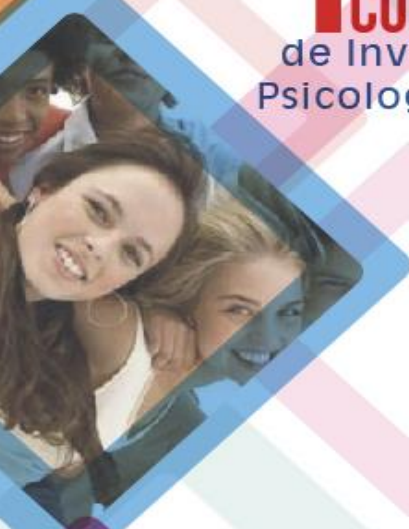




1^{er} CONGRESO INTERNACIONAL
de Investigaciones e Innovación en
Psicología de la Infancia y la Juventud

MEMORIAS





1^{er} Congreso Internacional
de Investigaciones e Innovación en
Psicología de la Infancia y la Juventud





Lizeth Cristina Martínez Baquero
Juan Camilo Urazan Chinchilla
Editores

Universidad de Boyacá
UNIBOYACÁ

2014



Congreso Internacional de Investigaciones e Innovación en Psicología de la Infancia y la Juventud (1º; 20-21-22 Ago, 2014: Tunja)

Psicología de la Infancia y la Juventud [Recurso Informático] /

Editores: Lizeth Cristina Martínez Baquero – Juan Camilo Urazan Chinchilla

Tunja: UNIBOYACÁ., 2014.

1 Archivo

Incluye bibliografía – Archivo .pdf



Primera edición. 2014

400 ejemplares

Congreso Internacional de Investigaciones e Innovación en Psicología de la Infancia y la Juventud

ISSN

© Lizeth Cristina Martínez Baquero - Juan Camilo Urazan Chinchilla

© De cada título, su autor

© Universidad de Boyacá

Rosa Amalia Cuervo Payeras, Rectora

Claudia Inés Bohórquez Olaya, Decana Facultad de Ciencias Humanas y Educativas

Mildred Alexandra Vianchá Pinzón, Directora Programa de Psicología

Grupo de Investigación ETHOS

Semillero de Investigación NEURONUX

Semillero de Investigación PAIDEIA

Semillero de Investigación GALUA

Semillero de Investigación VIVE

Se permite la reproducción parcial o total, citando siempre la fuente

Diagramación y Edición

Lizeth Cristina Martínez Baquero

Juan Camilo Urazan Chinchilla

Impresión

Universidad de Boyacá

Imprenta y Publicaciones

Facultad de Ciencias Humanas y Educativas

Programa de Psicología

Tunja – Boyacá – Colombia

cgninezyjuventud@uniboyaca.edu.co



**1^{er} Congreso Internacional de Investigaciones e Innovación en
Psicología de la Infancia y la Juventud**



**TUNJA – BOYACÁ – COLOMBIA
AGOSTO 20, 21, 22 DE 2014**

AVALADO

**Universidad de Boyacá
Facultad de Ciencias Humanas y Educativas
Programa de Psicología**

Lizeth Cristina Martínez Baquero
Coordinadora Evento

COMITÉ CIENTIFICO

Mg. Claudia Inés Bohórquez Olaya
Mg. Mildred Alexandra Vianchá Pinzón
Mg. Juan Camilo Urazan Chinchilla
Mg. Néstor Ricardo Ávila Murillo
Mg. Lizeth Cristina Martínez Baquero
Mg. Nubia Yanneth Álvarez Vargas
Mg. Liliana Paola Muñoz Gómez
Mg. Cielo Katerin Lopez Guerreo
Mg. Juan Francisco Muñoz Olano

