanos, M.T. (2005). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan en violencia. *Sistemas Familiares* 20 (1-2) 5-15
- Baró Jiménez, V. G., Mariño Membribes, E. R., & Ávalos González, M. M. (2011). Preparación del equipo básico de salud en temas de violencia doméstica, perspectiva de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(2), 178-186.
- Boada, J., Vallejo, R. D., & Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16 (1).
- Bringiotti, M. I. (2005). Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 78-85.
- Cantera, L., & Cantera, F. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97.
- emas Familiares 20 (1-2) 5-15
- Código Civil y Comercial Argentino (2014). Recuperado de Infoleg en 2019 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/42438/texact.htm>
- Colombo, G., Ynoub, R. C., Viglizzo, M., Veneranda, L., Iglesias, G., & Stropparo, P. (2005). Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio. *Convergencia*, 12(38), 81-107.
- Dirección de Educación de Adultos y Formación Profesional de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (S/A). Recuperado en 2019 de <http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/educaciondeadultos/educacionadistancia/documentosdescarga/documentosmateriales/teoriadelaorganizacion.pdf>
- Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda (2017). Los divorcios en la Ciudad de Buenos Aires en 2016. Recuperado en 2019 de https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/10/ir_2017_1205.pdf
- Drucker, P. (1993). *La sociedad poscapitalista*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Fierro, A. (2000). El cuidado de sí mismo y la personalidad sana. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, (76), 35-47.
- Filot, A., & Uriarte, C. (2008). Resilience in MSF and its Personnel 1 MSF: Belgium 2 MSF, Spain. *African Health Sciences*, 8(S), 44-45.
- Franco, R. (2013). *Salud Mental Comunitaria para mujeres afectadas por violencia: Sistematización del programa de formación en salud mental comunitaria para la atención de las secuelas de la violencia política*. Lima: Manuela Ramos.
- Grumbach, K. & Bodenheimer, T. (2004). Can health care teams improve primary care practice? *Jama*, 291(10), 1246-1251.
- González, A. (2019). Adoptar en Argentina. ¿Por qué es tan complejo el proceso? 21 de enero de 2019. Diario Perfil. Recuperado en 2019 de <https://www.perfil.com/noticias/sociedad/como-es-proceso-adopcion-argentina.phtml>
- Hasibe, L. (2011). *Palabras para la familia*. México: Sista.
- Katzenbach, J. (2000). *El trabajo en equipo: Ventajas y desventajas*. Barcelona: Granica.
- Kuras, S., & Resnizky, S. (2009). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra Viva
- Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, (2005).
- Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias* (Doctoral dissertation, Tesis de Doctorado). Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Argentina).
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201-229.

- Losada, A. V. (2015). *Familia y psicología*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Losada, A. V., & Marmo, J. (2017). Hacia la comprensión de los procesos familiares. Buenos Aires: Dunken.
- Losada, A. V. & Porto, M. (2019). Familia y Abuso Infantil. *Revista Neuronum*, 5 (2) 7-32.
- Losada, A., V. y Ribeiro, M., V. (2015). Apego y Adopción. *Borromeo*, 6 1-15.
- Mideplan. (2009). *Manual de orientación para la reflexividad y el autocuidado*. Santiago de Chile: Mideplan.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2019). Adopción en Argentina: guía informativa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones SAIJ, 2017. 32 p.; 20 x 20 cm. ISBN 978-987-46508-6-3 1. Derecho de Familia. 2. Adopción. I. Título. CDD 346.015
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2019). Recuperado en 2019 de http://www.saij.gov.ar/26994-nacional-codigo-civil-comercial-nacion-Ins0005965-2014-10-01/123456789-0abc-defg-g56-95000scanyel#parte_731.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: Método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós
- Montero, I. y León, O. G. (2011) Usos y costumbres metodológicas en la psicología española: un análisis a través de la vida de Psicothema (1990- 1999). *Psicothema*, 13 (4), 671-677.
- Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(1), 21-27.
- Oliveira, M., Queirós, C., & Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: Do caos a autopoíese. *Psicologia, Saude & Doencas*, 8(2), 181-196.
- Orozco Rincón, E., López Ruiz, E., Zuleta, P., López, D., Giraldo, M., Gómez, M., Molina, A., Álvarez, A., Valencia, L., Ramírez Gómez, B., Páez, A. (2013). Rol del psicólogo en las organizaciones. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N. 11, diciembre 2013, pp. 409-425. Recuperada en 2019 de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>.
- Puhl, S.; Izcurdia, M.; Oteyza, G. & Escayol, M. (2016). Síndrome de Burnout en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Secretaría de Investigaciones. **Anuario de Investigaciones, XXIII**, 229 -236.
- Ramírez Pérez, M., & Lee Maturana, S. L. (2011). Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *POLIS. Revista latinoamericana*, (30). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/2355>.
- Rey, J., Granese, A., & Rodríguez, P. (2013). Espacios de cuidado: Una propuesta para equipos que trabajan con niñez. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3(1), 93-119.
- Rivera, M. (2007). *Guía de capacitación para la intervención en salud mental comunitaria*. Lima: MINSU-UE/AMARES.
- Rodríguez, J. (2009). Protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres. En Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Salud mental en la comunidad* (pp. 269-284). Washington, DC: OPS/OMS.
- Rodríguez, M. J., & Arias, S. (2018). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1(2), 216-234.
- Santibáñez, P., María, R., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D., & Muller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 89-98.
- Thorne, C., Corveleyn, J., Pezo del Pino, C., Velázquez, T., & Valdez, R. (2011). *Buenas prácticas en la prevención y atención de la violencia social: Sistematización de la labor realizada por instituciones y organizaciones peruanas*. Lima: PUCP.
- Valz-Gen, V. (2015). Cuidado a los equipos. En M. Rivera & T. Velázquez (Eds.), *Trabajo con poblaciones afectadas por violencia política*. Lima: Maestría de Psicología Comunitaria de la PUCP.
- Varela, C. (2010). La psicología institucional argentina. Orígenes y fundamentos. Segundo Congreso Nacional y Primer Encuentro Internacional de Psicosociología Institucional, Universidad Nacional de Salta, , 12-14. Recuperado en 2019 de <http://www.cristianvarela.com.ar/textos/a-institucional-argentina-origenes-fundamentos>.

- Velázquez, T., Cueto, R., Rivera, M., & Morote, R. (2011). Construyendo una psicología comunitaria en el Perú. En M. Montero & I. Serrano-García (Comps.), *Historias de la psicología comunitaria en América Latina: Participación y transformación* (pp. 337-355). Buenos Aires: Paidós
- Velázquez, T., Rivera, M., & Custodio, E. (2015). El acompañamiento y el cuidado de los equipos en la Psicología Comunitaria: Un modelo teórico y práctico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 307-334.
- Winkler, M. I. (2007). Cuestiones éticas en Psicología Comunitaria: Dudas en la praxis. En J. Alfaro & H. Berroeta (Eds.), *Trayectoria de la Psicología Comunitaria en Chile: Prácticas y conceptos* (pp. 373-400). Valparaíso: Universidad de Valparaíso
- Vitale, N. y Civale, V. (2010). La Psicología Institucional como modalidad de intervención profesional. Recuperado en 2019 de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/039_psico_institu2/material/bibliografia/vitale_civale-psicologia_institucional_como_modalidad_de_intervencion.pdf
- UNICEF (2017). Un análisis de los datos de la línea 144 sobre casos de violencia de género. Recuperado en 2019 de <https://www.unicef.org/argentina/media/1161/file/SerieLasViolencias4.pdf>
- Ynoub, R. C. (1998). Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 71-83.

ADICCIONES A SUSTANCIAS Y COMPORTAMENTALES EN LA CIUDAD DE LOJA

Rivadeneira Díaz Yoder Manuel¹; Cajas Siguencia Tamara Alexandra²; Israel Viejo Mora³;

Enrique Quinto Saritama⁴

(Recibido en septiembre 2019, aceptado en noviembre 2019)

¹ Doctor en Psicorrehabilitación y Educación Especial. Máster en Drogodependencias. Magister en Intervención, Asesoría y Terapia Familiar Sistémica. Magister en Docencia Universitaria e Investigación Educativa, <https://orcid.org/0000-0001-5973-4277>. ² Docente Investigador Titular de la Universidad Nacional de Loja, <https://orcid.org/0000-0003-4859-9625>.

³ Master en comunicación, docente de la Universidad Estatal de Milagro, <https://orcid.org/0000-0002-0906-900X>.

⁴ Neuropedagogo infantil Universidad Tecnológica Equinoccial, <https://orcid.org/0000-0002-7902-689X>.

¹ yoder.rivadeneira@unl.edu; ² tacs202@yahoo.es; ³ lviejom1@unemi.edu.ec; ⁴ enriquequintosaritama@gmail.com;

Resumen: El presente trabajo investigativo analiza las adicciones a sustancias y comportamentales en la ciudad de Loja, teniendo como objetivo: identificar el tipo de adicciones a sustancias y comportamentales más frecuentes y sus posibles causas. Es un estudio transversal de tipo descriptivo, con enfoque ecosistémico. La muestra fue no probabilística, con una población de 300 personas e informantes clave: dirigentes barriales, representantes institucionales, padres de familia y moradores de barrios del cantón Loja, predispuestos a colaborar en la investigación. Para la recolección de la información se utilizó una encuesta dividida en dos partes: la primera, se refiere a información socio demográfica de los participantes. La segunda, identifica sustancias de mayor consumo, adicciones comportamentales más frecuentes y posibles causas de las adicciones. Este trabajo señala claramente, que la adicción a sustancias más común es al alcohol 68%; la adicción comportamental más frecuente es al internet 47 %; y, encontrándose como una de sus posibles causas, la falta de comunicación familiar 57%. Basados en los resultados obtenidos, este trabajo posibilitará la intervención inmediata de las instituciones estatales y educativas del país para realizar procesos de prevención, intervención y tratamiento de las adicciones.

Palabras Clave: Adicciones; Comunicación Familiar; Factores de riesgo; Prevención. Intervención.

SUBSTANCE AND BEHAVIORAL ADDICTIONS IN THE CITY OF LOJA

Abstract: This research paper analyzes Substance and Behavioral Addictions in the city of Loja, with the objective of identifying the most frequent type of substance and behavioral addictions and their possible causes. It is a descriptive cross-sectional study, with an ecosystem approach. The sample was not probabilistic, with a population of 300 people and key informants: neighborhood leaders, institutional representatives, parents and residents of neighborhoods of the canton of Loja, predisposed to collaborate in the investigation. For the information collection, a survey divided into two parts was used: the first one refers to the socio-demographic information of the participants, the second identifies substances of higher consumption, more frequent behavioral addictions and possible causes of addictions. This work clearly states that the most common substance addiction is alcohol 68%; the most frequent behavioral addiction is on the internet 47%; and, being one of its possible causes, the lack of family communication 57%. Based on the results obtained, this work will enable the immediate intervention of the state and educational institutions of the country to carry out prevention processes, intervention and treatment of addictions.

Keyword: Addictions. Types. Family communication. Risk factor's. Prevention. Intervention.

I. INTRODUCCIÓN

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. (OMS, 2010). La adicción es una enfermedad primaria, que afecta al cerebro, constituida por un conjunto de signos y síntomas característicos. El origen de la adicción es multifactorial involucrándose factores biológicos, genéticos, psicológicos, y sociales.

Puede constituirse en una enfermedad del neurodesarrollo con inicio en la infancia y adolescencia, edades en las que actualmente comienza el consumo de tabaco, alcohol y marihuana. La mayoría de las adicciones tienen una base prácticamente similar, de manera que pueden presentarse algunos síntomas similares en una adicción al tabaco, como a la cocaína o bien a la comida o a las nuevas tecnologías. Las adicciones se las podría dividir en: Adicción a sustancias químicas: adicción al alcohol, cocaína, nicotina, marihuana, sedantes hipnóticos, anfetaminas, éxtasis, heroína, opio. Adicciones comportamentales: adicción al juego, sexo, religión, internet, televisión, trabajo; y, finalmente, Adicciones de ingesta (comida): comedor compulsivo, bulimia, anorexia nerviosa.

Las adicciones más frecuentes están relacionadas con el uso de drogas (alcohol, marihuana, cocaína, etc.), pero las consecuencias tienen impactos parecidos con el uso de internet, sexo, comida o juegos o cualquier comportamiento compulsivo que descontrola la vida de la persona. Así tenemos:

Adicción al alcohol: Es una de las más comunes, pero como es socialmente aceptada, a veces pasa inadvertida. Muchas personas empiezan a ingerir

bebidas alcohólicas desde muy temprana edad, pero con el paso del tiempo, las dosis deben ser más elevadas, para conseguir los efectos deseados. Éste es uno de los principales problemas de la sociedad.

Adicción al cigarro: La adicción a la nicotina, la principal sustancia del cigarrillo, es uno de los problemas de salud pública más comunes entre la población. Su consumo se halla estrechamente relacionado con enfermedades pulmonares y al parecer, en las últimas décadas, ha disminuido gracias a las campañas preventivas.

Adicción a las drogas: Las drogas alucinógenas, sintéticas, recreativas o los fármacos legales, alteran la estructura y el funcionamiento del cerebro, al igual que afectan notablemente la salud y con el paso del tiempo, generan graves problemas de tipo físico y mental. Muchas personas consumen marihuana desde muy temprana edad y luego, se enganchan con sustancias más fuertes como la cocaína.

Adicción al juego: También se le conoce como ludopatía. Es un trastorno mental en el que la persona se ve obligada a jugar y apostar de forma desahogada. A largo plazo, puede dejar en bancarrota a quienes lo padecen y es una de las adicciones más frecuentes. A pesar de que los casinos y las casas de apuestas son legales, representan un verdadero problema para la salud mental, según varios expertos.

Entre los Factores psicosociales asociados a adicciones, Existe una variedad de factores psicosociales que inciden en el uso y consumo de drogas, en la presencia de comportamientos adictivos y en adicciones a sustancias y comportamentales; también podrían llamarse factores de riesgo y protección. "Un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno" (Peñafiel, 2009, p.48). Entre esta diversidad de factores psicosociales tenemos:

Entre los Factores Sociales se encuentra el Medio Ambiente, caracterizado por la libre disposición por la población de sustancias psicotrópicas legales

(alcohol-tabaco), y la incentivación al consumo a través de la promoción y propaganda por los medios de información. En lo concerniente a las sustancias psicotrópicas ilegales, la organización de la producción y comercialización de ellas ha generado un fenómeno que compromete vastas esferas del ordenamiento social desde el ámbito de la producción, tráfico y consumo.

Es importante el Estilos de vida, en nuestra sociedad se ha caracterizado por propiciar el consumo de alcohol y tabaco como importantes gratificadores. Se produce una suerte de acostumbamiento social al consumo de sustancias psicotrópicas ilegales, expresadas en el inicio precoz de su consumo y el crecimiento de la patología asociada al mismo.

Entre los Factores Psicológicos se considera ser la adolescencia la etapa del desarrollo donde se forma la identidad individual y se produce la preparación hacia los diferentes roles sociales e individuales, es fácil entender como en este periodo es frecuente que los adolescentes experimenten con una amplia gama de actitudes y comportamientos entre los que se incluye el consumo de sustancias psicoactivas. Las sustancias más usadas por los adolescentes son el alcohol, el tabaco, seguidas de la marihuana.

Los factores de riesgo para tabaquismo y alcoholismo en los niños y adolescentes son sexo, edad, nivel socio económico, padres fumadores y bebedores, hermanos mayores y amigos, rendimiento escolar, trabajo remunerado y migración del país, entre otros. Permisividad, problemas de comunicación, maltrato, violencia, abusos, pobres estilos disciplinarios, rechazo parental, hogares disfuncionales, conductas antisociales, depresiones, ansiedad generalizada y otros muchos aspectos son factores de riesgo que hay que considerar como elementos idóneos para el desarrollo de adicciones.

Las conductas de riesgo tienen que ver con factores individuales como la edad, el sexo, autoconcepto, autoestima y habilidades sociales. Estos elementos se refieren a las características propias de cada individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse.

La edad.- En la mayoría de los estudios, el comienzo en la utilización de las drogas suele situarse entre los 13 y los 15 años. Existe un considerable aumento del consumo en este periodo, pudiendo ser ésta una etapa vulnerable para la iniciación. Los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales que se producen en la adolescencia y la forma personal en que cada sujeto asimile dichos cambios determinará el logro de un mayor o menor nivel de independencia y autonomía, actuando, así como factores de riesgo (facilitando la probabilidad de inicio y desarrollo de consumo de drogas) o como factores de protección (manteniendo al sujeto alejado de esta conducta). (Peñañiel, 2009, p.48).

Factores individuales, como las creencias y valores, es decir, lo que los jóvenes piensan acerca del consumo y de los efectos que producen las drogas, son elementos que contribuyen como predictores de conductas de riesgo. El déficit de habilidades sociales, inciden el apareamiento de conductas antisociales y falta de asertividad, puesto que las capacidades para establecer relaciones sociales y de expresar sus propias opiniones no son las adecuadas.

Los Factores Familiares, en la actualidad, señala que “en este grupo social recaen exigencias sociales cada vez más fuertes, como: presión económica constante, incorporación de los padres a jornadas de trabajo excesivamente largas, decremento de las redes sociales que den el soporte en la crianza de los hijos, familias con núcleos incompletos, familias ensambladas y hogares unipersonales” (Cerrutti & Binstock, 2009).

La familia ha constituido uno de los principales grupos para el desarrollo del sujeto desde la infancia hasta la etapa de la adolescencia. La familia proporciona un modelo y una formación que van relacionados con

los sentimientos, la socialización, las capacidades intelectuales, la moral y los valores que se necesitan en la vida adulta. (Moreno: 2017)

Es indudable que la familia, al ser un sistema vivo, un micro escenario sociocultural, dinámico y en continuo crecimiento, recibe las consecuencias directas de las adicciones tales como: el deterioro de las relaciones familiares, desintegración familiar (ausencia o confusión de roles parentales, reglas, límites), hostilidad, conductas punitivas (ejercicio violento de la autoridad, práctica frecuente del castigo físico y maltrato psicológico) desequilibrio afectivo, ausencia de figuras de autoridad (padres permisivos y periféricos en la familia); sobreprotección (fuerte dependencia y falta de estímulo a la autonomía); falta o escasa comunicación con los padres, (predominando los gritos, descalificaciones, maltratos, abusos, etc.); conflictos familiares (inestabilidad familiar, separaciones); consumo familiar de sustancias psicoactivas como modelo negativo y patrones intergeneracionales de consumo. “Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento”. (Peñañiel, 2009, p. 48).

En el proceso de socialización, la familia juega un papel importante, ya que es el entorno familiar, donde se adquieren y desarrollan creencias, actitudes, valores, hábitos, comportamientos y estilos de vida que van a condicionar la probabilidad de consumir alcohol y/o drogas. El núcleo familiar posee, por tanto, factores y características que están presentes en la dinámica relacional entre sus miembros, produciendo una influencia constante durante todo el proceso de las drogodependencias (inicio del consumo, mantenimiento del consumo y demanda de tratamiento) (López-Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005).

No es desconocido encontrar familias que, aunque tienen claro que es lo que desean para sus miembros, adopta conductas y actitudes diariamente opuestas a sus objetivos. Esto justifica la suma importancia de una intervención preventiva temprana para afrontar los factores de protección y evitar los de riesgo. Parece, por tanto, que la ausencia de apoyo familiar, la disfuncionalidad en las relaciones y la falta de habilidades para resolver problemas con los hijos están relacionadas con el consumo de alcohol y/o drogas. (López-Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005).

METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio transversal de tipo descriptivo con enfoque ecosistémico. La muestra fue no probabilística, con una población de 300 personas e informantes clave. Como técnica se utilizó la encuesta para la recolección de información, dividida en dos partes: la primera, se refiere a información socio demográfica de los participantes: nombres y apellidos, sexo, edad, escolaridad, domicilio. La segunda, identifica sustancias de mayor consumo, adicciones comportamentales más frecuentes y posibles causas de las adicciones.

La población total en la ciudad de Loja es de 214.000 habitantes aproximadamente (INEC 2011, citado en lahora.com.ec, Sep., 23, 2011) con 6 parroquias urbanas que comprenden: Carigán, San Sebastián, El Sagrario, Sucre, Punzara y El Valle dando un total aproximado de 244 barrios. Los sectores investigados corresponden a los barrios: Sauces Norte, Motupe, Gran Colombia, Tierras Coloradas, Punzara, El Plateado, Belén, Barrio Central, La Pileta, San Sebastián, Pucará, El Valle y Zamora Huayco. La muestra está conformada por 300 informantes clave: dirigentes barriales 14%, representantes institucionales 3%, padres de familia y moradores son las personas que mayoritariamente han sido consultados en un 83%.

Tabla 1. Informantes clave y moradores de barrios del Cantón Loja

Informantes clave y moradores de barrios	F	%
Moradores	160	53
Dirigentes barriales	40	13
Representantes institucionales	8	3
Padres de familia	92	31

Fuente: Elaboración a partir de los datos obtenidos

Los informantes Clave y personas que brindaron la información se encuentran detallados en la Tabla 1 y corresponden a Dirigentes barriales 13%, Representantes institucionales 3%, Padres de Familia 31%; los moradores son las personas que mayoritariamente han sido consultados en un 53%.

Tabla 2. Barrios y Sectores investigados del Cantón Loja

Barrios investigados	Moradores / Informantes clave	%
Tierras coloradas	25	8,0
Sauces Norte y Motupe	35	12,0
Punzara	20	7,0
Barrio Central y La Pileta	40	13,0
Gran Colombia	30	10,0
San Sebastián y Pucará	40	13,0
Valle	40	13,0
El Plateado	20	7,0
Belén	20	7,0
Zamora Huayco	30	10,0

Fuente: Encuesta aplicada a los moradores e informantes clave de los barrios de Loja

Los sectores investigados corresponden a: Tierras coloradas 8%, Sauces Norte, 12%, Punzara 7%, Barrio Central y La Pileta 13%, Gran Colombia 10%, San Sebastián y Pucará 13%, El Valle 13%, El Plateado 7%, Belén 7% y Zamora Huayco 10%. (ver Tabla 2). Ciertamente, la cobertura de la investigación no abarca la totalidad de barrios urbanos; sin embargo, en los lugares investigados, la recolección de datos muestra con claridad la presencia de la problemática de adicciones.

RESULTADOS

1. Adicciones más comunes a sustancias.

Tabla 3. Adicciones más comunes a sustancias

Sustancia	F	%
Alcohol	204	68
Tabaco	150	50
Marihuana	102	34
Cocaína	57	19
Inhalantes	51	17
LSD	33	11
Éxtasis	33	11
Otras	57	19

Fuente: Encuesta aplicada a los moradores e informantes clave de los barrios de Loja

Con relación a las adicciones más comunes a sustancias son: alcohol 68 %, tabaco 50 %, marihuana 34 %, cocaína 19 %, inhalantes 17 %, LSD 11 %, éxtasis 11 %; y, otras 19 %.

Las adicciones más frecuentes están relacionadas con el uso de drogas (alcohol, marihuana, cocaína, etc.). Como podemos apreciar el alcohol, tabaco y marihuana son sustancias de mayor consumo en estos sectores, por la facilidad, el costo y los lugares para obtenerlas.

Figura 1.



Fuente: Elaboración a partir de los datos obtenidos

2. Adicciones comportamentales más frecuentes

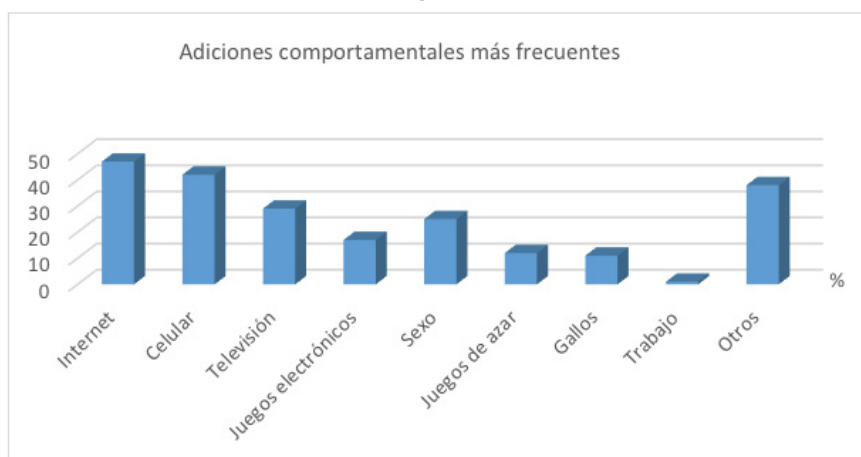
Tabla 4. Adicciones comportamentales más frecuentes

Sustancia	F	%
Internet	141	47
Celular	126	42
Televisión	87	29
Juegos electrónicos	51	17
Sexo	75	25
Juegos de azar	36	12
Gallos	33	11
Trabajo	3	1
Otros	114	38

Fuente: Encuesta aplicada a los moradores e informantes clave de los barrios de Loja

Con relación a las adicciones comportamentales más frecuentes, los datos señalan que: internet 47 %, celular 42 %, televisión 29 %, juegos electrónicos 17 %, sexo 25%, juegos de azar 12%, gallos 11%, trabajo 1 % y otros 38 %. Las adicciones más frecuentes están relacionadas con el uso de drogas (alcohol, marihuana, cocaína, etc.), pero las consecuencias tienen impactos parecidos con el uso de internet, sexo, comida o juegos o cualquier comportamiento compulsivo que descontrola la vida de la persona.

Figura 2.



Fuente: Elaboración a partir de los datos obtenidos

3. Posibles causas de las adicciones

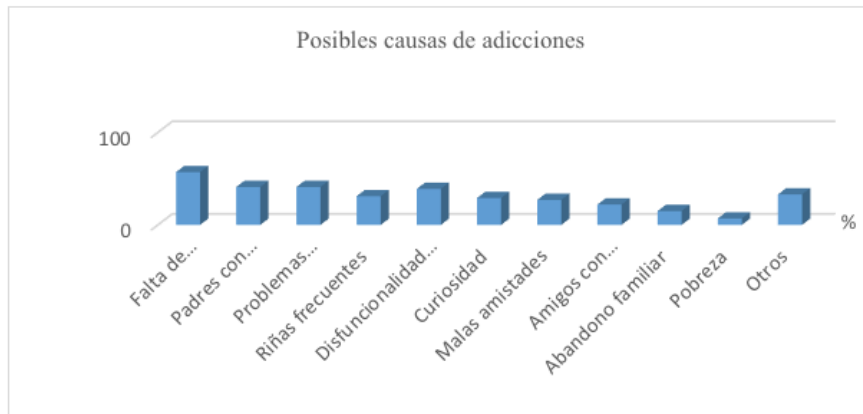
Tabla 5. Posibles causas de las adicciones

Posibles causas de las adicciones	F	%
Falta de comunicación familiar	171	57
Padres con problemas de adicciones	123	41
Problemas escolares	123	41
Riñas frecuentes	93	31
Disfuncionalidad familiar	117	39
Curiosidad	87	29
Malas amistades	81	27
Amigos con problemas de adicción	66	22
Abandono familiar	45	15
Pobreza	21	7
Otros	99	33

Fuente: Encuesta aplicada a los moradores e informantes clave de los barrios de Loja

Entre las posibles causas están en: falta de comunicación familiar 57%, padres con problemas de adicción 41%; problemas escolares 41%, disfuncionalidad familiar 39%, riñas frecuentes 31%, curiosidad 29%, malas amistades 27%, amigos con problemas de adicción 22%, abandono familiar 15%, pobreza 7%, y otros 33%. Las adicciones tienen un origen multicausal y relacional e involucran una interacción compleja entre precursores genéticos, fisiológicos y ambientales que se constituyen en factores de riesgo o protección.

Figura 3.



Fuente: Elaboración a partir de los datos obtenidos

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se logra identificar que las adicciones a sustancias más comunes en los sectores investigados son al alcohol 68%, tabaco 50%, marihuana 34%. Al respecto, varios estudios señalan que la adicción al alcohol está dentro de las más comunes, socialmente aceptada, de inicio temprano y constituye un problema de salud pública. (<https://mundo.elpensante.com/las-adicciones-mas-frecuentes-del-mundo/>). Es importante señalar que la fácil accesibilidad, falta de control, venta clandestina, promoción en los medios de comunicación masiva, hace que la adicción al alcohol sea más frecuente y los índices tiendan a elevarse. De las adicciones comportamentales encontramos que la adicción al internet 47% y celular 42% son las más frecuentes. El desmedido consumo del internet, celular, al igual que sucede con los videojuegos, constituye un riesgo severo de adicción y dependencia. ¿Por qué? Precisamente, porque lleva a la persona a un nivel de encierro y de hermetismo que después es difícil de romper. (<https://www.iprofesional.com/health-tech/287122-enfermedades-salud-cuerpo-Cuales-son-las-adicciones-mas-comunes-que-no-estan-relacionadas-a-las-drogas>). Las posibles causas están determinadas por la falta de comunicación familiar 57%, padres con problemas de adicción 41%; problemas escolares 41%, disfuncionalidad familiar 39%. La ausencia de apoyo familiar, la disfuncionalidad en las relaciones y la falta de habilidades para resolver problemas con los hijos están relacionadas con el

consumo de alcohol y/o drogas. (López-Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005). En algunas personas, la relación con distintas sustancias o comportamientos coexisten, de modo que la persona puede encontrarse con que tanto el alcohol como la cocaína son un problema. Otra persona puede tener relaciones problemáticas de manera simultánea con el juego, el alcohol y la pornografía. Se puede desarrollar adicción a sustancias con las que uno se auto-medica, o a sustancias que le prescribe un médico. Se pueden consumir sustancias legales que se obtienen de forma ilegal.

A pesar de que muchas de las consecuencias dañinas son comunes a todas estas manifestaciones de la adicción, algunos daños son específicos del consumo de un determinado tipo de sustancia o de comportamiento. Por ejemplo, los efectos mentales y físicos de la adicción al alcohol son distintos a los derivados de la adicción a la heroína, cocaína o al juego. (<https://www.fundacionrecal.org/que-es-la-adiccion/tipos-de-adiccion/>)

CONCLUSIONES

- Las adicciones a sustancias más comunes en los barrios investigados de la ciudad de Loja son al alcohol, tabaco, marihuana por su fácil accesibilidad, aceptación social, falta de control y políticas públicas para su prevención.
- Las adicciones comportamentales más frecuentes son al internet, celular, televisión,

ya que se ha pasado del uso de la tecnología como un servicio a una dependencia tecnológica, originando comportamientos adictivos en los moradores.

- Los factores predisponentes para las adicciones son la falta de comunicación y disfuncionalidad familiar, padres con problemas de adicción y problemas escolares, lo que cimienta el criterio de que las adicciones tiene origen multicausal y multifactorial.
- Finalmente, la presencia de políticas públicas, estrategias socioeducativas o de programas preventivos a nivel comunitario son necesarios para contribuir a la disminución de esta problemática.

REFERENCIAS

1. Acosta, Laura Débora, et.al. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Pág. 1. 2011 May-June; 19 Spe No: 771-81. Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/15.pdf>
2. Becerra, J. A. (2008). Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de la Emoción Expresada. *Revista Psicologia Científica.com*, 10(16). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/drogodependencia-familia-emocion-expresada>
3. Beck, Aron. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Editorial Paidós Ibérica. España
4. Bronfenbrenner, Urie. (1981). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano en *La ecología del desarrollo humano*, Barcelona: Paidós, 1987).
5. Caballero-Hidalgo A., González B., Pinilla J. y Barber P. (2006). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19, 6, 440-447.
6. Cañas Fernández, José Luis, (2001). *Antropología de las Adicciones*. Psicoterapia y Rehumanización.
7. Cerrutti, M. & Binstock, G. (2009). *Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. Disponible: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6153/1/S0900608_es.pdf
8. CONSEP, (2005). Segunda encuesta nacional sobre el consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media.
9. CONSEP, ONU. (2008). *Formador de formadores, MODULO II*
10. CONSEP. (2005). Segunda Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en estudiantes de enseñanza media.
11. Cunillera I Forn, Carme (2006). *Personas con Problemas de Alcohol*, Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona-España.
12. Echeburúa Odriozola, Enrique, et. al. (2009). *Adicción a las Nuevas Tecnologías en Adolescentes y Jóvenes*, págs., 272.
13. García Sánchez Francisco Alberto. (2001). *Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Madrid: Universidad de Murcia
14. Gárciga Ortega, Octavio. (2013). Las conductas adictivas desde un enfoque social. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4).
15. Hernández Sampieri, Roberto. (2010). *Metodología de la investigación científica*. México D.F. Quinta edición. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
16. López-Torrecillas, F., Bulas, M., León-Arroyo, R. y Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17 (3), 241-249.
17. Moreno Carmona, N., & Palomar Lever, J. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 51 (2), 141-151.
18. Nava Flores, C.M. (2010). Factores que influyen en la adicción adolescente, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Disponible: www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf.htm
19. Organización Mundial de la Salud. (2010) *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Italia.: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.
20. Organización Mundial de la Salud. (2013) *Informe OMS Sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*. Ginebra, Suiza.: Servicio de Producción de

Documentos de la OMS.

21. Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999) Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer*, 15(3), 164-168.
22. Peñafiel Pedrosa, Eva. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*. 2009, 32. 147-173. E.U. Cardenal Cisneros. Universidad de Alcalá. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3130577.pdf>
23. Pons, Javier. Buelga Sofía. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention* Vol. 20, No. 1, 2011 - pp. 75-94. Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v20n1/08.pdf>
24. Ravitch, Sharon, PHD (2009). El Sentido de la Investigación Cualitativa y sus Metodologías. Centro Integral de la Familia, Compilación. NINA Comunicaciones. Quito-Ecuador.
25. Valdés Cuervo, Ángel Alberto. (2007). Familia y desarrollo. *Intervenciones en Terapia Familiar*. MÉXICO. EDICIÓN PRIMERA. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
26. Vega Fuente, Amando, Acción Social ante las Drogas. Propuestas de intervención socioeducativa, págs., 232, 1993.

WEBGRAFÍA

1. <https://mundo.elpensante.com/las-adicciones-mas-frecuentes-del-mundo/>
2. <https://www.iprofesional.com/health-tech/287122-enfermedades-salud-cuerpo-Cuales-son-las-adicciones-mas-comunes-que-no-estan-relacionadas-a-las-drogas>
3. <https://www.fundacionrecal.org/que-es-la-adiccion-tipos-de-adiccion/>
4. http://es.wikipedia.org/wiki/Cant%C3%B3n_Loja
5. <http://www.adicciones.org/enfermedad/definicion.html>
6. <http://www.google.adicciones.com>
7. <http://www.google.comportamientoadictiva.com>
8. <http://www.google.impactos.com>
9. <http://www.infoadicciones.net/>
10. <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0680-61.pdf> - Similares
11. http://www.proyectoariadna.com/Historia_Adiccion1.h
12. <https://www.lahora.com.ec/noticia/1101209328/el-inec-presenta-en-loja-datos-del-censo->

POLÍTICAS CHILENAS: UN LARGO CAMINO PARA LA INCLUSIÓN DE ESTUDIANTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD QUE TRANSITAN POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Paola Ahumada Contreras¹; Carolina Mora González²
(Recibido en julio 2019, aceptado en septiembre 2019)

Profesora de castellano, magister en educación y candidata a doctor en políticas y gestión en educación superior¹. <https://orcid.org/0000-0003-3139-6493>. Carolina Mora, profesora en educación diferencial, magister en educación y candidata a doctor en políticas y gestión en educación superior² <https://orcid.org/0000-0002-9529-3963>

Paolaahumada@santotomas.cl; Carolinamorago@santotomas.cl

Resumen: Las políticas chilenas han incorporado la inclusión en educación superior desde la década de los 60, sin embargo, aún se encuentran muy lejos de los logros alcanzados en países desarrollados respecto a este tema. Esta realidad, se demuestra con la nueva Ley de Educación Superior n° 21.091 que dedica una parte mínima a este apartado. Este estudio plantea dilucidar el largo camino que han llevado los estudiantes con situación de discapacidad que transitan en educación superior en Chile, sus consecuencias y los retos para el futuro. La metodología utilizada fue una revisión sistemática y los resultados estuvieron en relación a las políticas y a las barreras en el aprendizaje que presentan las personas en situación de discapacidad, en la educación Superior, dependen en gran medida de los procesos metodológicos en el aula, a nivel general de una cultura inclusiva, situación que dificulta por ende las prácticas inclusivas.

Palabras Clave: Políticas chilenas; inclusión educativa; discapacidad; educación superior

CHILEAN POLICIES: A LONG ROAD TO THE INCLUSION OF STUDENTS WITH DISABILITIES WHO ARE GOING THROUGH HIGHER EDUCATION

Abstract: Chilean policies have incorporated inclusion in higher education since the 1960s. However, they are still far from the achievements made in developed countries on this issue. This reality is demonstrated by the new Law of Higher Education n° 21.091 that dedicates a minimum part to this section. This study proposes to elucidate the long path taken by students with disabilities who travel in higher education in Chile, its consequences and the challenges for the future. The methodology used was a systematic review, the results were related to the policies, and barriers in learning presented by people with disabilities, in Higher Education, depend largely on the methodological processes in the classroom, at the level general of an inclusive culture. This situation therefore hinders inclusive practices.

Keyword: Chilean policies; educational inclusion; disability; higher education.

INTRODUCCIÓN

En suma, la masificación de la Educación Superior en América Latina, al igual que en Estados Unidos, supone brechas agudas en las tasas de graduación según status socioeconómico. Entonces, y más en general, a escala global, la hipótesis es que aquel ciclo notable de masificación entraña una inclusión excluyente, según clases y sectores sociales. Es decir, socialmente condicionada. (Ezcurra, 2011)

Ezcurra (2011), plantea que existen amplias desigualdades que se evidencian en las tasas de graduación tanto en Latino América como en EEUU relacionadas con las diferencias socio económicas de los/las estudiantes de educación superior, pues a pesar de que en los últimos 20 años ha habido un incremento en la tasa de ingreso parte de la población que históricamente se encontraba afuera de este nivel educativo, actualmente aún no se ha logrado aumentar la tasa de retención y titulación de estos estudiantes.

Es por ello que interesa de sobremanera el concepto que da cuenta Ezcurra como la *inclusión excluyente* condicionada por factores socioeconómicos. Paralelamente, este contexto, podría aplicarse también a la población de personas en situación de discapacidad que ingresan a niveles de educación superior, ya que socialmente aún se dificulta la capacidad de actuar frente a los factores socioeconómicos de los/las jóvenes que se encuentran en educación superior y no se ha solucionado el cómo estos factores interfieren negativamente en el proceso o finalización de estudios profesionales.

En la antigüedad, el rechazo a los niños que nacían con alguna deficiencia o diferencia respecto del resto de la población era muy puntualizado. En la Grecia antigua incluso se llegaba al exterminio. No es sino hasta la llegada de la Revolución Francesa que se inicia un proceso de inserción de estos grupos diferentes de personas. (Cabrera, 2012, p 10).

De la misma manera, en las diversas épocas de nuestra historia, se ha exterminado, segregado y menospreciado a las personas en situación de discapacidad, visualizando su situación como castigos divinos. Y hoy por hoy, nuestra sociedad evidencia aún serias dificultades en la inclusión de dicha población en

todos los ámbitos de desarrollo social (Cabrera, 2012, p 12).

Chile no ha estado ajeno a esta disyuntiva, pues ha debido crear leyes y decretos que protejan a las personas en situación de discapacidad, donde dichas legislaciones han nacido como un soporte reactivo frente a una infinidad de situaciones nocivas que transgreden día a día el derecho primordial de la consideración del ser humano como persona (derechos humanos número 1). Es por ello por lo que se pretende dar a conocer qué avances se están evidenciando en Chile respecto al marco legislativo, cómo ha interferido en la incorporación de personas en situación de discapacidad en el ámbito educacional y cómo se regula la inclusión en el ámbito correspondiente a la educación superior.

DESARROLLO

La inclusión de personas con discapacidad en el sistema escolar chileno ha sido impulsada desde las políticas públicas hace más de dos décadas, atendiendo a los compromisos asumidos por el estado. Sin embargo, los programas para promover la inclusión han avanzado lentamente en el logro de sus objetivos. A nivel de educación superior, las pocas cifras disponibles revelan que la inclusión es un asunto de desarrollo incipiente en las universidades. A la falta de estadísticas se suma una insuficiente producción científica que permita conocer las condiciones físicas, psicológicas, sociales y económicas de este grupo. En este contexto, se realizó un estudio sobre estudiantes con discapacidad en una universidad chilena, con el propósito de aportar información pertinente y actualizada, que permita realizar un primer diagnóstico de las condiciones de inclusión.

La Conferencia Internacional de Educación (2008) y Ainscow y Milles (2008), plantean cuatro elementos que permiten comprender de mejor forma el concepto de educación inclusiva, en atención a su polisemia:

1. La inclusión es un proceso, por lo que puede concebirse como una búsqueda de las mejores formas de atender la diversidad del estudiantado.
2. La inclusión implica la búsqueda de la presencia, participación y éxito de todos los estudiantes.
3. La inclusión precisa de identificación y eliminación de barreras. El concepto de barreras es clave en tanto

son estas barreras las que impiden el ejercicio del derecho a la educación inclusiva.

3. La inclusión pone particular énfasis en aquellos grupos de alumnos que podrían estar en riesgo de marginalización, exclusión o fracaso escolar. Para Echeita (2013), la educación inclusiva es una perspectiva que aboga por superar la exclusión educativa; y tiene como foco los sujetos y colectivos que han sido privados del derecho a la educación (Escudero y Martínez, 2011). La inclusión se constituye en un “proceso para aprender a vivir con las diferencias de las personas (...) por tanto, de humanización y supone respeto, participación y convivencia” (López, 2011, p. 41).

Miles y Singal (2010), sostienen que la educación inclusiva es una perspectiva que promueve los principios democráticos, así como la igualdad y justicia social, de modo que todos los estudiantes puedan participar del proceso de enseñanza y aprendizaje. “La educación inclusiva es esencial a la instauración de una educación de alta calidad para todos los estudiantes y al desarrollo de sociedades más inclusivas. Es crucial para alcanzar la equidad social y hace parte integral del aprendizaje a lo largo de la vida” (Unesco, 2009, p. 5).

Un rasgo esencial de la educación inclusiva, de acuerdo a Casanova (2011), es el cambio en relación al enfoque de la integración: el énfasis pasa desde el alumno hacia la institución. En otras palabras: “implica necesariamente (...) poner en marcha y sostener procesos cíclicos de innovación, mejora y reformas educativas (Echeita, et al., 2013, p. 350).

De acuerdo a FONADIS (2004), este derecho está lejos de ser cumplido: en Chile sólo el 8,5 % de las personas con discapacidad está estudiando actualmente, a diferencia del 27,5 % de la población total del país. De este modo, por cada persona con discapacidad que estudia, cuatro no lo hacen.

Adicionalmente, una de cada dos personas con discapacidad ha completado la Enseñanza Básica, una de cada ocho ha cursado Enseñanza Media completa y sólo una de cada veinte personas con discapacidad ha logrado acceder a la Educación Superior. Recientemente, la Política Nacional para la Inclusión Social de las

Personas con Discapacidad (2013-2020), definió que “el limitado acceso a la educación, particularmente en el nivel inicial y en la educación superior, sumado a la necesidad de mejorar las respuestas educativas que reciben los estudiantes con discapacidad en la modalidad de educación especial, son factores que intervienen decisivamente en los procesos de exclusión social que viven las personas con discapacidad (p. 27). En este contexto, se establecieron los siguientes lineamientos: a) Incluir a las personas con discapacidad en el sistema general de educación, en todos los niveles y modalidades, velando por la permanencia y egreso del sistema. b) Proveer servicios, recursos humanos, técnicos, conocimientos especializados y ayudas necesarias para fomentar, de acuerdo a la normativa vigente, un aprendizaje de calidad para niños, niñas y jóvenes con NEE asociadas a un déficit o a una discapacidad.

Para enfrentar el bajo ingreso a la educación superior de las personas con discapacidad, el Servicio Nacional de Discapacidad (2013), ha implementado acciones tales como la creación de una Red de Educación Inclusiva, la realización de Encuentros regionales de educación superior inclusiva, y un plan de continuidad para estudiantes con discapacidad en educación superior.

Inclusión de estudiantes con discapacidad en la Educación Superior chilena

El Informe sobre la Educación Superior en América Latina y el Caribe 2000-2005, indica que investigaciones de diversos países latinoamericanos revelan una baja incorporación de personas con discapacidad en la educación superior. A esto se agrega la falta de registros que proporcionen datos estadísticos confiables y detallados sobre la población, no sólo de estudiantes, sino de profesores y funcionarios con discapacidad (Moreno, 2005).

En Chile, se realizó un primer estudio nacional sobre discapacidad (FONADIS, 2004), que dedicó un apartado a la educación superior. Entre los principales resultados se destaca que un 92 % de personas con discapacidad no estudia. En efecto, los estudiantes con discapacidad tienen 2 años menos de escolaridad que las personas sin discapacidad. Sólo un 7 % de las personas en esta condición declaró haber accedido a la educación

superior, lo cual es explicado por dos factores: la alta deserción escolar durante la enseñanza básica, y la edad de las personas con discapacidad. Del total de estudiantes que accedieron a la educación superior, dos de cada tres ingresan a la universidad. Sin embargo, un 60 % de ellos no completó sus estudios lo que implica que existen problemas no sólo a la hora del acceso sino además en la retención. La discapacidad más frecuente se relaciona con problemas de visión (67 %), seguida de limitaciones de desplazamiento (39 %), problemas de audición (20 %), relaciones con otros (18 %), cuidado personal (14 %), comprensión y comunicación (14 %).

Además, la condición socioeconómica es identificada como una variable que afecta significativamente el acceso a la educación superior de este grupo; por tanto, la suma de las dos condiciones determina una doble vulnerabilidad y exclusión. A nivel nacional como internacional, el concepto de "inclusión" ha tomado un protagonismo único, relevante e indispensable en los diversos ámbitos sociales. Siendo la transformación evolutiva del paradigma de integración. En este marco, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, en el año 2017, ha definido la inclusión como: "proceso que ayuda a superar los obstáculos que limitan la presencia, la participación y los logros de los estudiantes".

Por su parte, según el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), existe aproximadamente un 15 % de la población con algún grado de discapacidad. Donde la Convención sobre los Derechos de las Personas en Situación de Discapacidad (ONU, 2007), declara la importancia de hacer efectivo el derecho a la educación, con un énfasis en la inclusión en todos los niveles de enseñanza.

La ley 20.370/2010 establece la Ley General de Educación con el objetivo de tener un sistema educativo caracterizado por la equidad y calidad de su servicio, donde el sistema propenderá a asegurar que todos/as los/as estudiantes tengan las mismas oportunidades de recibir una educación de calidad, con especial atención en aquellas personas o grupos que requieran apoyo especial. Lo anterior se resguarda en la modalidad escolar básica y media, no así para las Instituciones de

Educación Superior (IES).

"El promedio de años de estudio para las personas que están en situación de discapacidad es de 8,6 años, mientras que, para las personas que no están bajo esa situación, es de 11,6 años, evidenciando que las personas en situación de discapacidad estudian, en promedio, menos años que la mientras que, para las personas que no están bajo esa situación, es de 11,6 años, evidenciando que las personas en situación de discapacidad estudian, en promedio, menos años que la población nacional (11 años)" (II Estudio Nacional de la Discapacidad, ENDIS II, 2015).

Lo que evidencia que las personas en situación de discapacidad presentan bajos niveles de escolaridad, disminuyendo sus posibilidades educacionales como laborales. Por tanto, la presidenta de la República de Chile, Michelle Bachelet, promulga en el año 2010, la ley N° 20.422, que asegura el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas que presentan discapacidad. Asimismo, en el año 2015, es promulgada la ley N° 20.845 de Inclusión escolar que regula la admisión de los y las estudiantes, elimina el financiamiento compartido y prohíbe el lucro en establecimientos educacionales que reciben aportes del Estado. Igualmente, el mismo año se establece el Decreto 83, que da cuenta de la Diversificación de los Aprendizajes (DUA), como de las adecuaciones curriculares que los docentes requieran hacer, respetando las individualidades, ritmos y estilos de aprendizajes de todos/as los/as estudiantes a nivel de la educación Inicial como Básica. Sin embargo, no se incorpora en esta instancia a la enseñanza Media ni a la Educación Superior, viéndose afectados/as los/as estudiantes que presentan alguna situación de discapacidad en estos niveles educativos.

En la actualidad, las instituciones de educación superior, realizan ingresos a sus diversas carreras técnicas como de pregrado, por vías de admisión especial en la mayoría de los casos, ya que la Prueba de Selección Universitaria (PSU) dirigida por la Dirección de Evaluación, Medición y Registro Educativo (DEMRE), recientemente permite a los/as postulantes en situación de discapacidad, tengan el derecho a solicitar que se les proporcione los ajustes necesarios que se requieren

para resguardar la igualdad de oportunidades en la rendición de las pruebas de selección de educación superior. (<http://psu.demre.cl/inscripcion/postulantes-con-discapacidad>, diciembre, domingo, 17:42, 2017).