www.uniboyaca.edu.co
cgninezyjuventud@uniboyaca.edu.co

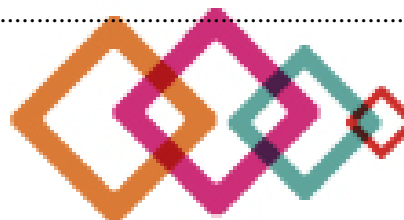


CONTENIDO



CONTENIDO

PRESENTACION.....	6
LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN HONDURAS, CON SU MIRADA EN LA NIÑEZ Y JUVENTUD	7
TÉCNICAS DE CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO EN MENORES PRESUNTAS VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES	20
DEL SÍNTOMA Y SUS FORMAS EN EL TRABAJO ANALITICO CON NIÑOS	27
NEUROPSICOLOGIA INFANTIL: A PROPOSITO DE UN CASO DE MENINGITIS POR NEUMOCOCO.....	33
HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DEL TERMINO “NIÑEZ”, DESDE EL ROL DEL PSICOPEDAGOGO”.....	40
DEPRESION EN EMPLEADOS DE GÉNERO MASCULINO DE LA UNIVERSIDAD DE BOYACA.....	46
RELACIÓN ENTRE EL SUICIDIO Y EL ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES DE BOYACÁ: UNA MIRADA PSICOSOCIAL	52
REPRESENTACIONES SOCIALES DE PROYECTO DE VIDA “UNA REALIDAD QUE DEBE SER CONSTRUIDA DESDE LA ESCUELA”.....	62
PROTOCOLO MINIMO PARA PROGRAMAS DE INTERVENCION EN NIÑOS Y NIÑAS CON TGD.	64
SÍNDROMES GENÉTICOS Y ALTERACIONES EN LOS PROCESOS DE APRENDIZAJE....	71
COMUNICACIÓN FAMILIAR VS BRECHA DIGITAL:	78
LA INFLUENCIA DE LAS TIC EN LA FAMILIA	78
PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN NIÑOS PERTENECIENTES A ESCUELAS PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA	86
PERFIL NEUROPSICOLÓGICO EN FUNCIONES EJECUTIVAS DE LOS ASESINOS Y LOS HOMICIDAS	91
EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE UN PROGRAMA DE JUSTICIA RESTAURATIVA POR PANELES DE IMPACTO DIRIGIDO A INTERNOS DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE MEDIANA SEGURIDAD DE LA CIUDAD DE TUNJA	94
LA JUVENTUD EN TRANSFORMACIÓN	101
LEY 1622 “ESTATUTO DE CIUDADANÍA JUVENIL”	101
FACEBOOK ¿UNA RED SOCIAL?.....	104





PRESENTACION

En el presente año (2014) se cumplen 25 años de la convención Internacional de los derechos del niño, (ONU 1989), por tal motivo la Universidad de Boyacá realizará el Primer Congreso de Investigaciones e Innovación en psicología de la Infancia y Juventud", en la ciudad de Tunja, el cuál va dirigido a estudiantes y profesionales de ciencias humanas, sociales, de la salud, representantes de las juventudes, dirigentes gubernamentales , miembros de ONGs, rectores, secretarios de salud y educación de las principales ciudades del departamento de Boyacá y todos quienes estén interesados en la discusión de temas de la infancia y la juventud, así como en el conocimiento y socialización de sus experiencias investigativas e innovadoras empleadas en la evaluación e intervención para esta población.

La organización Mundial de la Salud- OMS- (2012) estima que los niños y los jóvenes son una población vulnerable ante diversas problemáticas del mundo contemporáneo, las cuales interfieren en las actividades diarias y el desarrollo adecuado de cada individuo, que como consecuencia pueden llevar al padecimiento y presencia de trastornos específicos que afectan la salud física y mental de este grupo atareó.

A pesar de la legislación y la normatividad existentes y de los compromisos de índole internacional, nacional y regional que se realizan para garantizar el adecuado desarrollo físico, mental, social y emocional de esta población, continuamente los niños, niñas y adolescentes se ven enfrentados a condiciones adversas propias y emergentes de los contextos próximos (UNICEF y Federación Colombiana de municipios, 2005).

Ante esta realidad, en el trascurso de las últimas décadas, profesionales, entidades gubernamentales y academia se han interesado en generar propuestas orientadas a promover la salud mental de esta población y de sus agentes socializadores. NO obstante es evidente la desarticulación de estas propuestas ante una realidad compleja, así como la ausencia de espacios que propicien el análisis de las estrategias que se están implementando por los diferentes actores e interesados en el trabajo con esta población.

En este orden de ideas y teniendo en cuenta las directrices que desde el año 2013 plantea Colciencias, frente a la necesidad de generar propuestas de investigación y espacios que articulen la academia, la empresa privada y la comunidad, el programa de Psicología de la Universidad de Boyacá ha venido gestando la idea de llevar a cabo el Primer Congreso Internacional de Investigaciones e Innovación en psicología de la Infancia y la Juventud, el cual busca favorecer la formulación de proyectos y programas que se fundamenten y den respuesta a las necesidades de nuestro niños, niñas y jóvenes; necesidades que han sido identificadas mediante la ejecución de proyectos investigativos en los contextos regionales, nacionales e internacionales.

En el programa de psicología se han venido realizando investigaciones relacionadas con las problemáticas infanto juveniles y como producto de los resultados obtenidos se realizó el Primer Simposio internacional de Niñez y juventud Boyacá 2013, en el que se realizaron una serie de conferencias tendientes a analizar las problemáticas en torno a los sistemas familiares políticos, educativos de los niños y jóvenes, constituyéndose como preámbulo del Congreso Internacional a realizarse en el próximo mes de agosto.



LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN HONDURAS, CON SU MIRADA EN LA
NIÑEZ Y JUVENTUD
Compilación de Datos



Rhina Julissa Navas Sierra
Alianza Joven Honduras-USAID
Honduras

DERECHOS DEL NIÑO

Etimológicamente, el término “niño” viene del latín *infans* que significa “el que no habla”.

Los romanos utilizaban este término para designar a las personas desde su nacimiento hasta los 7 años de edad. El significado evolucionó a través de los siglos y las culturas hasta llegar a ser usado para nombrar al ser humano en la etapa que comprende desde su nacimiento hasta la adultez. Esta concepción del niño variaba según culturas (Humanium, 2014).

Sin embargo la Convención de los Derechos del Niño define éste término de forma más precisa

“...un niño es todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”

Ya definido éste término, buscamos el amparo a la población de niñas y niños a nivel mundial, éstos establecidos en la Convención de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1989, elaborada durante 10 años con las aportaciones de diferentes sociedades, culturas y religiones. Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado que los derechos fundamentales del hombre, la dignidad y el valor de la persona humana, promueve el progreso social, eleva el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad; reconociendo que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciadas en ellos, sin distinción alguna, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Teniendo en cuenta que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones





internacionales que se interesan en el bienestar del niño (UNICEF COMITÉ ESPAÑOL, 2006).

La Convención, a lo largo de sus 54 artículos, reconoce que los niños son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con pleno derecho a expresar libremente sus opiniones. Esta es de carácter obligatorio para todos los países firmantes así también es obligación del Estado adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la Convención, dado que ésta se creó viendo la necesidad que aún en muchos países existían leyes que protegían la infancia, algunos no las respetaban, significando para los niños, pobreza, acceso desigual a la educación, abandono, entre otros.

LA VIOLENCIA

Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y 44 años y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina. Por cada persona que muere por causas violentas, muchas más resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. Por otra parte, la violencia impone a las economías nacionales cada año una ingente carga financiera, de miles de millones de dólares en todo el mundo, por concepto de atención sanitaria, gastos judiciales y policiales y pérdida de productividad (Organización Mundial para la Salud, OMS, 2012). Para reconocer lo que vamos a hablar definiremos el concepto de Violencia, según OMS:

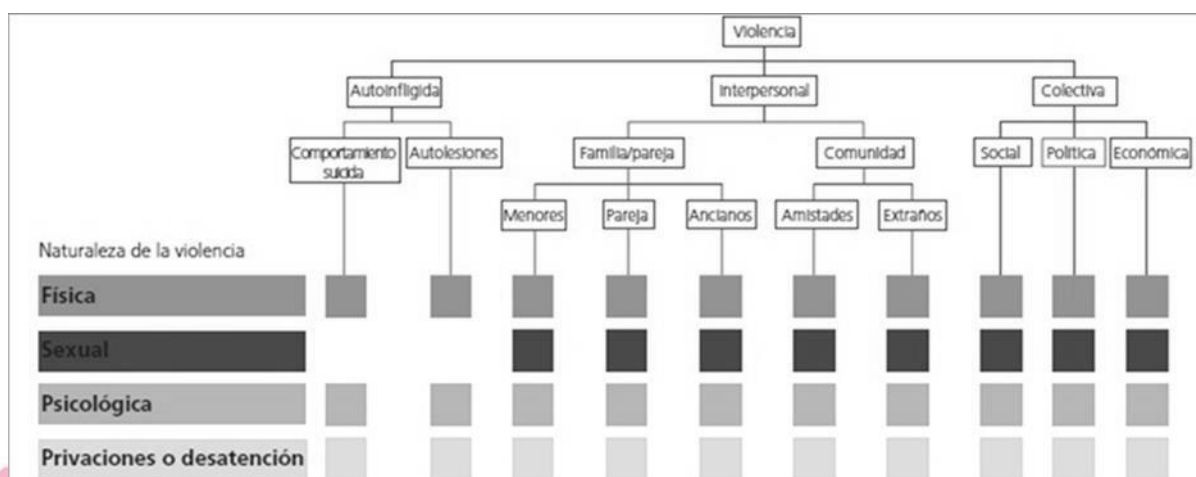
“El uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Sin embargo es imposible calcular el costo total humano en aflicción y dolor, aunque la tecnología satelital permite actualizar que ciertos tipos de violencia –terrorismo, guerras, motines y disturbios callejeros- aparezcan a los ojos del público televidente todos los días, es mucha más violencia que ocurre fuera de la vista en los hogares, los lugares de trabajo e incluso en los juegos de niños en el recreo.





Ilustración 1. Clasificación de la Violencia, Fuente obtenida de la Revista Panamericana de Salud Pública, 2012



La violencia tiene la siguiente clasificación:

Violencia Autoinfligida, se calcula que en el 2000 se suicidaron en el mundo 815,000 personas. (92 por 100,000 habitantes en jóvenes entre 10 y 29 años de edad).