Por lo mismo, es importante destacar que existe una falta en la regulación legal que vele por el seguimiento en la continuidad de estudios y futuros egresos de estos/as estudiantes. Es por ello, que diferentes actores de las comunidades educativas, pertenecientes a las diversas Instituciones de Educación Superior a nivel nacional, se encuentran trabajando en procesos de análisis y reflexión en conjunto con Servicio Nacional de la Discapacidad SENADIS y DIVESUP del Ministerio de Educación, en temáticas de inclusión y equidad para los/as estudiantes en situación de discapacidad que se encuentran en educación superior.

Por su parte, la Corporación de Educación Superior Santo Tomás en todas las sedes que contempla a lo largo del país, cuenta con un Comité de Inclusión que en conjunto con Admisión regulan los ingresos de los/as estudiantes en situación de discapacidad declarados oficialmente para cada carrera. En la Universidad Santo Tomás sede Iquique, existe una población total de 24 estudiantes vigentes, declarados por el área de admisión y Comité de Inclusión que presentan alguna situación de discapacidad. De los cuales, han manifestado haber presentado dificultades en diversos ámbitos, lo que ha interferido en los procesos tanto de enseñanza como del aprendizaje de algunos de estos estudiantes, ya que los docentes de pregrado y directivos se encuentran en un proceso incipiente de concientización de los procesos que constituye la inclusión. Por lo tanto, los procedimientos metodológicos en aula, terreno y participación de la vida universitaria se han visto afectados población nacional (11 años)” (II Estudio Nacional de la Discapacidad, ENDIS II, 2015).

El Estado por medio de Políticas Públicas, genera leyes que permiten el bien común y la convivencia de las personas en sociedad. En Chile, dentro de los últimos años se han ido incrementando la preocupación y discusión respecto de las temáticas de inclusión, tanto en el ámbito educacional, social como cultural. Por lo que, en el año 2010, se promulga la Ley N° 20.422, que establece las Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.

Según el Artículo 1° “El objeto de esta ley es asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad”.

Corresponderá a cada uno de los órganos de la Administración del Estado, dentro del ámbito de su competencia, elaborar e implementar las políticas destinadas a garantizar a toda persona, sin discriminación arbitraria, el goce y ejercicio de sus derechos y libertades reconocidos por la Constitución Política de la República, las leyes y los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes. En el año 2015, se promulga la ley N°20.845 de inclusión escolar, que regula la admisión de los y las estudiantes, elimina el financiamiento compartido y prohíbe el lucro en establecimientos educacionales que reciben aportes del estado. Esta ley nace para cambiar el estatus del sistema educativo consumista para transformarlo en un derecho social de todos y para todos.

Pues en la actualidad, los establecimientos educacionales, reciben subvención del Estado y además exigen el copago a las familias. Por su parte, seleccionan a sus estudiantes, ya sea por factores religiosos, económicos, sociales o académicos. Existe un plazo aproximado de implementación de esta ley de dos años. Asimismo, en el año 2017, se publica la ley N° 21.015 de Inclusión Laboral, la cual exige a las empresas públicas o privadas con 100 o más trabajadores/as contratar dentro de sus reservas al 1% de personas en situación de discapacidad. Si ello no se cumple, las empresas se ven multadas.

El diseño universal de aprendizaje (DUA), nace desde la ciencia de la arquitectura, a fines de los años 80 en Estados Unidos, como una necesidad de dar solución al acceso de personas en situación de discapacidad. De esta manera, el diseño universal de aprendizaje (DUA): extiende la filosofía del diseño universal a los espacios pedagógicos, y propone un nuevo enfoque de enseñanza, aprendizaje y evaluación que sea capaz de responder a las diferencias individuales en los estudiantes, teniendo en cuenta los principios del Diseño Universal y basándose en los avances sobre el

aprendizaje y las nuevas tecnologías. (Rose y Meyer, 2000; citado desde Díez, E. y Sánchez, S., 2013).

En Chile, se define por el Ministerio de Educación (MINEDUC, 2013) como: “una estrategia de respuesta a la diversidad, cuyo fin es maximizar las oportunidades de aprendizaje de todos los estudiantes, considerando la amplia gama de habilidades, estilos de aprendizaje y preferencias que éstos presentan.” Desde la educación especial, esto ha sido relevante para mejorar los procesos de aprendizaje de los/as estudiantes en general, respectándose desde los procesos más amplios y particulares de cada estudiante. Sin embargo, no se puede precisar si esto es vivenciado en el aula regular.

Por su parte, cabe destacar que se sustenta en tres principios y cada uno cuenta con pautas (véase cuadro 5): a) proporcionar múltiples formas de representación (el «qué» del aprendizaje); b) proporcionar múltiples formas para la acción y la expresión (el «cómo» del aprendizaje); y c) proporcionar múltiples formas de participación (el «porqué» del aprendizaje).

CONCLUSIONES

Según Ocampo (2014), expresa que durante el último decenio en Chile se produce una fuerte masificación en el acceso y participación al sistema de Educación Superior, demostrando un factor de inclusividad y equiparación social. Fenómeno que queda evidenciado en la Encuesta Nacional de Actores del Sistema Educativo, realizada en el año 2003, por el Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE), a través de la cual, se da cuenta de la participación de todos los grupos sociales y económicos en la educación terciaria de Chile.

Por su parte, el acceso a la educación es un derecho de todos, desde los niveles iniciales hasta la educación Media. Sin embargo, el acceder a la educación superior no es igualitario para todos/as los jóvenes de nuestro país, ya que por diversos factores muchos/as no logran acceder o mantenerse en esta. Sin embargo, el número de estudiantes en situación de discapacidad que acceden y participan activamente en el sistema de educación superior chileno sólo alcanza el orden del 12.9 %, de los cuales, 2.068.072 personas con discapacidad.

Es decir, 1 de cada 8 personas presenta esta condición. Mientras que en la población total las personas que se encuentran actualmente estudiando representan el 27.5 % de la población, en las personas con discapacidad solamente alcanzan el 8.5 % (SENADIS, 2004). En tanto, los datos que arroja la Encuesta Nacional de la Discapacidad (ENDISC II) 2015, indica que a nivel país un 9,1 % de personas en situación de discapacidad terminan sus estudios de educación superior y que el 5,9 % no logran culminar su formación en las diversas instituciones de educación superior. “Durante la última década se ha producido un incremento significativo de la diversidad en los centros de Educación Superior, lo cual sin duda representa un desafío importante para la educación actual, demandando un análisis y una reflexión sobre el papel que juega la institución de formación profesional en este nuevo contexto.

De acuerdo con esto, las instituciones de educación superior deben asumir una mirada comprehensiva sobre sus actuaciones, capaces de mejorar su acción estratégica de calidad, gestionando ventanas de oportunidades que re-signifiquen a los sujetos y revitalicen sus posibilidades de desarrollo efectivo, por sobre la burda declaración de buenas intenciones” (Ocampo, 2014).

El ingreso, mantención y egreso de estudiantes en situación de discapacidad de las IES, depende de diversos ámbitos en los cuales, las instituciones de nivel superior juegan un rol fundamental en no solo nombrarse como instituciones inclusivas al permitir el acceso de estudiantes en situación de discapacidad, sino también hacerse cargo de todos los aspectos metodológicos, recursos bibliográficos, infraestructura, etc. acordes a las necesidades de cada estudiante.

El inicio de la inclusión educativa universitaria está marcado por la creación de la Universidad de Gallaudet, Washington, en 1864, universidad dirigida a alumnos con discapacidad auditiva. Luego, en la década del 50 algunas universidades, como la Southern Illinois University, comenzaron a acoger alumnos con diferentes tipos de discapacidad ofreciendo servicios y adecuaciones para su inclusión (Moreno, 2005).

“En comparación a Latinoamérica, en los países europeos hay mayores avances en la inclusión de estudiantes con discapacidad, tanto en el ámbito

legal como en los servicios provistos para ellos en las diferentes instituciones y en los beneficios que les otorga el estado. Sin embargo, existe un reconocimiento por parte de los distintos investigadores, que aún existen varios desafíos pendientes" (Lissi, 2013, pp.13)

Complementando lo anterior en Latinoamérica:

"Sin embargo, la legislación elaborada para la inclusión de personas con discapacidad en la Educación Superior en Latinoamérica se focaliza fundamentalmente en el ingreso, pero no en la permanencia, progreso y egreso de los alumnos con discapacidad, materias en las que es necesario un mayor avance" (Lissi, 2013, pp.15)

En Chile por tanto el mismo autor expresa:

"Lamentablemente, en Chile no contamos con estudios actualizados y publicados que den cuenta de la situación actual en cuanto al número de instituciones que tienen algún programa de apoyo, el número de estudiantes con discapacidad que están estudiando en la educación superior, o los resultados en términos de acceso, permanencia y egreso. Es urgente comenzar a investigar en este tema para poder contar con iniciativas más sólidas y basadas en evidencia" (Lissi, 2013, pp.17).

Todo lo anteriormente planteado por Lissi (2013), en su libro *En el camino hacia la Educación Superior Inclusiva en Chile*, denota la importancia de regular no solo a nivel país, los procesos de seguimiento y continuidad de los/as estudiantes que presentan algún tipo de barrera en el aprendizaje y participación en la vida universitaria.

Por tanto, las barreras en el aprendizaje que presentan las personas en situación de discapacidad, en la educación Superior, dependen en gran medida de los procesos metodológicos en el aula. Los cuales, no se encuentran adecuados a sus necesidades. Pues no existe a nivel general una cultura inclusiva. Lo que dificulta por ende las prácticas inclusivas. El estudiante puede encontrarse con barreras relacionadas con uno o más de estos ámbitos:

- movilidad (dificultades para desplazarse o realizar ciertos movimientos)
- destreza manual (dificultad para usar las manos para diferentes actividades)
- comunicación (dificultades fono articulatorias que afectan la inteligibilidad del habla)

- resistencia (dificultades para tolerar actividades prolongadas por fatiga, dolor, o limitación cardiopulmonar) (Wainapel, 2000).

Por su parte, Duk y Hernández (2003), afirman que el sistema escolar, constituye un desafío el que todos los estudiantes puedan acceder a la información y el conocimiento. Para ello, se requieren de las herramientas necesarias que permitan que el proceso de enseñanza y aprendizaje se realice considerando las diferencias individuales de los/as estudiantes.

Nuestro país esta en deuda con las políticas y gestión en educación en estudiantes en situación con discapacidad. Se espera que las decisiones pasen de acuerdo a las necesidades que tengan estas personas de acuerdo a lo curricular, infraestructura y procesos de enseñanza en todos los niveles de su educación.

REFERENCIAS

- Abad, M., Álvarez, P. y Castro, J. (2008): Apoyo a la integración de estudiantes con discapacidad en la enseñanza universitaria: algunas medidas y propuestas de actuación orientadora. *Educación y Diversidad: Anuario Internacional de Investigación sobre Discapacidad e Interculturalidad*, 2, pp. 129-150.
- Alcantud Marín, F., Ávila Clemente, V. & Asensi Borrás, MaC. (2000). *La integración de Estudiantes con Discapacidades en los Estudios Superiores*. Valencia: Universita de Valencia Estudi General.
- Alonso, A., Díez, E., (2008), *Universidad y discapacidad: indica dores de buenas prácticas y están dares de actuación para programas y servicios*, *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, Vol.39, Num.226.
- Aponte-Hernández, E. (2008). *Desigualdad, inclusión y equidad en la educación superior en América Latina y el Caribe: tendencias y escenario alternativo en el horizonte 2021*. *Tendencias de la educación superior en América Latina y el Caribe*, 113-154.
- Banco Central de Chile, *Cuentas Nacionales de Chile 2008-2015, Producto interno bruto (PIB) trimestral, volumen a precios del año anterior encadenado, 2012-2015*, extraído de: <http://si3.bcentral.cl/estadisticas/Principal1/informes/anuarioCCNN/pdf/Anuario2015.pdf>

- Comisión Asesora Presidencial sobre Inclusión Social de Personas en situación de Discapacidad (2016), Propuesta: Plan Nacional sobre Inclusión Social de Personas en situación de Discapacidad, extraído de: <http://www.comisiondiscapacidad.cl>
- Comisión Europea, 2010. Estrategia Europea sobre Discapacidad: 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras. Documento de trabajo de los servicios de la Comisión que acompaña a la Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. SEC (2010) 1323 final. Bruselas: Comisión Europea.
- Consejo Nacional de Educación (CNED) Departamento de Investigación e Información Pública, Tendencias Índices 2015, extraído de: http://www.cned.cl/public/secciones/SeccionIndicesPostulantes/OtrasEstadisticas/Tendencias_INDICES_2015.pdf
- Contreras D, Brante M, Espinoza S, Zúñiga I., (2015) Efecto de la Integración de Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales. Evidence from Chile.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)
- Crosso, C. (2010) El Derecho a la Educación de Personas con Discapacidad: impulsando el concepto de Educación Inclusiva, en Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva, volúmen 4, número 2, extraído de <http://www.rinace.net/rlei>
- Díaz-Romero, P. (2010). Universidades de Calidad: Universidades inclusivas. Chile. Fundación Equitas, 1-6.
- Diez, E., Alonso, A., Verdugo, M. A., Campo, M., Sancho, I., Sánchez, S. y Calvo, I. (2011). Espacio Europeo de Educación Superior: estándares e indicadores de buenas prácticas para la atención a estudiantes universitarios con discapacidad.
- Ezcurra, Ana María (2011). Igualdad en Educación Superior: un desafío mundial. 1ra Ed. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; Buenos Aires: IEC – CONADU
- Fondo Nacional de la Discapacidad [FONADIS] (2005). Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC-CIF, 2004). Santiago, Chile: FONADIS-Gobierno de Chile.
- Fondo Nacional de la Discapacidad [FONADIS] (2006). Discapacidad en Chile, pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano, Santiago de Chile.
- Gairín Sallán, J., Castro Ceacero, D., & Rodríguez-Gómez, D. (2014). Acceso, permanencia y egreso en la Universidad de Colectivos Vulnerables en Latinoamérica, intervenir y cambiar la realidad.
- Gobierno de Chile, (2012) Informe Inicial de aplicación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Government of Canadá, Employment and Social in Canadá, 2010 Federal Disability Report , Chapter 3: Learning, extraído de: Ministerio de Educación de Chile (2004). Antecedentes históricos, presente y futuro de la educación especial en Chile, extraído de: http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304151210180.doc_Antecedentes_Ed_Especial.pdf
- Moreno, M.T. (2005). Informe sobre la educación en América latina y el Caribe. Paper presentado en Seminario Regional sobre la Integración de las Personas con Discapacidad en la Educación Superior en América Latina y el Caribe. Caracas: IESALC.
- Norma 201, (2008), Promulga la Convención de las Naciones Unidas Sobre Los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2008) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, extraído de: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2011), Informe Mundial sobre la Discapacidad, Malta, extraído de: www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- República de Chile. (1994). Ley 19.284 sobre Integración Social Plena de las Personas con Discapacidad. Santiago
- República de Chile (2010). Ley 20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. Santiago,
- SENADIS, (2016). Presentación de Resultados II Estudio Nacional de la Discapacidad. Un nuevo enfoque para la inclusión. Subsecretaria Heidi Berner, disponible en: <http://www.senadis.gob.cl/pag/671/1263/publicaciones> do de: <http://www>.

- parl.gc.ca/content/sen/committee/411/soci/rep/rep06dec11-e.pdf
- UNESCO (2005). Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All. París: UNESCO.U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the United States, (2010) extraído de <http://www.census.gov/people/disability/publications/>
- Verdugo, M. A. y Campo, M. (2005). Análisis de servicios y programas universitarios de apoyo a estudiantes con discapacidad en las universidades españolas, extraído de: http://sid.usal.es/docs/F8/FDO17238/analisis_servicios.pdf

INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA CONDUCTA IMPULSIVA DE LOS ADOLESCENTES

Tannia Cordero Zambrano¹

(Recibido en octubre 2019, aceptado en noviembre 2019)

¹ Técnico Superior Desarrollo de Aplicaciones Informáticas, Egresada psicología UNEMI, <https://orcid.org/0000-0003-4214-8364>.

tanniacordero2002@gmail.com

Resumen: La impulsividad es un factor predominante en la conducta de los adolescentes. El objetivo principal del estudio fue determinar los factores psicosociales que inciden en la conducta impulsiva de los participantes. El diseño de la investigación fue de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 214 participantes de 13, 14 años donde el 49,3% es de sexo masculino y el 56,1% femenino. Para determinar los factores psicosociales se utilizó el cuestionario de "Riesgo psicosocial para la conducta impulsiva en adolescentes" adaptado al contexto, que mide los factores genético-biológico, personal, socio-familiar y social-escolar y para identificar los tipos de impulsividad se utilizó la "Escala de impulsividad de Barratt" (BIS-11) que mide tres tipos de impulsividad; motora, cognitiva y no planeada validada en el contexto. Los resultados evidenciaron que el factor personal ha incidido en el 59,8% generando la conducta impulsiva en los adolescentes, seguido del factor socio-familiar con 58,6%, factor social-escolar 57,4% y el factor genético-biológico con el 51,7%. Por otro lado, el 54,8% tuvo la impulsividad no planeada, el 53,3% impulsividad cognitiva y el 52,8% impulsividad motora. Al correlacionar los resultados se encontró una relación significativa entre los factores psicosociales y la conducta impulsiva en los adolescentes. ($r=1, -,051$); ($r=-,051,1$). Se puede concluir, que el factor psicosocial personal, seguido del socio-familiar, social-escolar y genético-biológico, influyen significativamente en la conducta impulsiva no planeada, cognitiva y motora.

Palabras Clave: Impulsividad, factores psicosociales, adolescentes, conducta.

INFLUENCE OF PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE IMPULSIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS

Abstract: Impulsivity is a predominant factor in adolescent behavior. The main objective of the study was to determine the psychosocial factors that affect the impulsive behavior of the participants. The research design was of quantitative, transversal, descriptive and correlational nature. The sample consisted of 214 participants aged between 13 between 14 years, where 49.3% are male and 56.1% female. To determine the psychosocial factors, the questionnaire "Psychosocial risk for impulsive behavior in adolescents" adapted to the context was used, which measures the genetic-biological, personal, socio-family and social-school factors. To identify the types of impulsivity the "Barratt impulsivity scale" (BIS-11) was used that measures three types of impulsivity; motoric, cognitive and unplanned validated in context. The results showed that the personal factor has affected 59.8% generating impulsive behavior in adolescents, followed by the socio-family factor with 58.6%, social-school factor 57.4% and the genetic-biological factor with 51.7% On the other hand, 54.8% had unplanned impulsivity, 53.3% cognitive impulsivity and 52.8% motoric impulsiveness. When correlating the results, a significant relationship was found between psychosocial factors and impulsive behavior in adolescents. ($r = 1, -, 051$); ($r = -, 051.1$). It can be concluded that the personal psychosocial factor, followed by the socio-family, social-school and genetic-biological factors, significantly influence the unplanned, cognitive and motoric impulsive behavior.

Keyword: Impulsivity, psychosocial factors, adolescents, conduct.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se explica uno de los problemas significativos que afecta a los adolescentes como es la impulsividad, la misma que es un rasgo del comportamiento humano que ha sido ampliamente estudiado a nivel mundial ya que no hay una definición científica consensuada para varios investigadores en el campo de la psicología, la neurociencia o la psiquiatría relacionado con otros aspectos como: agresión, consumo de sustancias, malas relaciones interpersonales, depresión, problemas socioeducativos, personales, laborales, entre otras, por lo que se trata de indagar a través de este estudio que factores están considerablemente relacionados con su aparición. Está claro que la impulsividad es una fuerza interna que produce descontrol y dificultad para gestionar dichos impulsos.

Al enfocarse en los factores psicosociales que influyen en la conducta impulsiva de los adolescentes, de acuerdo con la OMS (2014), describe que la influencia de varios factores psicosociales sobre la impulsividad es causa principal de suicidios, asaltos, delincuencia, entre otros, a partir de los últimos años la conducta impulsiva y agresiva ha incrementado en los adolescentes evidenciados más en hombres y se estima que el 85 % de estas conductas impulsivas se asocia con trastornos psiquiátricos, (Morales & Ocampo, 2016).

A través de la investigación y de acuerdo con las teorías revisadas por diferentes autores, se evidencia que la conducta impulsiva en los adolescentes es una de las principales preocupaciones de los padres de familias siendo este no solo una problemática de las mismas, sino también de las comunidades debido a que hay un alto nivel de adolescentes impulsivos vinculados a problemas familiares, personales y educativos. Por tal motivo esta investigación tiene como objetivo determinar la influencia de los factores psicosociales en la conducta impulsiva de los adolescentes de 13 y 14 años.

Según los investigadores Juárez y Camacho (2011), el término psicosocial se refiere al infinito número de variables utilizadas en el cuerpo teórico y metodológico de múltiples disciplinas, entre ellas la psicología, sociología, economía, medicina, antropología, entre

otras. (Uribe Prado, 2014). Es decir que el factor psicosocial enmarca una gran gama de componentes que posiblemente podrían determinar la razón o causa de alguna problemática que se relacione con varias ciencias a nivel educativo, familiar, psicológico o social del individuo.

Así también Flores (2011), manifiesta que lo psicosocial y psicología contiene un significado que oscila entre la psicología y la sociología en un dualismo entre el individuo y la sociedad, que es utilizado para orientar intervenciones en los ámbitos comunitarios y organizacional, por lo tanto, se aplica a problemáticas como psicoterapia, violencia, intervención comunitaria con respecto a la salud de los individuos, (Uribe Prado, 2014). Con respecto a lo mencionado anteriormente, lo psicosocial se relaciona con la psicología y la sociología para poder identificar los problemas de tipo social y psicológico en determinadas áreas para buscar estrategias de intervención y dar posible solución a tales problemáticas.

Los factores psicosociales tienen distintas características que influyen negativamente en las personas y en su entorno. (Buenaño & Villalón, 2014), entre las cuales tenemos: Se extienden en el espacio y tiempo, son aspectos propios de las actividades, pero que no circunscriben a los mismos. La dificultad de objetivación en la que los individuos buscan una percepción de acuerdo con sus necesidades y no en una percepción de manera colectiva como la cohesión familiar, la comunicación, sino que se basan en su experiencia, por tal razón uno de los mayores problemas psicosociales es la dificultad para encontrar unidades de medida objetiva. Afecta a otros riesgos, en la que todos los factores externos afectan a las personas debido a que somos seres biopsicosociales, por lo tanto, un factor psicosocial puede ser la causa de un efecto y este puede convertirse en otro. Los factores psicosociales afectan a las personas a través de sus características contextuales y personales que pueden afectar a si mismo o no, esto dependerá de su personalidad y la dificultad de intervención en donde los factores psicosociales son factores ambientales por lo que es difícil realizar cambios de todo su entorno.

Los factores psicosociales pueden causar distintos

problemas a las personas y estas consecuencias afectan distintos ámbitos como social, familiar, laboral, en la salud, en su conducta y en entorno social en el que se desenvuelve, (Buenaño & Villalón, 2014), sostuvo que las consecuencias psicológicas: tales como las actitudes negativas, irritación, depresión, aburrimiento, fatiga, irritabilidad, melancolía, nerviosismo, soledad, entre otras. Las consecuencias con la conducta: impulsividad, agresión, bajo rendimiento, exceso de bebidas, inquietud, entre otros. Las consecuencias cognitivas: incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental. Las consecuencias en la salud: tensión, síntomas cardiovasculares, respiratorios (somatización), estrés, tendencia a la depresión, entre otros. Y, por último, las consecuencias en lo laboral: estrés laboral, insatisfacción, mal organizado en su desempeño laboral se deben a la falta de manejo de impulsos.

Factores Psicosociales y la adolescencia siendo esta última, una etapa de transición, de cambios importantes tanto físicos como psicológicos, sexuales y sociales, desde el enfoque cognitivo conductual es la etapa de aprendizaje y desarrollo de la identidad a través de cambios influenciados por su entorno social, individual, percepciones y creencias. Ante esto (Bandura, 1983) desarrollo la teoría sociocognitiva, en la que los determinantes internos como las creencias, pensamientos y expectativas forman parte de un sistema de influencias que interactúan afectando la salud negativamente en la conducta impulsiva de los adolescentes, cabe describir que los factores psicosociales inciden en esta conducta, para lo cual se lo describirá de acuerdo con los factores psicológicos y los factores sociales.

Los factores psicológicos de la conducta impulsiva en los adolescentes pueden ser de tipo emocional y que pueden llegar a condicionar una situación y dar paso a alguna conducta o estilo de vida en las personas, estos factores psicológicos están relacionados con la conducta impulsiva en los adolescentes, entre los que se encuentran: La Baja tolerancia a la frustración, en muchas ocasiones se junta un alto nivel de ira, si a esto se une un bajo control de impulsividad se pueden activar comportamientos violentos imprevisibles, lo importante es que la educación emocional tiene entre

sus objetivos aprender a aumentar el nivel de tolerancia a la frustración, controlar la impulsividad y poder regular la vida de las personas. (Bisquerra, 2008).

El estrés en la adolescencia va acompañado de cierto grado relacionado con lo académico, lo familiar, los pares; este estrés en ocasiones es difícil de manejar, pero los individuos difieren en su capacidad para afrontar incluso las peores condiciones. (Morris & Maisto, 2005). La crisis de identidad que se atraviesa en la etapa de la adolescencia es una crisis normativa o una fase normal del desarrollo, con un aumento de conflictividad acorde al contexto en que se desarrolle, esta es caracterizada por una aparente fluctuación de la fuerza del ego, así como también por un elevado potencial del desarrollo. (Aguirre, 1994). Los rasgos están relacionados con la conducta observable que determinan el comportamiento en el individuo esperando que se comporte de una manera consistente en distintos momentos y en diferentes situaciones, siendo un factor determinante de la conducta impulsiva en los adolescentes son sus rasgos de la personalidad.

Otro de los rasgos que se evidencian en la conducta impulsiva son estar a la defensiva, estar alerta, así como también el deseo de autoridad, atención y miedo, es decir que los factores de la personalidad son claves en el desarrollo de la conducta agresiva o impulsiva, señalando esta respuesta que se debe a una inadaptación en la codificación de la información que en muchas ocasiones dificulta la elaboración de respuesta adecuada. En los Factores sociales de la conducta impulsiva las influencias sociales desempeñan un papel importante en el adolescente, en algunas sociedades los medios de difusión han contribuido a esta conducta tomando fuerza debido a que se dejan influir por su percepción como algo "normal", así como la impulsividad, la influencia de sus pares es un factor de riesgo complejo.

En la actualidad se encuentran situaciones sociales que se encuentran relacionados y pueden dar lugar a la conducta impulsiva, estos factores sociales son: Familia conflictiva, sistema económico y medios de comunicación Las familias conflictivas son muy comunes en la actualidad, tienen características particulares como la carencia afectiva; el hogar lugar

donde vivimos es el reflejo de lo que somos y de cómo el individuo actúa fuera del hogar, es decir con nuestras actitudes, estados de ánimo, sentimientos, emociones hace que en algunos momentos de tensión pueda resultar que ocurran expresiones de enojo que se podría lamentar.

Existen, además ciertos factores que colaboren a que la impulsividad se desarrolle como el contexto educativo, el contexto familiar y las conductas adoptadas por los hijos; de igual manera los divorcios, separaciones en las que los padres disponen de un menor nivel de afectividad genera la impulsividad en los hijos que en muchas ocasiones se desencadenan en la etapa de la adolescencia.

Por ello, al referirse a estos tipos de familias donde sus integrantes tienen conductas inapropiadas, conflictos interpersonales, abusos, adicciones, enfermedades mentales, ausencia de valores, maltrato hace que los participantes adapten estas circunstancias como algo "normal". Bandura en su teoría del aprendizaje social mencionada que los conflictos familiares son parte de la vida que influye directamente en el aprendizaje de las personas determinando conductas impulsivas. Además, en las familias conflictivas es frecuente que los padres son figuras autoritarias que causa en sus hijos sentimientos de hostilidad y miedo, es así como los adolescentes repiten estos comportamientos como la conducta impulsiva para tratar de recibir respeto ante los demás. (Buenaño & Villalón, 2014).

El sistema económico es otro factor social de la conducta impulsiva, dado a que los padres solo se preocupan por generar ingresos económicos y son más permisivos con sus hijos, tratando de llenar el vacío emocional los convierte en personas que no puedan resolver sus propios problemas. Los medios de comunicación son herramientas y que a través de ellos se trasmite una amplia diversidad de información, sean estos medios la radio, televisión, periódico, teléfono, correo y redes sociales que tienden a formar estereotipos lo cuales influyen en el comportamiento de las personas. Es por eso por lo que estos medios de comunicación afectan en la cognición, la conducta a través de imágenes, sonido, contenido, por lo tanto, en ellos se difunden programas con alto grado de impulsividad, consumo

de alcohol, sexo sin censura, influencia al consumo de drogas tanto en niños como adolescentes adoptando conductas similares.

Con lo que respecta a la conducta impulsiva, el término impulsividad proviene del latín impulsus que significa golpear o empujar, haciendo alusión a comportamientos primitivos como el impulsivo; la impulsividad tiene en su concepto polisémico y que se ha designado en diversos aspectos psicopatológicos en el que se le atribuye tres significados: como síntoma, tipo específico de agresión, y rasgo general de la personalidad. Tanto el síntoma como el tipo específico de agresión da lugar a actos perjudiciales sin planificación y el rasgo general de la personalidad es aplicable en dos trastornos de la personalidad como la antisocial y el límite.

Para una mayor comprensión del tema de investigación se define la conducta impulsiva por separado, es decir que la conducta es la expresión particular de cada persona lo que determina su manifestación de la personalidad. Desde el enfoque conductual las conductas son susceptibles de ser aprendidas o alteradas mediante el proceso de aprendizaje, dichos comportamientos pueden atacar a las propiedades o contra las personas. (Gratacós, 2019).

Por otra parte para Barratt (1993), define la impulsividad como un rasgo de la personalidad complejo relacionado con una tendencia a realizar acciones motoras rápidas sin considerar las consecuencias negativas como la impulsividad, la cual está relacionada con aspectos psiquiátricos que incluye síndromes de inatención e hiperactividad en niños y adolescentes, así como también trastornos límites de la personalidad, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de la conducta alimenticia, trastorno de conducta, abuso de sustancias.

Es así también como Dickman (1990), distinguió dos tipos de impulsividad: la impulsividad disfuncional como la tendencia a realizar acciones poco planificadas, es uno de los rasgos de la personalidad más correlacionados con adicciones sociales llevando a la persona a tener dificultades de desempeño, la impulsividad funcional es la disposición a actuar con poca previsión cuando la situación es óptima, de acuerdo con las conclusiones de este autor no todo comportamiento impulsivo es

desventajoso necesariamente. (Jiménez Barbero, 2013)

Entonces con lo antes anotado tenemos que la conducta impulsiva es la tendencia a responder ante estímulos internos o externos en función a una reacción de manera inmediata como la ira sin dar lugar a las consecuencias negativas posteriores que podrían tener esta conducta con terceras personas.

Los circuitos neuronales intervienen en la conducta impulsiva debido a que la parte biológica y neuronal son factores importantes en la conducta impulsiva. De acuerdo con diversos estudios neurológicos existe alteraciones que interviene en las personas impulsivas que ocasionan comportamientos inflexibles y perseverativos, entre los que se encuentra:

La Disfunción del sistema que subyace a la función ejecutiva; muestra déficit en el procesamiento de información presentada de manera secuencial. El déficit atencional; es una importante dificultad para sostener la atención en un área determinada. La Pobre inhibición de respuestas aprendidas y procesos de programación; cuando las personas son capaces de inhibir ciertas conductas activando una respuesta motora inmediata. Mediante esta clasificación de los sistemas involucrados en la impulsividad menciona la alteración en el sistema de recompensas, que se refiere a que los individuos prefieren recompensas inmediatas sin analiza consecuencias posteriores relacionadas con las alteraciones emocionales a estímulos internos, externos o ambientales.

Los problemas y trastornos relacionados con la impulsividad producen conductas des adaptativas con síntomas que generen problemas psicológicos como consumo de drogas, adicciones entre los cuales los adolescentes no saben resolver problemas y desarrollar habilidades sociales. De acuerdo con el manual de psiquiatría CIE 10, DSM-IV, la conducta impulsiva desarrolla trastornos como: Trastorno de control de impulsos, trastorno límite de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastornos obsesivos. La conducta impulsiva en los adolescentes presenta características las cuales se pueden identificar por: Baja tolerancia

a la frustración, agresividad, impaciencia, estar en constante riñas

En ciertas ocasiones la conducta impulsiva se presenta desde la etapa de la niñez, en la etapa de la adolescencia debido a los cambios por los que se atraviesa, en busca de la identidad donde el individuo quiere “vivir el momento” y solo satisfacer sus necesidades de manera inmediata, así también se presenta los “arrebatos”, en algunas situaciones no analizan los comportamientos que inciden en el suicidio; en las mujeres se presentan las conductas impulsivas en la conducta alimentaria, la influencia social relacionado con la bulimia y la anorexia.

En los adolescentes la conducta impulsiva es expresada a través de riñas entre pares o personas que se encuentran a su alrededor debido a que creen que hablan de él y actúan mediante el impulso de dar golpes a quienes lo miran teniendo problemas no solo en su entorno social o familiar, sino que además lo hacen en el sistema educativo por el hecho que pasan mayor tiempo en las unidades educativas lo que lleva a que este adolescente tenga un probable fracaso académico.

Los tipos de impulsividad de acuerdo con Dickman en 1990 y a Barratt en 1993 se centraron en el estudio y en la tipificación de la impulsividad y se las divide en impulsividad funcional e impulsividad disfuncional. La Impulsividad funcional, es decir la impulsividad positiva donde el individuo reacciona ante un estímulo, asociada con la velocidad del procesamiento de la información en tareas atencionales. La Impulsividad disfuncional, hace referencia a la impulsividad negativa existe comportamiento desordenado al momento de tomar decisiones, al contrario de la impulsividad funcional se basa en la velocidad del procesamiento de información, se guía por la situación provocativa.

Esta clasificación, propone una definición biopsicosocial de la impulsividad definiéndola como predisposición a

realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta de estímulos internos y externos, según Barratt la impulsividad tiene tres factores los cuales están presentes en su clasificación: Factor I planteado como impulsividad motora, este tipo de impulsividad combina la reacción motora motivado por las emociones del momento. Factor II definido impulsividad atencional, este factor combina la atención y la inestabilidad cognitiva refieren a un bajo control de intrusión de pensamientos y dificultades para la atención sostenida. y Factor III, llamado impulsividad por imprevisión, en este tipo de impulsividad combina el autocontrol y complejidad cognitiva dando dificultades de procesamiento de información apresurado y sin orientación.

En base a los estudios realizados por (Patton, 1995), quienes definen la impulsividad como una dimensión de la personalidad que está estrechamente relacionada con la extraversión de acuerdo con la teoría de Eysenck, así como las diferencias individuales de los individuos relacionadas para mantener la frecuencia de reacción que requieren la activación de los procesos cognitivos y conductuales que caracteriza la impulsividad. Los sujetos impulsivos se caracterizan por sobreestimar la cantidad de tiempo transcurrido como consecuencia, es decir que el tiempo de ejecución afecta la conducta, (Morales Vives, 2007). Según Barratt, la impulsividad está compuesta por tres factores, el primero es la impulsividad motora, implica actuar sin pensar dejándose llevar por el momento en segundo lugar, la impulsividad cognitiva en la que implica una propensión a tomar decisiones rápidas y finalmente la impulsividad no planificada que se caracteriza por la tendencia a no planificar mostrando un mayor interés por el presente que por el futuro, (Fossati, 2001).

METODOLOGÍA

El diseño de la presente investigación está relacionado con el método cuantitativo de tipo descriptivo y correlacional, de esta manera se podrá medir, describir e identificar la incidencia de los factores psicosociales en la conducta impulsiva de los adolescentes a través de la escala de impulsividad de Barratt y del cuestionario que mide los factores psicosociales.

La población o universo es un subconjunto de individuos

que tiene ciertas características o propiedades que son las que se desea estudiar. (Icart, Fuentelsaz, & Pulpón, 2006). La población sujeta a estudio está constituida por adolescentes de 13 y 14 años que se encuentran en la ciudadela Dáger del cantón Milagro ubicada entre la avenida Napo y Río Tumbes del cual se escogió 214 adolescentes provenientes de diversos estratos sociales.

Para determinar los criterios de selección e inclusión de la población se consideró familias conflictivas, que habiten en las zonas que forman parte de la ciudadela Dáger, que dentro de los miembros de la familia tengas hijos e hijas adolescentes entre hombres y mujeres de 13 y 14 años. Como criterio de exclusión familias que evidencien bienestar emocional, buenas relaciones interpersonales y también se excluyeron familias con hijos menores a 13 años y mayores de 15 años y también hogares que no tengas hijos.

Los cuestionarios permitieron recabar información relevante para el presente estudio investigativo en el cual fue dirigido a los adolescentes en el que determina los factores psicosociales que intervienen en la conducta impulsiva y consta de cuatro factores: Factor 1: Genético/biológico, Factor 2: Personal, Factor 3: Socio familiar y Factor 4: Social-escolar, cada ítem contiene tres opciones de respuesta Si, No, A veces.

Para validar el Cuestionario de riesgo psicosocial para la conducta impulsiva en adolescentes, se procedió a realizar las pruebas de validez, fiabilidad y confiabilidad (alfa de Cronbach) en el contexto de Milagro, Guayas-Ecuador, para determinar si el cuestionario mide lo que se desea medir en este proyecto de investigación se realizó un muestreo previo para la validación del mismo. De acuerdo con el procesamiento alfa de Cronbach, se consideró a partir del universo de los ítems, como característica universal el rango del coeficiente alfa de Cronbach va del valor 0 a 1, donde el cero representa confiabilidad nula y el uno confiabilidad total, esto significa mientras más se aproxima a uno mayor confiabilidad tendrá el instrumento.

De acuerdo con la correlación de los ítems del cuestionario de la escala de riesgos psicosociales para la conducta impulsiva, el nivel de fiabilidad es muy aceptable ($A=0,888$), este valor indica un alto nivel de

precisión del instrumento con niveles muy aceptables de confiabilidad y estabilidad de este. En la consistencia interna de la prueba las mismas son corroboradas por la desviación estándar y la covarianza de cada uno de los ítems de la escala, por lo tanto, se puede concluir que los ítems están correlacionados unos con otros y que pueden medir con asertividad lo que se desea medir.

Se utilizó la escala de Barratt diseñado para evaluar la impulsividad, el cual es aplicado en un tiempo aproximado de 30 minutos, consta de 30 ítems agrupados en 3 subescalas de impulsividad motora (10 ítems: 2,6,9,12,15,18,21,23,26 y 29), cognitiva (atención) (8 ítems: 4,7,10,13,16,19,24 y 27) y la impulsividad no planeada consta de (12 ítems: 1,3,5,8,11,14,17,20,22,25,28 y 30). Cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta (0: Raramente o nunca, 1: Ocasionalmente, 2: A menudo, 3: Siempre o casi siempre).

De acuerdo con la validación de la escala de impulsividad de Barratt, se procedió a realizar las pruebas de validez, fiabilidad y confiabilidad (alfa de Cronbach) en el contexto de Milagro, Guayas-Ecuador; para determinar si el cuestionario mide los tipos de impulsividad que se desea medir, se realizó un muestreo previo para la validación de este. En el procesamiento alfa de Cronbach, se consideró a partir del universo de los ítems como característica universal el rango del coeficiente alfa de Cronbach va del valor 0 a 1, donde el cero representa confiabilidad nula y el uno confiabilidad total, esto significa mientras más se aproxima a uno mayor confiabilidad tendrá el instrumento.

La correlación de los ítems del cuestionario de la escala de impulsividad de Barratt, el nivel de fiabilidad es muy aceptable ($A=0,793$), este valor indica un alto nivel de precisión del instrumento con niveles muy aceptables de confiabilidad y estabilidad. La consistencia interna de la prueba es corroborada por la desviación estándar

y la covarianza de cada uno de los ítems de la escala, por lo tanto, se puede concluir que los ítems están correlacionados unos con otros y que pueden medir con asertividad lo que se desea medir en la presente investigación.

El procedimiento realizado se inició con el acercamiento al jefe comunitario para solicitar la autorización y aplicar los cuestionarios a los adolescentes, dando la explicación pertinente de la importancia de su participación en esta investigación. Se tabulo los datos recopilados en el programa SPSS para el análisis de los mismos. Se obtuvieron los resultados para correlacionar las variables y determinar cuáles son los factores que influyen en un mayor porcentaje en la conducta impulsiva de los adolescentes de 13 y 14 años de la ciudadela Dáger del cantón Milagro. Por ultimo deducir conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

Objetivo 1.- Identificar los factores psicosociales que influyen en la conducta impulsiva en los adolescentes de 13 y 14 años.

Según lo demuestra la figura 1, mediante el cuestionario que mide los factores psicosociales en la conducta impulsiva en adolescentes fue aplicado a 214 participantes de 13 y 14 años del cual se obtuvo como resultado en los siguientes factores psicosociales: el de mayor incidencia tiene en la conducta impulsiva de acuerdo con la presente investigación es el factor personal con el 59,8% , en segundo nivel de incidencia presenta el factor socio-familiar con el 58,6%, el tercer factor es en el ámbito social-escolar que ha generado un 57,4% en último factor se encuentra el genético-biológico con el 51,7%, lo que da como resultado que efectivamente la conducta impulsiva que se da en los adolescentes se origina en el ámbito personal debido a que los participantes toda la vida han tenido dificultad en el manejo de sus impulsos.

Figura 1. Nivel de impulsividad en 214 participantes



Objetivo 2.- Determinar la incidencia de la conducta impulsiva en los adolescentes de 13 y 14 años.

A través de la escala de impulsividad de Barratt se demostró que de acuerdo con los tipos de impulsividad que mide este instrumento dio como resultado de acuerdo con la tabla 1, que la impulsividad motora la cual implica actuar sin pensar en las consecuencias dejándose llevar por la situación del momento está presente en los participantes con el 52,8%, la impulsividad cognitiva la cual manifiesta la toma de decisiones rápidas que se actúa en el momento dio el resultado 53,3% y la impulsividad no planeada el 54,8% que manifiesta que los participantes viven del momento y no planifican el futuro.

De tal manera se ha verificado que la impulsividad no planeada ha incidido en el 53,6% de los participantes determinando que los mismos no miden las consecuencias de su impulsividad de acuerdo con el contexto en el que se desenvuelven.

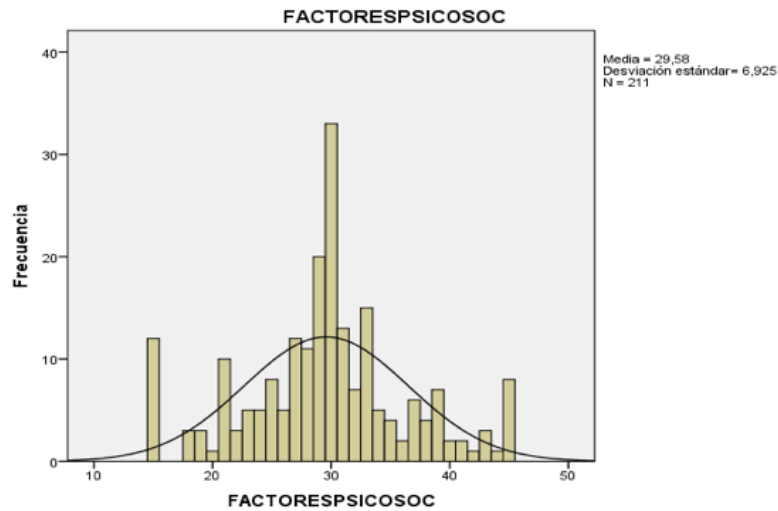
Tabla 1. Tipos de impulsividad

TIPOS DE IMPULSIVIDAD (BARRATT)	%
MOTORA	52,8
COGNITIVA	53,3
NO PLANEADA	54,8
TOTAL	53,6

Objetivo 3.- Correlacionar la conducta impulsiva con los factores psicosociales que lo originan.

En la correlación de las variables dependiente factores psicosociales y la variable independiente conducta impulsiva a través del histograma se proyecta los siguientes resultados: la media es de 29,58, la desviación estándar es de 6,92 de acuerdo con los 214 participantes del proyecto de investigación, es decir que la curva de distribución normal muestra un nivel considerable en el factor personal. Véase figura 2

Figura 2. Histograma de los factores psicosociales



La conducta impulsiva muestra una media de 78,1, la desviación estándar de 11,58 el número participantes fue de 214 de los cuales 4 de los mismos se perdieron, lo que demuestra un alto índice de impulsividad en el contexto de la ciudadela Dáger del cantón Milagro,

logrando de esta manera cumplir con el objetivo propuesto en la investigación del cual se pudo corroborar que el factor personal influye negativamente en la conducta de los adolescentes generando la impulsividad en los mismos. Véase figura 3

Figura 3. Histograma de la conducta impulsividad

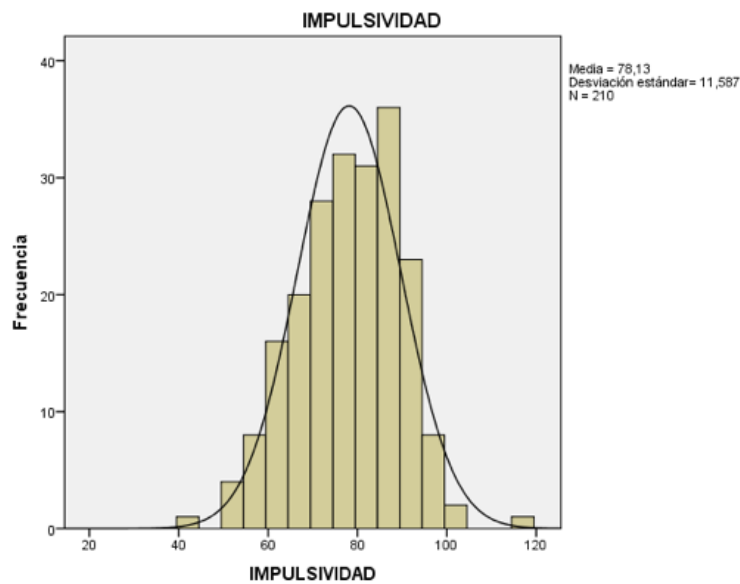


Tabla 4. Correlaciones de variables

		FACTORES PSICOSOC	IMPULSIVIDAD
FACTORES PSICOSOC	Correlación de Pearson	1	-,051
	Sig. (bilateral)		,468
	N	211	207
IMPULSIVIDAD	Correlación de Pearson	-,051	1
	Sig. (bilateral)	,468	
	N	207	210

Para indicar el nivel de relación entre las variables cuantitativas y continuas que se pretende comprobar en esta investigación entre factores psicosociales y la conducta impulsividad de los adolescentes, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson: Así como lo muestra la tabla 4, el valor del índice de correlación varía entre el intervalo (-1, 1), demostrando el sentido de la relación, si la correlación ($r=1$), es positiva evidenciando una dependencia total entre las dos variables, si la correlación se acerca a ($r=0$), la correlación es negativa, indicando la dependencia entre las dos variables pero de forma inversa ($r=1, -,051$); ($r=-,051,1$).

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que el objetivo de la investigación fue determinar la influencia de los factores psicosociales en la conducta impulsiva de los adolescentes, lo cual se muestra que el factor psicosocial personal se correlaciona con la conducta impulsiva, es decir que mientras mayor sea el factor de riesgo personal aumenta considerablemente la conducta impulsiva reportadas en la muestra tomada. Esto prueba que los adolescentes debido a los problemas personales generados por la dificultad de manejar los impulsos, estallar en furia, estar frecuentemente bajo impulsos emocionales, esto hace que aumente la conducta impulsiva de los mismos.

De acuerdo con la investigación realizada por (Cortés Arias & Chaves Méndez, 2018), en una población de 1517 adolescentes, se determinó una alta puntuación en la impulsividad no planeada indicando que los adolescentes no planifican sus tareas con antelación, gastan más dinero del presupuestado y muestran mayor interés por el presente que por el futuro mostrando

poco interés en las consecuencias de su conducta, mientras que la impulsividad cognitiva muestra que al no pensar las cosas cuidadosamente el adolescente toma una decisión arriesgada presente en la etapa de la adolescencia y por último la impulsividad motora muestra el mayor nivel de incidencia es decir que al analizar la impulsividad en sus tres tipos esta aumenta el número de conductas antisociales concluyendo que existe relación entre los factores familiares, conducta antisocial y la impulsividad evidenciando una alta relación entre las mismas.

Así mismo en otra investigación realizada con 719 adolescentes de 11 a 17 años de ambos sexos, la relación significativa e inversa entre autoconcepto familiar y la impulsividad muestran que cuando sean valorados y apoyados por sus familiares tendrán menor tendencia en actuar de manera impulsiva frente a diversas situaciones, esto significa que las percepciones positivas de sus habilidades y apariencia física están relacionadas en menor nivel de impulsividad, agresividad o conductas antisociales, consumos de drogas, entre otras. (Quispe Trujillo, 2019).

De igual manera los estudios expuestos en relación a la agresividad e impulsividad en la etapa adolescente se aplicaron instrumentos de cuestionario de agresión reactiva y proactiva junto con la escala de impulsividad de Barratt aplicado en 400 adolescentes de la comunidad de Madrid en edades comprendidas de 12 y 18 años los resultados mostraron que los adolescentes reactivos, proactivos y mixtos presentan mayor nivel de impulsividad motora que los no agresivos, los agresivos proactivos mostraron mayores niveles de impulsividad no planeada que los no agresivos, de los cuales

además no se encontró diferencias en la edad y sexo de los participantes. (Rodríguez & Fernández, 2012).

Otra investigación presentada en la revista Ciencias Pedagógicas e Innovación, con una muestra de 245 estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas de Quito-Ecuador se aplicó la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11), los mismo que presentan impulsividad, exhiben dificultades en su comportamiento y desempeño cognitivo, siendo el objetivo de tal investigación describir los niveles de impulsividad; el diseño de investigación se basa en el enfoque cuantitativo, no experimental descriptivo correlacional obteniendo como resultado que el 16,74 % de los estudiantes presentan altos niveles de impulsividad cognitiva, el 11,84 % de impulsividad motora y el 11.24 % un nivel elevado de impulsividad no planeada encontrando una relación significativa entre la impulsividad y el género de los participantes. (Ramos, Niveles de impulsividad en una muestra de estudiantes ecuatorianos, 2017).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos demuestran que los factores psicosociales están altamente relacionados con la conducta impulsiva en los adolescentes. En cuanto a la relación de objetivos, hipótesis y preguntas de investigación presentadas en este estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

- Los resultados demuestran que en un 59,8% del factor personal ha incidido en un mayor nivel que desencadena la impulsividad en los adolescentes, el 58,6% de acuerdo con el factor socio-familiar, el 57,4% según el factor social-escolar y el factor genético-biológico con el 51,7%.
- Se encontró una relación significativa en el factor psicosocial personal de los participantes, lo cual ha incidido en un alto nivel en la conducta impulsiva de los mismos.
- En cuanto al porcentaje de adolescentes que presentan altos niveles de impulsividad se encontró en la muestra de 214 participantes en la cual se obtuvo que el 52,8% muestra impulsividad motora, el 53,3% de los mismos impulsividad cognitiva y el 54,8% de acuerdo

con la impulsividad no planeada.

- De acuerdo con la correlación de Pearson se demostró que existe un nivel considerable de influencia en los factores psicosociales y la conducta impulsiva en los adolescentes, si ($r=1$), es positiva evidenciando una dependencia total entre las dos variables.
- No hubo relación significativa en esta investigación entre los factores psicosociales en el área genético-biológico que haya influido considerablemente en la impulsividad de la muestra sujeta a investigación.

RECOMENDACIONES

- Trabajar de acuerdo con los factores psicosociales de mayor incidencia en la conducta impulsiva de los adolescentes fortaleciendo las relaciones interpersonales, sociales y familiares de los adolescentes mejorando su calidad de vida y su salud emocional.
- Se recomienda trabajar simultáneamente con los adolescentes y disminuir los problemas personales que se originan en el ámbito familiar afianzando la comunicación entre padres e hijos disminuyendo los problemas que el adolescente pueda desarrollar en cualquier entorno empleando estrategias y técnicas de diferentes modelos teóricos.
- Se recomienda realizar un programa comunitario para incidir positivamente en el desarrollo personal de los sujetos de estudio y promover la disminución de la conducta impulsiva.
- Además, realizar estudios para futuros estudios correlacionales de los factores que afecten la conducta y altere su comportamiento con la finalidad de contrastar los niveles de impulsividad en relación con otras variables como la violencia intrafamiliar, filio-parental para conocer específicamente el problema y contribuir a la salud y bienestar de la comunidad.
- El jefe comunitario debe ser líder con estabilidad emocional para poder ayudar a dirigir la estabilidad emocional de los adolescentes siendo un guía y promuevan en los adolescentes conductas adecuadas.
- De acuerdo con el factor personal que demostró

ser de mayor incidencia en la conducta impulsiva, se recomienda trabajar el vínculo de unión y comunicación con los padres facilitando tareas psicoterapéuticas.

REFERENCIAS

- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Marcombo.
- Armigon Pallás, J., & Jiménez Villa, J. (2019). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. España: Elsevier - quinta edición.
- Bandura, A. y. (1983). *aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid España: Alianza.
- Bisquerra, R. (2008). *Educación para la ciudadanía y convivencia*. En *El enfoque de la educación emocional* (pág. 149). Madrid, España: Wolters Kluwer.
- Buenaño, J., & Villalón, C. (Febrero de 2014). Repositorio Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1176/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2014-0001.pdf>
- Celma, M. (2015). *En Bases teóricas y clinicas del comportamiento impulsivo*. Barcelona: San Juan de Dios.
- Cerezo, J., & Carriel, J. (30 de Julio de 2013). Repositorio UNEMI. Obtenido de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/1905/1/Incidencias%20de%20las%20conductas%20disruptivas%20en%20la%20inteligencia%20emocional%20de%20los%20estudiantes%20de%20la%20Unidad%20educativa%20%20Agustín%20Alberto%20Freire%20Icaza%20de%20la%20pa>
- Céspedes, A. (2013). *Déficit atencional en niños y adolescentes*. Santiago de Chile : B Chile.
- Cortés Arias, A., & Chaves Méndez, J. (Junio de 2018). Universidad de La Sabana. Obtenido de Intellectum: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/33814>
- Figueroa Varela, M. (2013). Universidad de Granada. Obtenido de Programa de doctorado psicología de la salud, evaluación y tratamiento psicológico : <https://hera.ugr.es/tesisugr/21760949.pdf>
- Fossati, A. D. (2001). Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of clinical psychology*, 57(6), 815-828.
- Gratacós, M. (2019). *Lifeder. Conducta antisocial; Concepto teorías y factores de riesgo*.
- Icart, M. T., Fuentelsaz, C., & Pulpón, A. (2006). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Barcelona: Ub.es.
- Jimenez Barbero, J. (2013). GRIN. Obtenido de <https://www.grin.com/document/281061>
- Jiménez Barbero, J. (2013). *Influencia de la socialización familiar y de las actitudes hacia la violencia sobre los problemas de conducta en el ámbito escolar*. España: Grin Verlag.
- Llaneza Álvarez, J. (2007). *Ergonomía y psicología aplicada*. En *Manual para la formación del especialista* (pág. 397). España: Lex Nova octava edición.
- Morales Vives, F. (2007). *Teorías de la impulsividad*. En *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes* (págs. 38-44). España: Universidad Rovira.
- Morales, C., & Ocampo, E. (27 de Junio de 2016). Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1176/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2014-0001.pdf>
- Morris, C., & Maisto, A. (2005). *En Le ayudaría a aprender los conceptos psicologicos mas importantes* (pág. 355). España: Pearson educación.
- Naghi Namakforoosh, M. (2005). *Metodología de la investigación*. México: Limusa Noriega Editores Segunda Edición.
- Negrete Cortés, A. (2011). *Relacion de la violencia intrafamiliar y la impulsividad de jóvenes mexicanos*. Scielo.
- Patton, J. H. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Polaino Lorente, A., Cabanyes, J., & del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. España: Graficas Anzos.
- Quispe Trujillo, R. (Julio de 2019). Repositorio de Tesis. Obtenido de Universidad Peruana Unión: <https://repositorio.upeu.edu.pe>
- Ramos, C. (2015). *Niveles de impulsividad en una muestra de estudiantes ecuatorianos*. *Ciencias pedagógica e innovación*, 83-85.

- Ramos, C. (2017). Niveles de impulsividad en una muestra de estudiantes ecuatorianos. *Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 82-84.
- Rodriguez, J., & Fernández, M. (2012). Análisis de la impulsividad en diferente grupo de adolescentes agresivos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*.
- Ruiz Olebuénaga, J. (2012). *Teoría y práctica de la investigación cualitativa*. Bilbao: deusto digital.
- Torres, R., Buenaño, J., & Villalón, C. (Febrero de 2014). Repositorio digital UNACH. Obtenido de Universidad Nacional de Chimborazo: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1176/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2014-0001.pdf>
- Uribe Prado, J. (2014). *Clima y ambiente organizacional. En Trabajo, salud y factores psicosociales*. México: El Manual Moderno.

ASIMETRÍAS DE PODER Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA PROVINCIA DE EL ORO

Ullauri Carrión Marcia Galina¹; Quinche Labanda Darwin Jeovanny²; Gordillo Quizhpe Iván³

(Recibido en noviembre 2019, aceptado en diciembre 2019)

¹Universidad Técnica de Machala, Machala – Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-7080-5969>. ²Universidad Técnica de Machala, <https://orcid.org/00003-0660-4748>. ³Universidad Técnica de Machala, <https://orcid.org/0000-0001-8890-0860>

¹mullauri@utmachala.edu.ec; ²dquinche@utmachala.edu.ec; ³igordillo@utmachala.edu.ec

Resumen: La investigación da respuesta al problema de la violencia intrafamiliar que, según la constelación social de Ecuador, es proteica que muta de física a psíquica, de real a irreal, y vive en espacios subcutáneos, subcomunicativos, de tal forma que se lo invisibiliza y naturalizado en diversos ámbitos sociales. El ejercicio asimétrico del poder genera violencia en las esferas públicas y privadas, incrementándose exponencialmente en el País, en los últimos años ha registrado 24 mil 376 denuncias por violencia intrafamiliar; los cuales, el 88% son mujeres maltratadas (física, psicológica y sexual) y también reciben maltrato de género y un 22% de hombres son víctimas de agresiones. En este contexto, se ha propuesto el objetivo, determinar los factores de desigualdad y dominación que inciden en la violencia intrafamiliar del Cantón Pasaje. La metodología aplicada se basa en el enfoque mixto, y análisis de variables a nivel exploratorio y descriptivo, a través del procesamiento y análisis de estadísticas oficiales con la aplicación de entrevistas a hogares con violencia. Los hallazgos muestran y concluyen que la violencia es un fenómeno social multicausal complejo que se desencadena de las relaciones de poder y que responde a factores implícitos de dependencia en las interrelaciones de pareja.

Palabras Clave: Ejercicio de poder, violencia intrafamiliar, género.

ASYMMETRIES OF POWER AND DOMESTIC VIOLENCE IN THE PROVINCE OF EL ORO

Abstract: The research responds to the problem of intrafamily violence that according to the social constellation of Ecuador, is a protein that mutates from physics to psychic, from real to unreal, and lives in subcutaneous, subcommunicative spaces, in such a way that it is invisible and naturalized in various social fields. The asymmetric exercise of power, generates violence in public and private spheres, increasing exponentially in the country. In recent years 24,376 complaints of intrafamily violence have been recorded; 88% of which are battered women (physical, psychological and sexual) and also receive gender abuse and 22% victims of aggression of men are. In this context, the objective was to, to determine the factors of inequality and domination that affect the intrafamily violence in the Canton of Pasaje. The methodology applied is based on a mixed approach, and an analysis of variables at the exploratory and descriptive level, through the processing and analysis of official statistics with the application of interviews in household where violence has been present. The findings show and conclude that violence is a complex, multi-causal social phenomenon that is unleashed from power relations and that responds to implicit factors of dependence on relationships among a couple.

Keyword: Power exercise, intrafamily violence, gender.

INTRODUCCIÓN

La relación del género masculino y femenino ha estado regida de forma asimétrica desde hace siglos, marcando un fuerte dominio del hombre, relegando un papel inferior y de debilidad a las mujeres. El poder adquirido de forma “natural” por ser el más “fuerte” ha fomentado una oleada de violencia contra el sexo “frágil”.

No es novedad que en los medios de comunicación se encuentren noticias acerca de la violencia intrafamiliar, mujeres violentadas de diferentes formas por su pareja, siendo el desenlace más fatídico, muchas de las veces la muerte. Estos acontecimientos repercuten y permiten concienciar en la sociedad, aun así, la disparidad continua y va en aumento, aunque las medidas de previsión y corrección se ejecutan, el sistema a nuestro alrededor tiene un punto de vista distópico acerca de generar equidad entre hombres y mujeres (Carrasco, 2004).

En América Latina esta problemática al igual que en el resto del mundo es muy conocida, no se puede negar su fuerte presencia en esta región, por este motivo desde hace más de una década la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha realizado diagnósticos en el territorio latinoamericano referente a este tema, con el objetivo de remarcar la deficiencias de las políticas públicas, la protección frente a la cultura machista de los países latinoamericanos (AlmÉRas & Calderón , 2012).

Aunque existen grandes avances respecto a la erradicación de la violencia intrafamiliar y el dominio ejercido dentro de las relaciones de pareja que insistan a este accionar, todavía las mujeres ven muchas de estas actitudes violentas como algo natural, enseñado desde temprana edad, esta es una de las razones por la que no acuden a pedir ayuda, porque tienen temor a la burla y falta de compasión que puedan recibir dentro de los servicios públicos o privados proporcionados por el Estado e incluso muchas de las víctimas no saben ni dónde acudir (Guedes, García-Moreno, & Bott, 2014).

En Ecuador la asimetría de poder tiene un gran peso sobre toda la región, sobre todo al ser un país pluricultural, en ciertos contextos culturales la

violencia intrafamiliar se encuentra muy arraigada en caso de mujeres que pertenecen a las comunidades indígenas y afrodescendientes, además las clases sociales, son otro foco de violencia intrafamiliar, debido a la subordinación económica impide vencer estas situaciones (Maira, 1999).

De acuerdo a lo previamente escrito, la investigación abarca las relaciones asimétricas de poder como generador de la violencia intrafamiliar, además de la violencia per se, destacando como argumentos de base la influencia del campo educativo-cultural que presenta el Ecuador en surgimiento y prevalencia de poder sobre la mujer. El presente artículo se ha propuesto el objetivo, determinar los factores de desigualdad y dominación que inciden en la violencia intrafamiliar del Cantón Pasaje, la metodología aplicada se basa en el enfoque mixto, y análisis de variables a nivel exploratorio y descriptivo, a través del procesamiento y análisis de estadísticas oficiales con la aplicación de entrevistas a hogares con violencia.

METODOLOGÍA

El proceso de investigación, la dimensión estratégica ha sido clave en la planificación del método científico y el manejo metodológico, en la solución del problema y pregunta de investigación que permita transitar del nivel teórico y al empírico y viceversa. Así, la metodología aplicada en la investigación de las asimetrías de poder y violencia, está vinculada al análisis multivariado, con el manejo de variables, y haciendo uso de los enfoques y herramientas de investigación mixta que corresponden a los métodos cuantitativo y cualitativo de las ciencias sociales; la primera, se fundamenta de los “planteamientos acotados, la medición de fenómenos, la utilización de la estadística y la prueba de hipótesis y teorías; mientras que el cualitativo toma los elementos de carácter “deductivo, la secuencialidad, la probación y el análisis de la realidad objetiva” (Sampieri, Fernández , & Baptista , 2014). Se aplicó técnicas e instrumentos a referenciar de casos que han sido víctimas de violencia, pese a que las fuentes de datos se han tomado registrados por las entidades públicas que amparan y protegen los derechos de las personas en especial de los grupos de atención prioritaria.

Esto implica que el diseño de la investigación, es de

tipo “no experimental”, en razón que no se manipulo variables o la construcción de escenarios medibles, sino más bien lo que se pretendió es observar los hechos tal y como se presentan en su contexto real (familias) y en un tiempo determinado que permitan analizarlas; en este sentido, lo que se procuro es describir la asimetría de poder a partir de un caso específico, ejercido a través de dos aspectos, la de-generación en violencia, y la otra en cadena, expresada en delitos que pasa a nivel legal e institucional. Es decir, la variable independiente (están ocurriendo) no pueden ser manipuladas, lo que impide influir sobre ellas para modificarlas desde de un proceso investigativo y cognitivo, pero si proponer estrategias de intervención que fortalezcan la economía popular y solidaria (en caso de intervención – transformación). En este contexto, se tomó aspectos del diseño bibliográfico, a través de la revisión sistemática del material documental que fundamentan y sostengan el proceso investigativo, metodológico como de los resultados del estudio (Palella, Morales, Cedeña, & Gómez, 2017).

En relación a los niveles de investigación, es básicamente de carácter “descriptivo”, porque ha registrado, analizado e interpretado la composición y procesos de los fenómenos o problemas, en base a la correlación de variables, desde una perspectiva teórica (exploratorio) y empírico, haciendo uso de datos estadísticas básicas (Sampieri, et. al, 2014). Así mismo se hace uso en la investigación, del “nivel explicativo”, ya que se centró en determinar los orígenes y factores casuísticos de un determinado conjunto de fenómenos complejos y sensibles, como el poder y sus ejercicios en las relaciones de familia que se desencadena en violencia. Por tanto, el nivel descriptivo, es el de encontrar las relaciones causa-efecto de ciertos hechos con el objeto de conocerlos con mayor profundidad y a la vez de ser posible proponer estrategias de intervención.

RESULTADOS

Las relaciones de poder como factor determinante en la violencia domestica

En la definición de poder tenemos que proviene del latín possum; potes; potuī; posse, que significa ser capaz, tener fuerza para algo, o lo que es lo mismo, ser potente en lograr el dominio o posesión de un objeto

físico o concreto, o el desarrollo de tipo moral, política o científica. Así el poder como verbo, se identifica con el vocablo potestas que traduce potestad, potencia, poderío, el cual se utiliza como homólogo de facultad que significa posibilidad, capacidad, virtud, talento. En este sentido, él poder, recoge la idea de ser potente o capaz pero también alude a tener influencia, imponerse, ser eficaz entre otras interpretaciones (Ávila, 2007a). El poder como tal es difícil de definir algunos autores consideran que dicha definición puede variar dependiendo a lo que se quiere responder como por ejemplo ¿cómo se distribuye? o ¿dónde se localiza?, la unidad de análisis como la sociedad, grupos, parejas e instituciones. El poder consiste en la relación de tres elementos, Merlín (2009) citado por Mariño (2014) la persona que soporta el poder, seguido de las circunstancias que suceden por ejercer el poder, y el tercer elemento seria la resistencia, que “se relaciona con el deseo de reconocimiento en los vínculos interpersonales” (Etkin & Schvarstein, 2000, p. 190).

Según Turner (citado en Morales, 2007) establece los siguientes procesos del poder:

Persuasión: Este proceso se basa en la influencia ejercida por uno de los miembros en el grupo quién posee capacidad persuasiva para alcanzar variaciones en lo que respecta a los consensos y la identidad que adquiera.

Autoridad: característica de un miembro que consiste en controlar a aquellas personas que son parte de un grupo que se encuentra en constante interacción bajo una regularidad y estructura que comparte sentido de identidad ya que consideran adecuado la persuasión en determinados temas.

Coacción: este proceso indica el control establecido en otras personas sin consentimiento lo que involucra ir en contra de sus deseos e intereses, manipulando de este modo su conducta a través de elementos alternativos por no poder realizarlo de forma directa.

Las modalidades del poder que abarcan a la sociedad en su conjunto: patriarcado, dominación de clase, hegemonía, todos son conceptos o nociones que refieren a un poder que está inscrito en las relaciones

sociales cotidianas entre las personas (Geertz, 2003). Por lo que las mencionadas relaciones sociales influyen en el comportamiento del individuo e inducen a que este quiera ostentar el poder. Existen dos estados de inclinaciones: uno es el deseo de ejercer el poder sobre los demás, el otro, la aversión a que otro ejerza el poder sobre persona sometida (Ávila, 2007b).

A propósito del estudio social que plantea el autor hace relación a aspectos como el patriarcado y el matriarcado que en algún momento de la historia se configuró la relación de poder entre el hombre y la mujer influenciado en su convivencia cotidiana.

Desde esta perspectiva, el poder no es algo que se adquiera, el poder es la resultante del juego de relaciones sociales dinámicas y no igualitarias. Tomando el concepto de (Ávila, 2007), entendemos el poder como el conjunto de relaciones de fuerza presentes en un dominio dado. Esto implica entender el poder en términos relacionales: una situación de poder determinada es la resultante del equilibrio (o desequilibrio) alcanzado en la relación de dos o más personas, agentes, instituciones, con fuerzas desiguales.

Las relaciones de poder se expresan en ciertos dominios, y son los efectos de las desigualdades y desequilibrios existentes en estos dominios. Se entiende a la sexualidad y la reproducción como un dominio de las relaciones de pareja, y las desigualdades existentes en este dominio, como la expresión de identidades de género culturalmente definidas.

El poder es una fuerza que se expresa, en el dominio de la sexualidad, como una verdad que pretende controlar el cuerpo. Considerando la desigualdad entre los géneros, se podría decir que lo que se pretende controlar es el cuerpo de la mujer. Desde la mujer puede haber resistencia, incluso puede haber poder sobre ciertas áreas. Por otra parte, el poder no sólo se impone, sino que produce verdad, en otros términos, produce una cierta manera de ver el mundo, una determinada mentalidad, que hace que se produzca y se reproduzca una determinada relación de poder.

El poder en el sentido relacional, implica la capacidad de los actores para conseguir ciertos resultados cuando la realización de tales resultados depende de la acción

de otros. Por tanto, el poder en la interacción puede ser entendido, entonces, como la facilidad que dan los participantes para que se movilicen los elementos de producción de tal interacción, influenciando así su curso. Esta relación entre los actores con capacidad desigual, porque movilizan recursos (simbólicos) que los sitúan en posiciones desiguales, puede ser entendida como una relación de autonomía/dependencia. Las relaciones de poder entre parejas existen diferentes procesos socioeconómicos enfocados en las actividades domésticas donde hay desigualdad especialmente en la mujer (Piedra, 2016)

El poder/empoderamiento de las mujeres desde esta perspectiva debe entenderse como proceso, ya que nunca es un hecho logrado, sino que se juega en cada encuentro sexual, en los cuales se ponen en juego las presiones antes expuestas y la vulnerabilidad de la mujer. Se distinguen, entonces, tres tipos de empoderamiento: uno intelectual, que se expresa en los conocimientos, las expectativas e intenciones; uno experiencial, que se expresa en las prácticas sexuales; y uno en transición, que se refiere al hecho que la mujer puede controlar algunos encuentros sexuales en algunas situaciones o con algunas parejas sexuales, pero no en otras situaciones o con sucesivas parejas (Valdés, Gysling, & Benavente, 1999).

En definitiva, la relación de poder en la sexualidad y la reproducción la entendemos como la resultante de las diversas relaciones de fuerza que se dan en el dominio de la vida sexual y reproductiva de una pareja. Estas relaciones pueden ser más jerárquicas o más igualitarias. Serán más jerárquicas cuando el principio dominante sea la imposición de uno de los miembros de la pareja sobre los cursos de acción a seguir; es dable esperar que este sea mayormente el hombre. Será más igualitaria cuando los cursos de acción se definan en conjunto, negociando y participando como pares equivalentes. Es decir que estén en igualdad de condiciones en la toma de decisiones sobre su vida sexual y reproductiva y que las relaciones sexuales no sean producto de la violencia.

Según el libro de Valdés et al., (1999) las dimensiones que se considera como indicadores para el tipo de relación de poder en el ámbito de la sexualidad y la

reproducción, son las siguientes: la experiencia de relaciones sexuales prematrimoniales; la satisfacción en las relaciones sexuales; la motivación para las relaciones sexuales; la iniciativa en la vida sexual; las presiones en este ámbito; la planificación de los hijos; y la anticoncepción.

Para caracterizar el tipo de relación de poder en la pareja en general, se considera las siguientes dimensiones: la administración de los ingresos; la decisión relativa al lugar de residencia; las decisiones sobre inversiones menores; la participación del hombre en las tareas domésticas; las áreas de participación del hombre en la rutina doméstica; el clima emocional de la pareja; la comunicación; la resolución de conflictos; y el rol del trabajo femenino en la relación.

Todas estas características de las relaciones de poder evidencian la subordinación que existe entre hombre y mujer en el momento de las tomas de decisiones, por lo que de alguna manera se considera que en la mayoría de los casos el hombre es quien toma las decisiones importantes en su hogar, sin que exista la posibilidad que la toma de decisiones sea de la pareja en su conjunto.

La violencia

Cuando se menciona el término violencia se da un sinnúmero de posibilidades a su definición debido a que esta palabra cambia su significado o se modifica según desde la perspectiva de la comunidad o población que la aborda, influyendo en ella los códigos morales, principios, valores, leyes y entre otros factores inmersos dentro de esta colectividad. Pero se debe tener claro el concepto de violencia y además una violencia contra la mujer se da en todos los status de la sociedad, vulnerando los derechos que tiene como ser humano (Quispe, y otros, 2018)

La violencia se considera un fenómeno social, es decir una expresión determinada por acciones escritas, verbales o gestuales denominadas como agresivas en un contexto, cuyas variables emergen de una asimetría de poder que se encuentra vinculada a sexo, edad, raza, cultura, orientación sexual, religión. En este sentido, surge el interés de definir a la agresión, la cual comprende a la acción cuyo objetivo es lastimar a una persona, ya sea de forma física, verbal,

relacional, alcanzando dichas acciones: maltratos, abusos establecidos por las leyes hasta el denominado homicidio. Según Carrasco & González (2006) existen diferentes términos de este modo se conoce que la agresión como un comportamiento básico y primario que se refiere a dichas conductas o actitudes violentas de los seres humanos, es caracterizada por sus niveles: físicos, emocionales, cognitivo y sociales, conocido como el carácter poliformo.

La agresión es considerada como una conducta que puede llevarse a cabo en su aprendizaje a través del reforzamiento directo o a su vez por la observación en medios de comunicación. En el contexto social la agresión genera consecuencias delimitando a un ganador y a un perdedor enfatizando así una desigualdad entre dos individuos (Morera, 2014). Mientras que la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (Organización Mundial de la Salud, 2017)

La agresión posee dos formas de llevarse a cabo según Barrón (2007) la primera consiste en una reacción ante la frustración siendo directa o indirecta, y la segunda que se basa en la energía que posee el propio ser humano, esta se asocia al manejo de dichas conductas de acometividad que se repliegan sobre sí mismo. Según Villaseñor & Castañeda (2003) la violencia mantiene su origen en dos aspectos fundamentales como lo es la invisibilización y la influencia social, se expresa que estos aspectos ejercen un flujo determinante en lo que es la violencia pues de ellas se desglosa el machismo, poligamia, falta de educación y sobre todo una cultura de inequidad de género. La violencia es una construcción histórica, la afirmación del trabajo consistió en que la violencia es una construcción social fruto de la justificación del poder, y la construcción de ciertos saberes y formas jurídicas que la encubren con la apariencia de justicia y equidad social (Carabajal, 2010)

La violencia es producto de una expresión cultivada por la agresividad donde el objetivo principal es

invalidar derechos del individuo desplegando una amenaza, que produce la pérdida de dignidad de la otra persona, a través de ello surge en la persona que perpetra la violencia el deseo exasperado de obtener un dominio acerca de la realidad del otro individuo (Hernández Pita, 2014). La violencia incluye un deseo ilegítimo e intencional de efectuar daños y vulneración de derechos a la persona que cree que es de su pertenencia.

Entre los Derechos de protección estipulada en el Art. 81, se dispone los ordenamientos específicos por parte del Estado para avalar los derechos de las víctimas de violencia:

“La ley establecerá procedimientos especiales y expeditos para el juzgamiento y sanción de los delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, adultas mayores y personas que, por sus particularidades, requieren una mayor protección. Se nombrarán fiscales y defensoras o defensores especializados para el tratamiento de estas causas, de acuerdo con la ley” (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

En la sociedad se han evidenciado diferentes tipos de violencia y evidencia de ello fue en el siglo XX, siendo uno de los siglos marcado por la violencia y una de las bases para que se lleve a cabo la misma es la forma como está organizada la sociedad y las desigualdades de poder, tomando en cuenta que estos tipos de violencia son afectados en su mayoría a grupos específicos. La OMS (2002) en su informe mundial sobre la violencia y la salud indaga en su origen desde un modelo ecológico que tiene en cuenta numerosos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la violencia; modelo que consta de cuatro niveles.

Dentro de las sociedades se demuestra comportamientos de violencia que trascienden en las relaciones humanas, de forma que la violencia, ya sea, social, política y económica se refleja en la unidad familiar y de género, naturalizándola en su entorno, aceptándola y repitiéndola automáticamente

de manera generacional (Cepal, 1996).

El primer nivel es el individual, en este son de gran relevancia los factores biológicos y de la historia personal que aumentan la probabilidad de que una persona se convierta en víctima o perpetradora de actos violentos. Entre los factores que son posibles de medir se encuentran: las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.

El segundo nivel es el relacional, el cual se refiere a las relaciones con la familia, los amigos, la pareja y los compañeros que influyen o influyeron en el comportamiento violento, teniendo en cuenta a tal efecto factores como el hecho de haber sufrido castigos físicos severos durante la infancia, la falta de afecto y de vínculos emocionales, la pertenencia a una familia disfuncional, el tener amigos delincuentes o los conflictos conyugales o parentales.

El tercer nivel es el comunitario, este nivel alega que la violencia se da debido a los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario; además este intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos como por ejemplo, la pobreza, la densidad de población, altos niveles de movilidad de residencia, la carencia de capital social o la existencia de tráfico de drogas en la zona.

El último y cuarto nivel es el social, que se centra en los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad, como las normas sociales que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, aunque también tiene en cuenta las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad.

Además de esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico indica asimismo qué es necesario hacer en los

distintos niveles estatales y sociales para prevenir la violencia.

“Podríamos decir que la violencia es vivida como la ruptura de un “orden establecido”, de una armonía preexistente, de unas condiciones de vida en las que se realizan las expectativas de existencia de la especie humana” (Jiménez, 2012, p.15).

Según lo mencionado la violencia resulta ser una expresión ejercida por la agresividad donde el objetivo principal es abolir derechos de la otra persona ejerciendo una amenaza, que suscita la pérdida de identidad de otro individuo, de todo aquello surge en el individuo que efectúa la violencia el deseo desesperado de adquirir un dominio acerca de la situación, individuo o a su vez en el contexto por experimentar una situación de pérdida. Según el Consejo de la judicatura (2016) se establecen los siguientes modelos de violencia:

Violencia estructurales

La violencia estructural radica en las jerarquías que se establecen en el contexto ya sea por la clase social, raza, género, y capacidades físicas, este modelo de violencia suscita una asimetría generacional donde en mayor porcentaje el género masculino ejerce cierta influencia en el femenino, este modelo surge a partir de la estratificación social ya que la violencia no se genera de forma directa sino más bien de manera invisible y se mantiene en la privación de las necesidades básicas en el ser humano lo que involucra bienestar, identidad así como la limitación de la libertad, factores que se encuentran establecidos en una desigualdad social.

Violencia cultural

Este tipo de violencia surge a partir del contexto cultural donde provienen las creencias, valores y mitos que generan una diferencia entre los individuos en efecto se expresan excusas hacia la violencia descrita por estereotipos culturales donde exige una representación pasiva frente a una activa, lo que de una u otra forma legitima la violencia como una forma de desigualdad social.

Violencia directa.

Este tipo de violencia puede generarse de forma verbal o física, se describe como una forma disimulada en las relaciones sociales ya que se encuentra justificada a través de la violencia estructural y cultural. Siendo en sí la violencia contra las mujeres una forma de violencia estructural, sistemática y generalizada. La cual se ve reflejada en la sociedad patriarcal que ha causado que la violencia se propague en mayor grado por generaciones (Calderón Vivanco, 2015).

De la violencia se desencadena la violencia interpersonal, la que conlleva una amplia gama de actos y comportamientos que van desde la violencia física, sexual y psíquica hasta las privaciones y el abandono. Abarca desde los actos violentos cometidos por un individuo o un pequeño grupo de individuos, comprende la violencia juvenil, la violencia contra la pareja, otras formas de violencia familiar como los maltratos de niños o ancianos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, hasta la violencia en entornos institucionales como las escuelas, los lugares de trabajo, los hogares de ancianos o los centros penitenciarios.

Las diferentes formas de violencia interpersonal comparten numerosos factores de riesgo subyacentes comunes; algunos consisten en características psíquicas y del comportamiento, como un escaso control de éste, una baja autoestima y trastornos de la personalidad y la conducta. Otros están ligados a experiencias, como la falta de lazos emocionales y de apoyo, el contacto temprano con la violencia en el hogar (ya sea como víctima directa o como testigo) y las historias familiares o personales marcadas por divorcios o separaciones. El abuso de drogas y alcohol se asocia con frecuencia a la violencia interpersonal, y entre los factores comunitarios y sociales más importantes destacan, además de la pobreza, las disparidades en los ingresos y las desigualdades entre los sexos.

La violencia intrafamiliar o violencia doméstica se perpetra dentro del núcleo familiar y contiene varias expresiones en contra de los miembros de

ella. Generalmente trata de hechos aberrantes y dolorosos ejercidos hacia mujeres en primera instancia, niños y adolescentes practicados por un victimario (Mayor Walton & Salazar Pérez, 2019).

Explayando la problemática intrafamiliar, la violencia conforma una realidad cruel, con fuertes raíces intergeneracionales constituidas en el pasado y afectando el presente, logrando repercutir en relaciones de poder, sumisión y desvalorización de los miembros de la familia. Todo ello cultivado en actos que fungen hacia un integrante o varios de la unidad familiar, estos pueden ser: psíquicos, físicos, y sexuales, o los subyacentes, como; actos de negligencia, abandono o un tipo diferente de desatención que desencadena en derivaciones negativas (Rodríguez Fernández, 2018).

Según el Código Orgánico Integral Penal (2014) del Ecuador, en el apartado de *delitos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar* artículo 155 considera a la violencia como toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar. Así mismo en el Art. 156 particulariza a la violencia física contra la mujer o miembros del grupo familiar, determina que la persona que, como manifestaciones de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause lesiones, será sancionado con la misma pena prevista para el delito de lesiones aumentado en un tercio (Asamblea Constituyente, 2014).

En el Art. 157 establece que la persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause perjuicio en la salud mental por actos de perturbación, amenaza, manipulación, chantaje, humillación, vigilancia, hostigamiento o control de creencias, decisiones

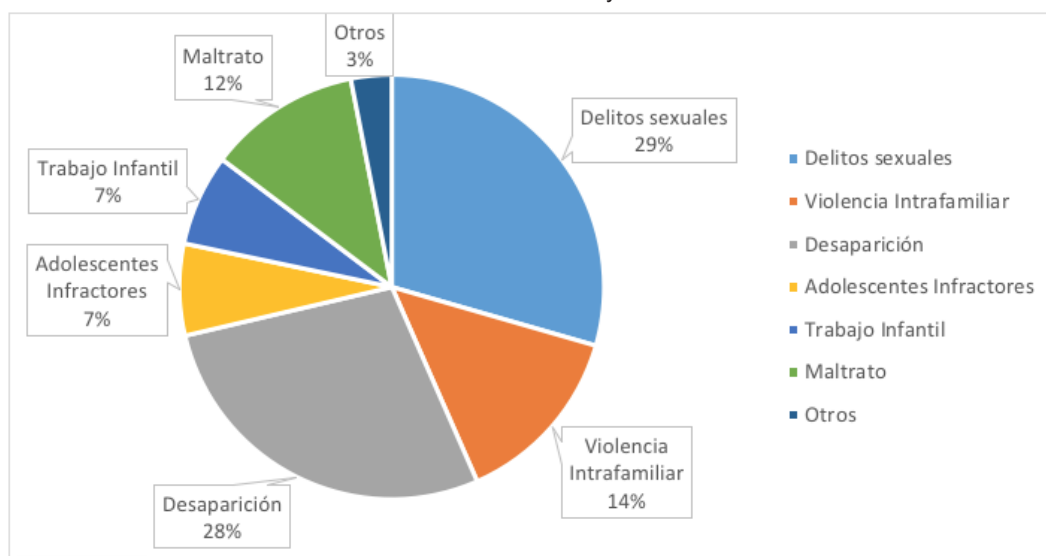
o acciones, será sancionado de conformidad a los numerales del presente artículo. (Asamblea Constituyente, 2014)

En el Art. 158 se establece que la persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, se imponga a otra y la obligue a tener relaciones sexuales u otras prácticas análogas será sancionada con la pena prevista en los delitos contra la integridad sexual reproductiva. (Asamblea Constituyente, 2014)

La violencia es que abarca varios campos, y para afrontarlo no se puede tomar una sola medida; antes bien, como pone la OMS (2002) en manifiesto a través de su modelo ecológico, es necesario actuar simultáneamente en varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad para prevenirla. Por ejemplo: Hacer frente a los factores de riesgo individuales y adoptar medidas encaminadas a fomentar actitudes y comportamientos saludables en los niños y los jóvenes durante su desarrollo y a modificar actitudes y comportamientos en los individuos que ya se han vuelto violentos o corren riesgo de atentar contra sí mismos.

En el periodo correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio del año 2018 se encontraron un total de 130 casos en lo que respecta a la niñez y adolescencia de la ciudad de Pasaje que fueron presentados ante el Consejo Cantonal de Protección de Derechos, de los cuales se ha podido constatar que un total del 43.41% de ellos no han sido concluidos aún, lo que resulta perjudicial para los menores cuyos derechos se han vulnerado. En siguientes graficas se especifica los conflictos o delitos que presenta, si se ha tomado alguna acción para cesar con el daño, y, lo más importante, si el proceso ha concluido o aún se encuentra pendiente.

Gráfico 1. Conflictos y delitos



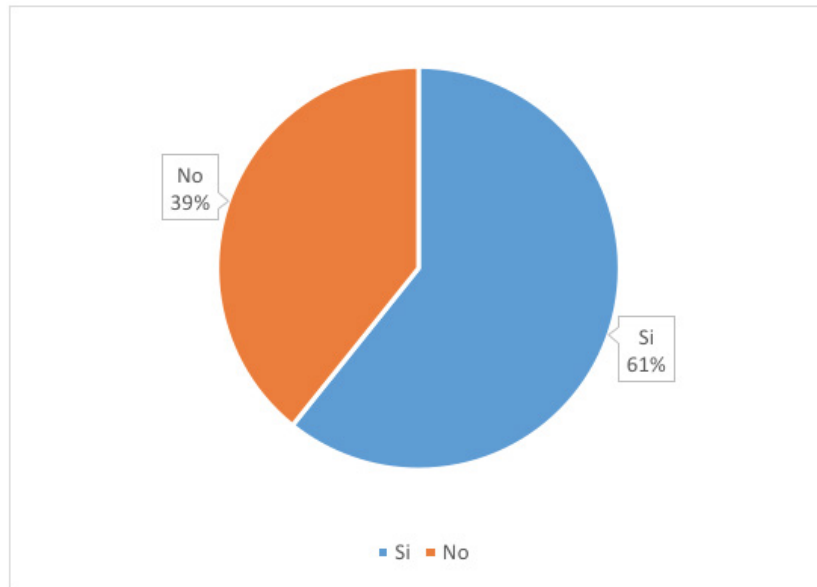
De los conflictos y delitos que se han podido detectar en el periodo antes mencionado, teniendo un número un total de 130 casos, se evidencian delitos sexuales (29%), un total de 39 casos; Desaparición de menores (28%), un total de 36 casos; Violencia intrafamiliar (14%), un total de 18 casos; Maltrato (12%), un total de 15 casos; Trabajo infantil (7%), un total de 9 casos; Adolescentes infractores (7%), un total de 9 casos; Otros (3%), un total de 4 casos. Los delitos sexuales en los menores de edad se producen muchos de los casos por las personas más allegadas como por ejemplo tutores, padres, hermanos, tíos, primos y otros allegados, derivado de esto se encuentran las desapariciones que en algunos casos son causadas por violaciones de sus propios parientes o conocidos las propician.

De las relaciones de poder entre la pareja en el cual se evidencia la subordinación de la mujer hacia el hombre, por el cual se produce la violencia

intrafamiliar que en muchos de los casos finaliza en muertes violentas, femicidio y homicidios.

Se puede observar que la principal causa de vulneración de derecho de los menores es el cometimiento de delitos sexuales contra ellos, es de decir aquellos que vulneran su integridad sexual y reproductiva; es de suma importancia hacer mención en lo que respecta a la desaparición, no se está hablando de desaparición forzada sino de los casos en los que se ha perdido comunicación total con ellos, siendo la principal (posiblemente única) causa de aquello el hecho de que los menores deciden voluntariamente dejar el hogar y no comunicarse con aquellos quienes estaban a su cargo. En la categoría de "otros" es necesario hacer una especificación de lo que en esta se incluye, siendo estos los casos donde se ha visto a los menores involucrados en el tráfico de sustancias ilícitas sujetas a fiscalización, sin haber sido etiquetados como menores infractores, y aquellos donde se ha demandado su tenencia, patria potestad, y pago de pensiones alimenticias.

Gráfico 2. ¿Se han tomado acciones para cesar la vulneración?



Dentro de la gráfica se puede constatar que en la mayoría de los casos, número de 79 que constituye el 61%, se han tomado acciones para evitar que se siga vulnerando el derecho de los menores, y de las personas que han sido víctimas de violencia lo que se debe resaltar del presente gráfico no son los casos en los que ha buscado que los menores se encuentren en mejores condiciones, sino más bien el alto porcentaje de ellos en los cuales no se lo ha hecho, integrando un número de 51 casos en los cuales los menores involucrados no han recibido apoyo, quedan así en desamparo.

DISCUSIÓN

Fueron denunciados ante el Consejo Cantonal de Protección de Derechos del Cantón Pasaje un total de 130 casos en sus distintas tipologías. Teniendo un total de 18 casos de violencia intrafamiliar, representado el 4.19% de solicitudes ciudadanas de atención en materia penal por violencia intrafamiliar en la provincia de El Oro en relación a los 429 casos expuestos por la (Defensoría del pueblo del Ecuador, 2018). En cuanto a los conflictos se expone un 61% de casos que se han tomado acciones para cesar la vulneración de derechos, esto significa que el 39% han sido casos sin resolver. En estas cifras se percibe una evidente falta de cobertura en la

resolución de los casos de violencia intrafamiliar en el Cantón Pasaje.

CONCLUSIONES

En función a los objetivos planteados, La Organización Mundial de la Salud, establece que la violencia entre las parejas está presente en todos los estratos sociales y ésta ha permanecido por generaciones enteras por medio de la cultura, y donde más ha predominado y se ha hecho evidente en los grupos de menores ingresos económicos. En la relación de pareja es donde se producen los mayores índices de violencia siendo las mujeres las que llevan la peor parte de la vulneración a sus derechos.

Los tipos de violencia ejercido por el hombre en contra de las mujeres, van desde agresiones físicas hasta las sexuales forzadas, que van de la mano con el maltrato psicológico, intimidación, humillación, sujeta a control lo que impiden a la mujer llevar una vida digna y respetuosa. La violencia es un problema social y de salud pública, investigado, abordado y canalizado contra su estructura a nivel global con políticas y normativas en los Estados nacionales, que a nivel micro social, persiste en los miembros de los hogares y familias, siendo las

mujeres (cónyuges) y en especial los niños, niñas y más personas sensibles, los vulnerables en sus derechos y sufren sistemáticamente violencia física, psicológica y sexual.

La ausencia de estadísticas sólidas y confiables ha sido el principal motivo que ha limitado la explicación de la magnitud de la violencia doméstica, pese que las evidencias empíricas son indicadores, pero no suficientes, en razón que se lo mantiene dentro la esfera privada, más aún se complica en estratos sociales, se lo oculta y no se lo hace evidente a través de acciones legales

Se percibe que la violencia tiene una tendencia de progresiva naturalización, como hecho común y hasta cotidiano. La violencia intrafamiliar se da en todos los niveles socioeconómicos, sin embargo, en los de mayor nivel y estatus familiar, se la reserva y se la mantiene cubierta con una aparente moralidad y no se la denuncia por cuestiones de imagen social. No así en los estratos medios y bajos, la violencia en todas sus formas y manifestaciones, es más evidente y la asumen mediante denuncias y en los casos extremos, las víctimas de violencia concurren a los centros de salud pública y judiciales. La violencia puede ser ejercida por cualquier miembro de la familia independientemente de su edad, raza, sexo, religión pudiendo ser la víctima o el agente que manifieste la violencia.

BIBLIOGRAFÍA

Alméras, D., & Calderón, C. (2012). *Si no se cuenta, no cuenta: Información sobre la violencia contra las mujeres*. Santiago: Publicación de las Naciones Unidas. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27859/S2012012_es.pdf?sequence=1

Asamblea Constituyente. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Quito: Corporación de Estudios y publicaciones.

Ávila, F. (2007). El concepto de poder en Michel Foucault. *A Parte Rei*(53), 1-16. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/49094429/EL_CONCEPTO_DE_PODER_MICHEL_FOUCAULT.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEI_

concepto_de_poder_en_Michel_Foucault.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYG

Barrón, M. (2007). *Violencia*. Argentina : Brujas.

Calderón Vivanco, J. C. (2015). *Relatos de una barbarie: la violencia contra la mujer en el Ecuador*.

Carabajal, L. G. (Julio de 2010). Distintos sentidos del concepto de violencia. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*(38), 69-67. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18516804004>

Carrasco, C. (2004). Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clínica y Salud*, 15(1), 33-54. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617820002.pdf>

Cepal. (1996). VIOLENCIA DE GÉNERO: UN PROBLEMA DE DERECHOS HUMANOS. *Cepal*, 1-50.

Consejo de la judicatura. (2016). Una vida libre de violencia. *Subdirección Nacional de Género*, 5-96.

Constitución de la República del Ecuador. (20 de octubre de 2008). Registro Oficial N°449. Ecuador, Ecuador: Asamblea Nacional del Ecuador.

Defensoría del pueblo del Ecuador. (2018). *Boletín Estadístico 2018*. Dirección Nacional de Investigaciones Aplicadas.

Etkin, J., & Schvarstein, L. (2000). *Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio*. Buenos Aires: Editorial Paidós. SAICF.

Geertz, C. (2003). Ritual y cambio social: un ejemplo javanés. En *La interpretación de las culturas*. Buenos Aires: Gedisa. Obtenido de https://iidypca.homestead.com/FundamentosAntropologia/Geertz_Ritual_y_cambio_social.pdf?fbclid=IwAR1fx0O1aoMRaz6yxuhLZr24lvfZwwzOIMMpCTPAE37_pdtRR0RbQJJ8NNg

Guedes, A., García-Moreno, C., & Bott, S. (2014). "Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. *Foreign Affairs Latinoamérica*, 14(1), 41-48. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Foreign-Affairs-2014-Guedes-et-al-Violencia-contra-las-mujeres-en-LAC.pdf>

Hernandez Pita, I. (2014). *Violencia de Género, Una Mirada desde a Sociología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

- Jimenez, V. K. (2012). "EL SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2012". *UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA*, 199.
- Maira, G. (1999). La violencia intrafamiliar: experiencia ecuatoriana en la formulación de políticas de atención en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica*, 5(4/5), 332-337. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000400024&lng=pt&nrm=iso
- Mariño, A. (2014). Las relaciones de poder y la comunicación en las organizaciones: una fuente de cambio. *Revista Ad-minister*(24), 119-141. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/adter/n24/n24a7.pdf>
- Martínez Pacheco, A. (2016). La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura*(46), 7-31. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/267/26748302002.pdf>
- Mayor Walton, S. S., & Salazar Pérez, C. A. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gac Méd Espirit*, 96-105.
- Morera, C. (2014). MUJER, VIOLENCIA Y CINE: LA AGRESIÓN MASCULINA COMO ESTRATEGIA NARRATIVA. *Prisma Social*, 257-287.
- OMS. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Obtenido de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (29 de 11 de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Violencia: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>
- Palella, S., Morales, F., Cedeña, A., & Gómez, N. (2017). Guía para la elaboración de los trabajos especiales de grado. Caracas: Fundación Escuela Nacional de Fiscales. Obtenido de <http://escueladefiscales.mp.gob.ve/userfiles/file/Guia%20para%20la%20elaboracion%20de%20los%20TEG-22092017.pdf?fbclid=IwAR0mcjFQUiapSibI4ARDfbXRx2JMwCiqFz1ifH2pX-7NLI7ZEzewBQFe9j8>
- Piedra, N. (2016). EL PODER Y LOS AFECTOS EN EL ANÁLISIS DE LAS RELACIONES Y LAS TRANSFORMACIONES EN LAS FAMILIAS. *Revista Reflexiones*, 95(2), 9-21. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/pdf/reflexiones/v95n2/1659-2859-reflexiones-95-02-00009.pdf?fbclid=IwAR0BFzY_G8wcQEe6PSo4SKwXFwhN5FLbav28Qz0-eb4vawHnk1Uuh2qKugo
- Quispe, M., Curro, O., Cordova, M., Pastor, N., Puza, G., & Oyolo, A. (2018). VIOLENCIA EXTREMA CONTRA LA MUJER Y FEMINICIDIO EN EL PERÚ. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(2), 278-294. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=%2Fmedia%2Fassets%2Frcsp%2Fv44n2%2F1561-3127-rcsp-44-02-278.pdf&fbclid=IwAR3IPr7f50BjqWRn0fHEBopyRVTueXaQ4qfO0Ng9K1rtUI9jhabYmj46VFA
- Rodríguez Fernández, A. G. (2018). VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y COLECTIVOS ESPECIALMENTE VULNERABLES: MENORES Y ANCIANOS. APUNTES DESDE UN ENFOQUE INTERDISCIPLINAR. *Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia*, 1-25.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F: MCGRAW-HILL. Obtenido de http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf?fbclid=IwAR16T538kZGSKvDnakI_3oYvKkUBbTG8cvA_dBpSH-4217ZI3uiidin5d4w
- Valdés, T., Gysling, J., & Benavente, C. (1999). *El poder en la pareja, la sexualidad y la reproducción*. Santiago: FLACSO-Chile. Obtenido de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/42354>

IDENTIFICACIÓN DE LA CARGA LABORAL Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE SALUD EN CUIDADORES DE LA ZONA 9 DEL ECUADOR

Marina R. Ramírez¹; Karina Ocampo²; David Ortega Jiménez³; Nahomi Erazo⁴
(Recibido en diciembre 2019, aceptado en enero 2019)

^{1,2,3,4} Universidad Técnica Particular de Loja (Ecuador)

mrramirez@utpl.edu.ec, keocampo@utpl.edu.ec, dmortega1@utpl.edu.ec, naho.erazo8@hotmail.com

Resumen: El objetivo de esta investigación fue examinar la relación de la carga laboral y la salud general (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión,) en auxiliares de enfermería de la zona 9. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo transversal, descriptivo y correlacional. La muestra fue de 100 auxiliares de enfermería. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Salud General de Goldberg para identificar casos probables de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave; Así mismo, la entrevista de carga para cuidadores de Zarit para evaluar la carga subjetiva al cuidado por parte del cuidador. En lo que respecta a los resultados más relevantes se encontró una sobrecarga intensa de 42.2 %, en cuanto a la salud general este trabajo reportó que 4 de cada 10 cuidadores presentan síntomas somáticos, ansiedad y 2 de 10 reportan tener depresión. Se evidenció una relación significativa entre la carga, síntomas somáticos y depresión.

Palabras clave: Carga laboral, salud, cuidador informal.

IDENTIFICATION OF THE WORK OVERLOAD AND ITS RELATION TO THE PERCEPTION OF HEALTH IN CAREGIVERS IN ECUADOR'S AREA 9

Abstract: The objective of this research was to examine the relationship of work overload and general health (somatic symptoms, anxiety, social dysfunction, depression) in nursing assistants in Ecuador's area 9. A quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational approach was conducted. The sample was 100 nursing assistants. The instruments used were the Goldberg General Health Questionnaire to identify probable cases of somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and severe depression; likewise, the Zarit Burden Interview for Caregivers to assess the subjective burden of care by the caregiver. Regarding the most relevant results, an intense overload of 42.2% was found, in terms of general health, this work reported that 4 out of 10 caregivers have somatic symptoms, anxiety and 2 out of 10 report having depression. There was a significant relationship between load, somatic symptoms and depression.

Keyword: Overload, health, informal caregiver.

INTRODUCCIÓN

Gran parte de países a nivel mundial han tomado medidas que permiten dar respuesta al aumento en el índice poblacional de adultos mayores, entre ellas, la contratación de profesionales especializados que brinden una atención integral a esta población. Es por ello que, una de las fuentes de trabajo más importantes consideradas a nivel mundial, es el empleo relacionado con el cuidado, especialmente para las mujeres, ya que la mayoría de los trabajadores en cuidado formal son de sexo femenino, además, varios estudios indican que la mayoría de ellas, son migrantes y por solventar necesidades, se ven exigidas a realizar su trabajo en condiciones inadecuadas, por una remuneración económica muy baja, (Addati et al., 2018). En representación a las estadísticas a nivel mundial de los trabajadores dedicados a la prestación de cuidado, el número asciende a 381 millones de cuidadores, representando 249 millones de mujeres y 132 millones de hombres, juntos equivalen el 6,5% del empleo total, que conlleva el cuidado formal (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2018).

El concepto de cuidador cobró relevancia hace aproximadamente 50 años y actualmente se ha generado una diversidad de términos que poseen implicaciones teóricas mucho más profundas (Herrera y Meléndez, 2011). Al hablar de cuidador se hace referencia a aquella persona que realiza la acción de velar por el bienestar y seguridad de otro individuo en vulnerabilidad, puede ser un familiar, un profesional capacitado u otra persona, la cual se responsabiliza de proveer apoyo en necesidades evidentes o anticipadas que la otra persona demande. Es decir, un cuidador es una persona, que toma la responsabilidad de complementar la falta de autonomía de una persona, asistiéndola en diversas áreas de su vida (Padilla, Abigail, Matinéz y Oivia, 2018). Las características y los grados de dependencia de la persona afectada condicionan y delimitan los distintos tipos de ayuda que precisa, ya sea en la vida diaria, en el ámbito instrumental o de acompañamiento (Carretero, Garcés y Ródenas, 2015).

Los cuidadores formales son las personas que han

recibido capacitación y una formación mediante carreras académicas o cursos certificados, por equipos especializados e interdisciplinarios de docencia de la salud, para brindar atención asistencial, educativa y preventiva tanto al adulto mayor, como a su núcleo familiar y social más cercano (Gitlin y Hodgson, 2018). También se considera cuidadores formales a aquellos que ayudan a tareas dentro del hogar dedicadas fuera del cuidado del anciano, ya que se considera que ambas actividades constituyen una ayuda para el bienestar del adulto mayor, así como su familia (Rogerero, 2009).

Por consiguiente, el apoyo formal que brindan los cuidadores, tiene como objetivo dar facilidades temporales o bien de largo plazo, a los cuidadores informales, refiriéndose a las familias del adulto mayor, prestando servicios comunitarios asistenciales, ya sea en instituciones o a través de servicios domiciliarios (Banchemo, 2017). Sobre todo, este apoyo formal estaría conformado por los llamados “servicios de respiro”, que conlleva intervenciones primeramente para el adulto mayor, con servicios especializados por los profesionales para responder a sus necesidades y en segundo lugar, ayudan a los cuidadores informales a tomar un descanso del cuidado y puedan ocupar ese tiempo libre para otras actividades fuera del papel de cuidadores principales (Crespo y López, 2007).

Más aun, los cuidadores formales proveen dos tipos de cuidados, el que se ofrece a través de las instituciones o por servicio a domicilio (Aparicio et al., 2008). Es así que, el cuidador formal, “cubre una amplia gama de profesionales que trabajan junto con los médicos, como los enfermero/as, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y técnicos sanitarios” (García, 2011, p.72).

Estos profesionales, que cumplen el papel de cuidadores, experimentan dos tipos de carga a nivel laboral: la objetiva y la subjetiva; la primera hace referencia al impacto que tiene el ejercicio de la profesión en función del grado de dependencia y tipo de discapacidad del paciente al que se presta los cuidados. Por otra parte, la carga subjetiva, engloba los sentimientos de frustración que el

cuidador experimenta cuando las necesidades del paciente sobrepasan sus habilidades y capacidad de respuesta (Salazar y Torres, 2015). Es así que, un cuidador puede percibir una sobrecarga, que comprende un sentimiento de carga excesiva, que sobrepasa su capacidad física y mental (Pimentel, 2019).

La sobrecarga, analizada desde el ámbito de los profesionales de la salud, se define como la incapacidad del cuidador, de satisfacer las necesidades de pacientes con alto grado de dependencia, viéndose obligados a prolongar su horario de actividades, lo cual repercute en un aumento del cansancio físico y mental, (Llop-Gironés, Tarafa y Benach, 2015).

Por otra parte, Marcén (2011) defiende que una cantidad exagerada de tareas pueden conllevar al deterioro de la calidad de los servicios brindados por parte de los cuidadores, ya que existen variables que influyen directamente en la labor realizada, que no son tomadas en cuenta o simplemente son obviadas, tales como el número de pacientes asignados, los cuidados y procedimientos a realizarse en cada intervención, además de ambientes de trabajo que no favorecen la mejora de los servicios brindados.

Así mismo, Zambrano y Ceballos (2007), refieren que, en la sobrecarga intervienen dos actores, la persona que recibe los cuidados y el cuidador, siendo este último quién percibe la carga debido a las demandas que su labor exige, evidenciada a partir de las afecciones que su salud tanto física como mental y emocional reflejan. La carga física de trabajo es el conjunto de actividades físicas a las que se ve sometida la persona, y donde intervienen una serie de músculos que aportan la fuerza necesaria; según la forma en que se produzcan las contracciones de estos músculos, el trabajo desarrollado se puede considerar como estático o dinámico (Fernández, 2011).

La carga mental y emocional es la demanda de control de emociones junto con exigencias intelectuales, es decir, actividades de tipo intelectual o de resolución de problemas, que provocan que el cerebro reciba

estímulos, a los que se dará una respuesta, y donde se exponen emociones junto con las acciones del individuo, por eso es importante poseer una estabilidad emocional, más aún cuando se trabaja con personas vulnerables (Novoa, Burgos, Zentner y Toro, 2018). Además, es importante mencionar, que otro de los servicios que los profesionales proveen al adulto mayor, es el apoyo emocional, el cuidador debe estar capacitado para construir con el paciente una relación basada en empatía y respeto a la vida, sin que la misma sobrepase la línea profesional ni se traslape a su vida personal (Cruz y Concepción, 2019).

Estos factores afectan en diferentes grados a cada cuidador, lo cual tiene relación con la interpretación de estímulos y tipos de respuesta del individuo. Para algunos, las tareas que debe realizar como, por ejemplo, adaptarse a las diferentes conductas que presenta el adulto mayor pueden parecer sumamente estresantes, mientras que para otros puede representar una experiencia gratificante y satisfactoria (Retamal-Matus, Aguilar, Aguilar, González, y Valenzano, 2015).

Con respecto a la relación entre sobrecarga y salud, Zambrano y Ceballos (2007), indican que, la sobrecarga provoca que varios aspectos de la salud física y mental de los cuidadores se vean afectados; así mismo, se evidencian consecuencias a nivel personal y profesional (Torres Avendaño, Agudelo Cifuentes, Pulgarin Torres y Berbesi-Fernández, 2018).

Esto es, debido a que los cuidadores formales deben hacer frente a múltiples estresores además de ofrecer un servicio de cuidado que implica una interacción directa con el paciente y sus familiares. Algunos factores estresantes son comunes a diferentes profesiones; sin embargo, en las profesiones del sector de la salud, los trabajadores tienen que lidiar con un estrés específico porque se enfrentan a situaciones que tienen profundas implicaciones humanas: sufrimiento, angustia y muerte. El factor estresante principal es generado por la persona a la que se cuida debido a su estado físico, mental y comportamental mientras que los factores

secundarios se relacionan con las perspectivas a nivel profesional, percepción de reconocimiento, la interacción con los pares y el ambiente de trabajo (Boullierce y Stoiber, 2018).

Estos estresores pueden impactar a nivel emocional, físico y mental, entre los principales problemas clínicos que se presentan están la depresión, ansiedad, estrés, hipocondría, entre otros; asimismo problemas psicosomáticos como dolor de cabeza, pérdida de apetito, temblor, problemas gástricos, palpitaciones, vértigo, alergia inmotivada, insomnio, problemas de memoria y concentración, también se puede evidenciar problemas emocionales tales como tristeza, preocupación, soledad, irritabilidad, culpabilidad, depresión (Aldana y Guarino, 2012; Córdoba y Aparicio, 2014; Pabón, Galvis y Cerquera, 2014;).

Si bien es cierto, las repercusiones físicas en la salud del cuidador son de gran dimensión, las afectaciones de la salud psicológica son aún más frecuentes y drásticas, quizás más indelebles respecto a las otras, ya que estas poseen una carga emocional importante. Es por eso que, dentro de las secuelas las alteraciones del estado anímico ocupan un papel predominante en respuesta a la sobrecarga (Loor, 2015).

Por lo tanto, las afectaciones a nivel físico y mental provocan también alteraciones en el desempeño del cuidador. Aparicio et al. (2008) encontraron que los auxiliares de enfermería que presentaban bajos niveles de motivación hacia el trabajo manifestaban también actitudes de desesperanza, impotencia y cansancio. Dichas actitudes, pueden llevarlos a realizar la despersonalización y dejar de lado la comunicación y estimulación de la persona a su cargo.

Adicionalmente, la participación social de los profesionales también se puede ver afectada por la sobrecarga laboral, debido a que, ya sea por falta de tiempo o fatiga mental, la construcción de círculos sociales se realiza con menor frecuencia, debilitando así las redes sociales ya existentes, provocando un aumento de depresión y desesperanza (Ávila y

Madariaga, 2015). Es por esto que, los cuidadores formales se convierten en un grupo de profesionales cuyo trabajo es de alto riesgo ya que la naturaleza de su profesión y el contacto directo con el paciente los hace vulnerables a distintas afectaciones a nivel físico y mental (Gil y Navas, 2017).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo transversal, descriptivo y correlacional. La investigación tuvo como objetivo general, examinar la relación de la sobrecarga laboral y la salud general (síntomas somáticos, ansiedad, depresión, disfunción social) en una muestra de auxiliares de enfermería de la zona 9. La muestra fue de accesibilidad-accidental y no probabilística, es decir de acuerdo al medio idóneo para ejecutar el estudio, la muestra fue de 100 auxiliares de enfermería de la zona 9. Las características de los participantes fueron las siguientes: del total de la muestra el 76% fueron mujeres y solo el 24% hombres, el promedio de edad fue 38 años comprendidos entre 21 a 71 años, se evidenció un promedio de dos hijos, el 83% de los participantes fueron de la etnia mestiza y la mayoría solteros con un 43%, seguido de un 30% de casados, 13% divorciados, de igual manera un 13% mantienen unión libre y solo un 1% es viudo/a.

Con respecto a las características laborales, el 96% de la muestra de cuidadores recibe un ingreso mensual entre 0 a 1000 dólares, mientras solo un 4% perciben un ingreso de 1001 a 2000. En cuanto a la experiencia laboral se obtuvo una media de 9.3 años con valores entre 1 y 40 años; el 52% trabaja en zona rural mientras el 48% restante en zona urbana. El 36% del personal de auxiliar de enfermería no poseen un contrato, seguido de un 28% que poseen nombramiento, un 16% tienen un contrato a plazo fijo, el 11% un contrato ocasional, un 8% contratos eventuales y solo 1% correspondiente a servicios profesionales. La media obtenida del total de horas de trabajo ejercido por los profesionales es de 13,4 con valores desde 5 horas hasta 24 horas laborales. Así como el 56% afirma que trabaja en turnos y el 44% no lo hace, finalmente el 48% menciona que la institución provee medianamente recursos, el 41% totalmente, 9% poco y 2% nada.

Para participar en el estudio, los trabajadores debían contar con los siguientes criterios de inclusión: (a) estar titulados como auxiliares de enfermería, (b) tener como mínimo un año de experiencia, (c) estar en situación laboral activa, (d) dar su consentimiento informado para participar en el estudio. Se excluyeron aquellos profesionales que durante el período de estudio se encontraban de baja (ej., maternal, por enfermedad) o se hallaban ausentes por cuestiones profesionales (ej., estancias en otros centros, realización de cursos).

La recolección de datos se realizó durante la jornada laboral de los participantes, conforme a sus periodos de descanso, todos los participantes dieron su consentimiento informado para participar en esta investigación. La participación fue voluntaria y gratuita, sin ningún incentivo económico o de otro tipo. El estudio se llevó a cabo de conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki. Se utilizó el Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).

Se trata de un cuestionario auto administrado que evalúa el grado de malestar emocional y que diferencia probables casos de salud mental de aquellos que no lo son. Contiene 28 ítems repartidos en cuatro subescalas de siete ítems (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave); en cada uno de ellos la persona debe señalar su situación actual en comparación con las últimas semanas marcando una de las cuatro opciones de respuesta, desde encontrarse mejor de lo habitual hasta peor de lo habitual. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 28, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor malestar. Asimismo, dispone de un punto de corte, donde una puntuación superior a 5/6 es indicativa de caso probable, con una sensibilidad del 84.6 % y una especificidad del 82 % (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). El valor del coeficiente alfa de Cronbach, calculado en nuestro trabajo fue .85 a .78. Otro de los instrumentos utilizados fue la Entrevista de carga para cuidadores de (Zarit, et al., 1980;

versión al español de Crespo & Rivas, 2015). La entrevista sobre la carga del Cuidador probablemente sea el instrumento más utilizado para evaluar la carga en cuidadores en el área de la gerontología, originalmente fue compuesta por Steven H. Zarit, se trata de un cuestionario que se elaboró en principio para la evaluación de la carga de cuidadores de personas con demencia (Lai, 2007). La aplicación de este instrumento puede ser de múltiples maneras, se podría realizar de una manera colectiva o individual y de igual manera, puede ser auto administrado, el tiempo de la aplicación varía entre 15 y 20 minutos (Ramírez & Arévalo, 2015). Su objetivo se centra en evaluar una única dimensión, esta es la carga subjetiva al cuidado por parte del cuidador, mediante puntos de corte para diferenciar entre presencia de sobrecarga intensa, sobrecarga leve y ausencia de sobrecarga (Crespo y López, 2007).

Dentro esta investigación se utiliza la versión reducida, la cual consta de 22 ítems, tipo Likert de cinco puntos, la confiabilidad para este estudio en cuanto al instrumento es de .89 (Bianchi, Flesh, Alves, Batistoni, & Neri, 2016), para esta investigación el alfa de Cronbach fue de 0.83. Estas cinco alternativas de respuestas van desde; nunca (1), hasta casi siempre (5). Los cinco factores reflejan agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales laborales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado (Rodríguez, Córdoba, & Ponches, 2016).

El análisis de datos se realizó en cuanto a la valoración de las variables sociodemográficas y laborales se estimaron las medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas, y el número y porcentaje de participantes para las variables cualitativas. En lo que respecta a la carga se utilizaron los puntos de corte de Crespo & Rivas (2015) ausencia de carga ≤ 46 , carga ligera 47 a 55, carga intensa ≥ 56 . Para el estudio analítico se recodificaron las variables: presencia de carga (> 46 puntos); ausencia de carga (≤ 46), en lo que respecta a salud general se estima como caso > 5 ; no caso < 6 , posteriormente, se realizó la comparación de variables cualitativas, se ha utilizado el test de ji cuadrado de Pearson.

RESULTADOS**Tabla 1.** Carga para cuidadores

Auxiliares de enfermería		
	N	%
Ausencia de carga	33	39.8
Carga ligera	15	18.1
Carga Intensa	35	42.2

Dentro de los resultados de carga de los cuidadores, se observa que la mayoría presentan una sobrecarga intensa, esto representa el 42.2%, mientras que

los cuidadores que presentan sobrecarga ligera representan el 18.1% y el 39.8% corresponde a los cuidadores que afirman la ausencia de sobrecarga.

Tabla 2. Salud General de los cuidadores

Auxiliares de enfermería			N	%
Síntomas somáticos	No caso		56	56.0%
	Caso		44	44.0%
Ansiedad	No caso		52	52.0%
	Caso		48	48.0%
Disfunción social	No caso		95	95.0%
	Caso		5	5.0%
Depresión	No caso		78	78.0%
	Caso		22	22.0%

En cuanto a la percepción de salud general los auxiliares de enfermería reportan en un 48% de

casos de ansiedad, 44% síntomas somáticos, 22% depresión y 5% disfunción social.

Tabla 3. Sobrecarga y síntomas somáticos

	Nivel de carga				$\chi^2(1^a, N = 100)$	p
	Ausencia		Presencia			
	n	%	n	%		
Síntomas Somáticos						
Caso	24	47.8%	32	72.7%	5.59	.018
No Caso	9	27.3%	35	52.2%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En cuanto a la relación entre carga y nivel de síntomas somáticos, el 47.8% puntúan como caso para síntomas somáticos y el 72.7% tienen presencia de carga; en los sujetos con síntomas

somáticos, el 27.3% tienen ausencia de carga y el 52.2% no presenta síntomas somáticos; se hallaron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 100) = 5.59, p = .018$.

Tabla 4. Sobrecarga y Ansiedad

	Nivel de carga				$\chi^2(1^a, N = 100)$	p
	Ausencia		Presencia			
	N	%	N	%		
Ansiedad						
Caso	6	18.2%	25	37.3%	17.54	<.0001
No Caso	27	81.8%	42	62.7%		

Nota. ^a Grados de libertad.

De igual modo, como se puede observar en la Tabla 4 entre la carga y ansiedad; el 18.2 % de los que puntúan son caso en ansiedad y no presentan carga, en cambio el 37.3 % presentan carga; en los que no

son caso de ansiedad, el 81.8 % tenían ausencia de carga y el 62.7 % presentan carga y no son casos de ansiedad. Las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 100) = 17.54, p < .0001$.

Tabla 5. Disfunción social y depresión

	Nivel de carga				$\chi^2(1^a, N = 100)$	p
	Ausencia		Presencia			
	N	%	N	%		
Disfunción social						
Caso	0	0%	5	7.5%	2.59	.107
No Caso	33	100%	62	92.5%		

Nota. ^a Grados de libertad.

También, en relación a las variables carga y disfunción social, se halló en los auxiliares de enfermería que no son caso de disfunción social son 100%, mientras que el 7.5% tienen carga y

disfunción social; en cuanto las personas que reportan la presencia de carga el 92.5% no puntúa como caso de disfunción social (ver Tabla 5). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, $\chi^2(1, N = 100) = 2.59, p .107$.

Tabla 6. Sobrecarga y depresión

	Nivel de carga				$\chi^2(1^a, N = 100)$	p
	Ausencia		Presencia			
	N	%	N	%		
Depresión						
Caso	2	6.1%	20	29.9%	7.29	.007
No Caso	31	93.9%	47	70.1%		

Nota. ^a Grados de libertad.

En relación a la carga y la depresión, en los participantes que presentan ausencia de carga se encuentra que el 6.1% tenían depresión y el 93.9% no son casos de depresión; en cuanto a los casos de depresión el 29.9% presenta carga y el 70.1% presencia de carga pero no puntúa como caso de depresión; las diferencias halladas entre ambas variables fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 100) = 7.29 p = .007$

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de esta investigación fue determinar la sobrecarga existente en los cuidadores, se evidencia una existencia del 60.3% de sobrecarga (intensa y/o ligera), autores como Carretero Gómez, Garcés Ferrer, & Ródenas (2015) y Bancharo (2017) en sus respectivas investigaciones coinciden en que los niveles de sobrecarga en cuidadores tanto

formales como informales son elevados; así mismo la mayoría de cuidadores son de sexo femenino, algo común en este tipo de actividad laboral (Arias Sánchez, Saavedra Macías, & Avilés Carvajal, 2017).

En la percepción de salud en general de los cuidadores se evidenció que los problemas de salud más recurrentes son la ansiedad, la cual afecta al 48 % de la muestra seguido de los síntomas somáticos que afecta a un 44%, datos concordantes con los evidenciados por Aldana y Guarino (2012) cuyo estudio concluye que los cuidadores presentaron mayores síntomas somáticos y de ansiedad y ratifican que los indicadores de salud están directamente relacionados con mayor sobrecarga.

En cuanto a la relación entre la sobrecarga y síntomas somáticos se determina que el 72.7% de auxiliares de enfermería que presenta casos de síntomas somáticos tiene presencia de sobrecarga; Estas cifras están en relación a varios trabajos que reportan que, de los cuidadores que presentaron sobrecarga intensa el 40.86% presentó alta severidad de los síntomas somáticos, encontrándose asociación estadística entre estas dos variables (Romero y Cuba, 2013); al igual que el trabajo de Losada Baltar, Montorio Cerrato, Izal Fernández, Márquez González (2006) que menciona que el cuidador desarrolla enfermedades somáticas por el nivel de carga que percibe de su actividad laboral.

Asimismo, la relación entre sobrecarga y ansiedad demuestra que el 37.3% de casos de auxiliares con ansiedad presentan una sobrecarga, este dato concuerda con los trabajos de Arai, Zarit, Sugiura y Washio, (2002); Cummings, (2003); Méndez, Giraldo, Aguirre y Lopera (2010) al igual que las investigaciones de en los cuales se evidencia que existe mayor prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores.

La relación entre sobrecarga y disfunción social demuestra que tan solo el 7.5% de auxiliares presentan disfunción social con una presencia de sobrecarga; Painepan y Kuhne (2012) mencionan que, en el grupo de cuidadoras formales no profesionales, la somatización es el síntoma con

mayor presencia, seguido de disfunción social.

Finalmente, la relación entre sobrecarga y depresión evidenció que el 29.9% de personas con depresión presentan sobrecarga laboral; Feldberg, Saux, Tartaglin, Irrazábal, Leis, Rojas, y otros (2016) evidenciaron en su estudio una asociación positiva entre el estado de ánimo depresivo y la sobrecarga del cuidador, así como Galvis y Cerquera Córdoba (2016).

CONCLUSIONES

El 76% de participantes en este estudio fueron mujeres, el promedio de edad fue 38 años, con un promedio de dos hijos, la mayoría de etnia mestiza y solteros; en cuanto a la experiencia laboral se obtuvo una media de 9,3 años, la mayoría del personal de auxiliar de enfermería no poseen un contrato, trabajan una media de 13,4 horas y el 56% trabajan en turnos. Se evidenció, una prevalencia que 4 de cada 10 auxiliares de enfermería presentaron una sobrecarga intensa, en lo que respecta a la salud general en la dimensión de síntomas somáticos 4 de cada 10 personas puntuaron como caso, en lo referente ansiedad de igual forma y en lo que respecta a la depresión se identificó 2 de cada 10 auxiliares de enfermería reportaron como caso de depresión. En lo referente a los correlatos entre carga y la salud general se identificó que los síntomas somáticos, la ansiedad, la depresión tienen una relación significativa con la carga

Los resultados deben ser interpretados tomando en cuenta las limitaciones del estudio. En virtud de ser un diseño transversal, lo que impide establecer interpretaciones de causalidad entre las variables analizadas. Se recomiendan futuras investigaciones en las que se pueda trabajar con otros tipos de profesionales e incluir otro tipo de variables. Uno de los aportes del trabajo es incluir variables relacionadas con salud general ya que proporciona la información necesaria para estimar la necesidad de servicios e intervenciones preventivas y/o de tratamiento adecuados para apoyar a los cuidadores formales. Para disminuir el riesgo sobrecarga, los programas de intervención deben plantearse como objetivo reducir los factores de riesgo y relacionarlos con las personas y las organizaciones.

REFERENCIAS

- Aldana, G., & Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST*, 9 (1), 5–14. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v9n1/a01.pdf>. ISSN 0718-0446
- Aparicio García, M. E., Sánchez López, M. P., Díaz Morales, J. F., Cúellar Flores, I., Castellanos Vidal, B., Fernández Martínez, M. T., & De Tena Fontaneda, Á. F. (2008). "La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales." *IMSERSO*, 1–126.
- Arai, Y., Zarit, S. H., Sugiura, M., & Washio, M. (2002). Patterns of outcome of caregiving for the impaired elderly: a longitudinal study in rural Japan. *Aging & Mental Health*, 6(1), 39-46.
- Arias Sánchez, S., Saavedra Macías, F. J., & Avilés Carvajal, I. (2017). El cuidado, una actividad de riesgo en tiempos de crisis: una revisión de la investigación con cuidadoras españolas. *Psicoperspectivas*, 16(1), 42-54.
- Ávila-Toscano, J. H., & Madariaga, C. (2015). Interacción social conflictiva y problemas de salud mental en redes personales de ex combatientes ilegales en Colombia. *Terapia Psicológica*, 33(3), 277–283. doi:10.4067/S0718-48082015000300010
- Banchero, S. (2017). Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. *Personas idosas cuidadoras: sobrecarga e dimensão afetiva*. Elderly caregivers: excessive burden and affective dimension. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(1), 7–35.
- Bianchi, M., Flesh, L., Alves, E., Batistoni, S., & Neri, A. (2016). Indicadores psicométricos de la Zarit Nurden Interview aplican en ancianos cuidadores de otros ancianos. *Latino -Americana de Enfermagem RLAE*, 24(1), 3 - 6 . doi: 10.1590/1518-8345.1379.2835.
- Bouillierce, B. y Stoiber, C. (2018). *Estrés, emociones, agotamiento en el cuidador: luchar contra el agotamiento*. Issy-les-Moulineaux Cedex, France: Elsevier Health Sciences.
- Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J., & Ródenas Rigla, F. (2015). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención social.
- Córdoba, A. M. C., & Aparicio, M. J. G. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, 12(1), 149-167.
- Crespo, M., & López, J. (2007). El apoyo a los cuidadores de mayores dependientes: Presentación del programa: Cómo mantener su bienestar. *Informaciones psiquiátricas*, 188(2), 137-152.
- Crespo, M., & Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1), 9-15. doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002
- Cruz, O. R., & Concepción, M. Y. E. (2019). La enfermera y los cuidados al final de la vida. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4).
- Cummings, J. L. (2003). Alzheimer's disease: from molecular biology to neuropsychiatry. In *Seminars in clinical neuropsychiatry* 8, (1), 31-36.
- Feldberg, C., Saux, G., Tartaglino, F., Irrazábal, N. C., Leis, A., Rojas, G., ... & Stefani, D. (2016). Factors related to the feelings of burnout in family caregivers with stroke at baseline cognitive rehabilitation. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(III), 259.
- Fernández, M. F. V. (2011). La Carga Física de Trabajo. Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1-20
- Galvis, M. J., & Cerquera Córdoba, A. M. (2016). Relationship between depression and burden in caregivers of alzheimer disease patients. *Psicología desde el Caribe*, 33(2), 190-205.
- García Romero, B. (2011). Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil. (Tesis Doctoral). Universitat Ramon Llull, Barcelona, España. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/handle/10803/32141#page=1>
- Gil, J. S., & Navas, M. F. (2017). Consecuencias del burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research: (EJHR)*, 3(2), 119-126.
- Gitlin, L. N., & Hodgson, N. A. (2018). Formal Caregivers. *Better Living with Dementia*, 155–168. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-811928-0.00007-7>
- Herrera, J. C., & Meléndez, R. (2011). Cuidador: ¿Concepto Operativo O Preludio Teórico?. *Revista*

- Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(1), 49-54.
- Lai, D. (2007). Validation of the Zarit Burden Interview for Chinese Canadian Caregivers. *Social work research*, 31(1), 45-53. doi: 10.1093/swr/31.1.45
- Llop-Gironés, A., Tarafa, G., & Benach, J. (2015). Personal de enfermería, condiciones de trabajo y su impacto en la salud. *Gaceta Sanitaria*, 29, 155-156. doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.005
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140. doi: 10.1017/S0033291700002579
- Loor Proaño, N. E. (2015). Pensamientos disfuncionales y su influencia en la sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes diagnosticados con demencia (Bachelor's thesis). Universidad central del Ecuador, Quito. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7152>
- Losada Baltar A, Montorio Cerrato I, Izal Fernández M, Márquez González M. (2006). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid: Editorial IMSERSO.
- Marcén, Víctor Aznar. (2011). Enfermería: un bien escaso. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 8(1), 165-168.
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre, D. y Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzhéimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2), 137-145
- Muñoz, P., Vázquez-Barquero, J., Rodríguez, F., Pastrana, E., & Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D. P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158.
- Novoa-Sandoval, P., Burgos-Muñoz, R. M., Zentner-Guevara, J. A., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2018). Burnout en estudiantes de enfermería de una Universidad peruana. *Investigación en educación médica*, 7(26), 111-113.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2018). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633168.pdf
- Pabón Poches, D. K., Galvis Aparicio, M. J., & Cerquera Córdoba, A. M. (2014). Diferencias entre el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 59-78.
- Padilla, V., Abigail, K., Martínez, R., & Oivia, A. (2018). Calidad de vida de cuidadores primarios de niños con discapacidad intelectual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1314-1343.
- Painepan, B., Kuhne, W. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST*, 9(1), 5-14.
- Pimentel Galdos, L. V. (2019). Inteligencia emocional y sobrecarga del cuidador del adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana, Universidad Científica del Sur, Lima. (Tesis de grado) Recuperado de: <http://repositorio.cientifica.edu.pe:8080/handle/UCS/695>
- Ramírez, S., & Arévalo, J. (2015). Nivel de sobrecarga y factores asociados de los cuidadores primarios de los/as pacientes del centro de atención ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano. (Bachelor thesis) Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22499>
- Retamal-Matus, H., Aguilar, L., Aguilar, M., González, R., & Valenzano, S. (2015). Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile. *Psicogeriatría*, 5(3).
- Rodríguez, A., Córdoba, A., & Ponches, D. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: Estructura factorial en cuidadores informales Bucaramanga. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8 (2), 87-99.
- Rogero García, J. (2009). España Más información del artículo Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de depend. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405.
- Romero, Z., Cuba, M. (2013). Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o

- sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. *Revista Médica Herediana*, 24, 204-209.
- Salazar Ramírez, S. C., & Torres Arévalo, J. T. (2015). Nivel de sobrecarga y factores asociados de los cuidadores primarios de los/as pacientes del centro de atención ambulatoria 302 del instituto ecuatoriano de seguridad social, (Bachelor Thesis), Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22499>
- Torres-Avenidaño, B., Agudelo-Cifuentes, M. C., Pulgarin-Torres, Á. M., & Berbesi-Fernández, D. Y. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Universidad y Salud*, 20(3), 261-269. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.130>
- Zambrano Cruz, R., & Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 26-39.
- Zarit, S., Reever, K., Mergin, M., & Bach-peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly : Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Revista
PSICOLOGÍA
UNEMI

Normas de Publicación de la Revista Psicología

Normas de Publicación de la Revista Psicología UNEMI

La Revista PSICOLOGÍA UNEMI es una revista científica indizada y arbitrada, de publicación semestral. Dirigida a la población universitaria, que publica principalmente trabajos originales de investigación científica, divulgación de proyectos de vinculación, ensayos y comunicaciones originales preferentemente en las áreas prioritarias de la revista. Su objetivo es divulgar las producciones científicas de la UNEMI, así como las que se realicen en otras universidades y centros de investigación en el país y en el exterior, en las áreas relacionadas con las Ciencias sociales y del comportamiento; Psicología, Economía, Comunicación; Diseño gráfico; Salud Pública, Educación y Cultura.

CONDICIONES GENERALES

Las contribuciones que se publiquen en **PSICOLOGÍA UNEMI** deben estar enmarcadas en los requisitos fijados en la presente Norma y aceptadas por el Comité Editorial. Todos los trabajos deben ser originales e inéditos, en idioma español, y no estar en proceso de arbitraje por otras revistas. Los derechos de publicación de los trabajos son propiedad de PSICOLOGÍA UNEMI, se autoriza la reproducción total o parcial de los artículos, siempre y cuando se cumplan las condiciones siguientes: sin fines comerciales, no se realicen alteraciones de sus contenidos y se cite su información completa (nombre y apellido del autor, Psicología UNEMI, número de volumen, número de ejemplar y URL exacto del documento citado). Los autores deberán indicar nombre y apellido, título académico, lugar de trabajo, cargo que desempeñan y dirección completa, incluyendo teléfono, fax y correo electrónico. Las opiniones de los autores son de su exclusiva responsabilidad y la revista no se solidariza con doctrinas, ideas o pensamientos expresados en ellos.

CONTRIBUCIONES

El Comité Editorial acepta tres (3) tipos de contribuciones para publicación en las distintas áreas de la Revista Psicología UNEMI: Los Artículos Científicos, los Artículos Técnicos, artículos de divulgación y de impacto de proyectos y Ensayos. Los Artículos Científicos son el resultado de trabajos de investigación, bien sea bibliográfico o experimental, en el que se han obtenido resultados, se discutieron y se llegaron a conclusiones que signifiquen un aporte innovador en las ciencias sociales y del comportamiento. Los Artículos Técnicos son el resultado de trabajos de grado o de investigación en el ámbito universitario, bien sea experimental y/o no experimental, que signifiquen un aporte a las ciencias psicológicas, ciencias sociales y del comportamiento para la resolución de problemas específicos en el sector de la salud integral. Los Ensayos son aquellas contribuciones producto de investigaciones destinadas a informar novedades y/o adelantos en las especialidades que abarca PSICOLOGÍA UNEMI. Estos deben ser inéditos y no se aceptarán los que hayan sido ofrecidos a otros órganos de difusión.

PRESENTACIÓN

Todas las contribuciones deben ser enviadas en formato electrónico. La redacción del manuscrito debe realizarse en español. Éste debe ser redactado en tercera persona y tiempo verbal presente. El mismo debe ser escrito utilizando el procesador de texto Microsoft Office Word® tipeadas a una sola columna, a interlineado simple, con un espaciado posterior entre párrafos de 6 puntos, en papel tamaño A4 (21,0 x 29,7 cm), tipo de letra Times New Roman, tamaño 12, justificado, sin sangría y con márgenes de 2,5 cm en todos los lados: inferior, superior, izquierdo y derecho.

Los artículos científicos deben tener una extensión mínima de 4 páginas y 15 como máximo con 50 referencias como mínimo. Los artículos técnicos deben tener mínimo 30 referencias bibliográficas, de igual manera los artículos de divulgación. Las ilustraciones, gráficos, dibujos y fotografías serán denominadas Figuras y serán presentadas en formatos jpg. Las figuras deben ser en original, elaboradas por los autores. No se aceptan figuras escaneadas. Las fotografías deben ser de alta resolución, nítidas y bien contrastadas, sin zonas demasiado oscuras o extremadamente claras. Las tablas y las figuras se deben enumerar (cada una) consecutivamente en números arábigos, en letra Times New Roman, tamaño 10. Éstas deben ser incluidas lo más próximo posible a su referencia en el texto, con su respectivo título en la parte superior si es una tabla o inferior si es una figura. En el caso de que la información contenida sea tomada de otro autor, se debe colocar

la fuente. Todas las ecuaciones y fórmulas deben ser generadas por editores de ecuaciones actualizados y enumeradas consecutivamente con números arábigos, colocados entre paréntesis en el lado derecho. Los símbolos matemáticos deben ser muy claros y legibles. Las unidades deben ser colocadas en el Sistema Métrico Decimal y Sistema Internacional de Medida. Si se emplean siglas y abreviaturas poco conocidas, se indicará su significado la primera vez que se mencionen en el texto y en las demás menciones bastará con la sigla o la abreviatura.

COMPOSICIÓN

Cada contribución deberá ordenarse en las siguientes partes: título en español, datos de los autores, resumen y palabras clave en castellano; título, resumen y palabras clave en inglés; introducción, metodología o procedimiento, resultados, conclusiones, referencias bibliográficas.

1. Título en español. Debe ser breve, preciso y codificable, sin abreviaturas, paréntesis, fórmulas, ni caracteres desconocidos. Debe contener la menor cantidad de palabras (extensión máxima de 15 palabras) que expresen el contenido del manuscrito y pueda ser registrado en índices internacionales.

2. Datos de los autores. Debe indicar el primer nombre y primer apellido. Se recomienda para una correcta indización del artículo en las bases internacionales, la adopción de un nombre y un solo apellido para nombres y apellidos poco comunes, o bien el nombre y los dos apellidos unidos por un guión para los más comunes (Ej. María Pérez-Acosta). En otro archivo se debe indicar la información completa de cada autor: nombre y apellido, título académico, lugar de trabajo, cargo que desempeña y dirección completa, incluyendo número de teléfono, fax e imprescindible correo electrónico.

3. Resumen en español y Palabras clave. Debe señalar el objetivo o finalidad de la investigación y una síntesis de la metodología o procedimiento, de los resultados y conclusiones más relevantes. Tendrá una extensión máxima de 200 palabras en un solo párrafo con interlineado sencillo. No debe contener referencias bibliográficas, tablas, figuras o ecuaciones. Al final del resumen incluir de 3 a 10 palabras clave o descriptores significativos, con la finalidad de su inclusión en los índices internacionales.

4. Título, Resumen y Palabras clave en inglés (Abstract y Keywords). Son la traducción al inglés del título, resumen y palabras clave presentadas en español.

5. Introducción. Se presenta en forma concisa una descripción del problema, el objetivo del trabajo, una síntesis de su fundamento teórico y la metodología empleada. Se debe hacer mención además del contenido del desarrollo del manuscrito, sin especificar los resultados y las conclusiones del trabajo.

6. Desarrollo:

•**Materiales y Métodos (Metodología):** se describe el diseño de la investigación y se explica cómo se realizó el trabajo, se describen los métodos y materiales desarrollados y/o utilizados.

•**Resultados:** se presenta la información y/o producto pertinente a los objetivos del estudio y los hallazgos en secuencia lógica.

•**Discusión de resultados:** se presentan los argumentos que sustentan los resultados de la investigación. Se examinan e interpretan los resultados y se sacan las conclusiones derivadas de esos resultados con los respectivos argumentos que las sustentan. Se contrastan los resultados con los referentes teóricos, justificando la creación de conocimiento como resultado del trabajo.

7. Conclusiones. Se presenta un resumen, sin argumentos, de los resultados obtenidos.

8. Referencias bibliográficas. Al final del trabajo se incluirá una lista denominada "Referencias"; la veracidad de estas citas, será responsabilidad del autor o autores del artículo. Debe evitarse toda referencia a comunicaciones y documentos privados de difusión limitada, no universalmente accesibles. Las referencias deben ser citadas y numeradas en el texto, con números arábigos entre corchetes, en orden de aparición (Sistema Orden de Citación). Al final del trabajo se indicarán las fuentes, como se describe a continuación, según se trate de:

a. Libro: A continuación se describen varias formas de citar un libro.

Libro con autor: Apellido autor, Iniciales nombre autor, (Año), Título en cursiva, Ciudad y país, Editorial.

Por ejemplo: Hacyan, S., (2004), Física y metafísica en el espacio y el tiempo. La filosofía en el laboratorio,

México DF, México: Fondo nacional de cultura económica.

Libro con editor: En el caso de que el libro sea de múltiples autores es conveniente citar al editor. Apellido editor, Iniciales nombre editor. (Ed.). (Año). Título. Ciudad, País: Editorial. Por ejemplo:

Wilber, K. (Ed.). (1997). El paradigma holográfico. Barcelona, España: Editorial Kairós

Libro en versión electrónica: Los libros en versión electrónica pueden venir de dos maneras: Con DOI y Sin DOI. El DOI (Digital Object Identifier), es la identificación de material digital, único para cada libro.

Libros en línea sin DOI: Apellido, Iniciales nombre autor. (Año). Título. Recuperado de <http://www.xxxxxx.xxx>

De Jesús Domínguez, J. (1887). La autonomía administrativa en Puerto Rico. Recuperado de <http://memory.loc.gov/> **Libros Con DOI:** Apellido, Iniciales nombre autor. (Año). Título. doi: xx.xxxxxxxx

Montero, M. y Sonn, C. C. (Eds.). (2009). Psychology of Liberation: Theory and applications. doi: 10.1007/978-0-387-85784-8

Capítulo de un libro. Se referencia un capítulo de un libro cuando el libro es con editor, es decir, que el libro consta de capítulos escritos por diferentes autores: Apellido, A. A., y Apellido, B. B. (Año). Título del capítulo o la entrada. En A. A. Apellido. (Ed.), Título del libro (pp. xx-xx). Ciudad, País: Editorial Molina, V. (2008). "... es que los estudiantes no leen ni escriben": El reto de la lectura y la escritura en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. En H. Mondragón (Ed.), Leer, comprender, debatir, escribir. Escritura de artículos científicos por profesores universitarios (pp. 53-62). Cali, Valle del Cauca: Sello Editorial Javeriano.

b.Artículos científicos: Apellido autor, Iniciales nombre autor, (Año), Título, Nombre de la revista en cursiva, Volumen, Número, Páginas. Por ejemplo:

Coruminas, M., Roncero, C., Bruguca, E., y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones, *Rev Mukuel*, 44(1), 23-31.

REFERENCIA SEGÚN EL TIPO DE ARTÍCULO:

Artículos con DOI:

Bezuidenhout, A. (2006). Consciousness and Language (review). *Language*, 82(4), 930-934. doi: 10.1353/lan.2006.0184

Artículo sin DOI impreso:

Fields, D. (2007). Más allá de la teoría neuronal. *Mente y Cerebro*, 13(24), 12-17.

Artículo sin DOI digital:

Mota de Cabrera, C. (2006). El rol de la escritura dentro del currículo de la enseñanza y aprendizaje del inglés como segunda lengua (esl/efl): Una perspectiva histórica. *Acción Pedagógica*, 15(1), 56-63. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/accionpe/>

REFERENCIA SEGÚN LA CANTIDAD DE AUTORES:

Un autor:

Tarlaci, S. (2010). A Historical View of the Relation Between Quantum Mechanics and the Brain: A Neuroquantologic Perspective. *NeuroQuantology*, 8(2), 120-136.

Dos a siete autores: Se listan todos los autores separados por coma y en el último se escribe "y".

Tuszynski, J., Sataric, M., Portet, S., y Dixon, J. (2005). Physical interpretation of micro tubule self-organization in gravitational fields. *Physics Letters A*, 340(1-4), 175-180.

Ocho o más autores: Se listan los primeros seis autores, se ponen puntos suspensivos y se lista el último autor.

Wolchik, S. A., West, S. G., Sandler, I. N., Tein, J.-Y., Coatsworth, D., Lengua, L.,...Griffin, W. A. (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 843-856.

c.Simposios, Congresos o Conferencias: Autor, A., & Autor, A. (Fecha). Título de la ponencia. Título del evento. Evento llevado a cabo en el Nombre de la organización, Lugar. Por ejemplo:

Rojas, C., & Vera, N. (Agosto de 2013). ABMS (Automatic BLAST for Massive Sequencing). 2° Congreso

Colombiano de Biología Computacional y Bioinformática CCBCOL. Congreso llevado a cabo en Manizales, Colombia.

d. Informes: para citar un informe de alguna organización, institución gubernamental o autor corporativo se debe seguir el siguiente formato: Nombre de la organización. (Año). Título del informe (Número de la publicación). Recuperado de <http://xxx.xxxxxx.xxx/>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2012). Tecnologías de la información y las comunicaciones. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co>

e. Trabajo de Grado o Tesis: Autor, A., & Autor, A. (Año). Título de la tesis (Tesis de pregrado, maestría o doctoral). Nombre de la institución, Lugar. Por ejemplo:

Aponte, L., & Cardona, C. (2009). Educación ambiental y evaluación de la densidad poblacional para la conservación de los cóndores reintroducidos en el Parque Nacional Natural Los Nevados y su zona amortiguadora (tesis de pregrado). Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

INSTRUCCIONES DE ENVÍO

Para enviar un artículo es necesario que el documento cumpla estrictamente con los lineamientos de formato y de contenido anteriormente especificados. Los trabajos deben ser entregados via electronica a la dirección de la revista: (<http://ojs.unemi.edu.ec/>) y al correo de la revistapsicología@unemi.edu.ec. Para mayor información dirigirse a las oficinas de la Revista Psicología UNEMI, o comunicarse por los teléfonos +59 3 0984396325 y a la ext: 9169. En caso de requerirlo, escribir al correo electrónico antes mencionado.

PROCESO EDITORIAL

1.Recepción de artículos. El Comité Editorial efectuará una primera valoración editorial consistente en comprobar la adecuación del artículo a los objetivos de la revista, así como el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas de publicación. El Comité Editorial hará las correcciones pertinentes, sin alterar el contenido del mismo. Si encontrara fallas que pudieran afectarlo, las correcciones se harán de mutuo acuerdo con su autor. La recepción del artículo no supone su aceptación.

2.Sistema de revisión por pares (peer review). Los artículos preseleccionados serán sometidos a un proceso de arbitraje. Se asignarán dos o más revisores especializados en la materia, que evaluarán el artículo de forma confidencial y anónima (doble ciego), en cuanto a su contenido, aspectos formales, pertinencia y calidad científica. La aceptación definitiva del manuscrito está condicionada a que los autores incorporen en el mismo todas las correcciones y sugerencias de mejora propuestas por los árbitros.

3.Decisión editorial. Los criterios para la aceptación o rechazo de los trabajos son los siguientes: a) Originalidad; b) Precisión en el tema; c) Solidez teórica; d) Fiabilidad y validez científica; e) Justificación de los resultados; f) Impacto; g) Perspectivas/aportes futuros; h) Calidad de la escritura; i) Presentación de las tablas y figuras; y e) Referencias. Finalizado el proceso de evaluación, se notificará al autor principal la aceptación o rechazo del trabajo.

Los autores del artículo recibirán una constancia de su aceptación para publicarlo. Una vez publicado el artículo se les enviarán un (1) ejemplar de la Revista Psicología UNEMI respectiva y un certificado de haber publicado. Los trabajos no aceptados serán devueltos a sus autores indicándoles los motivos de tal decisión.

Revista

PSICOLOGÍA

UNEMI

Volumen 2 - Número 5, julio - diciembre, 2019



UNEMI

DIRECTORIO
PRINCIPAL



UNIVERSIDAD
ESTADAL DE MILAGRO
UNEMI

Evolución Académica

Descripción

A Auditorio	F U.A.C.C. de la Educación y la Comunicación	L U.A.C.C. de la Salud	Q Dibujos Culturales
B Oficinas de Idiomas	G Administrativo (2)	M Biblioteca y Viceprocurador	R Borradorio y Administración Central
C Administrativo (1)	H Centro de Servicios Informáticos Académicos CSIA (1)	N IB Asist.	S 8 Puntos U.A.C.C. de Educación Semipresencial y a Distancia
D FEUS y Sala de Profesores	I U.A.C.C. Administrativa y Compañías	O U.A.C.C. Administrativas y Compañías	T U.A.C.C. Ciencias de la Ingeniería
E Instituto de Postgrado y Educación Continua	J U.A.C.C. de la Ingeniería	P Centro de Servicios Informáticos Académicos CSIA (2)	U Taller Industrial
	K U.A.C.C. de la Ingeniería		

Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 ½ vía Km.26

Conmutador: (04)2974317 – (04)2970881

Docente UNEMI: MSc. Carmen Zambrano Villalba

Cel: 0984396325 - ext: 9169. Email: revistapsicologia@unemi.edu.ec

<http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi>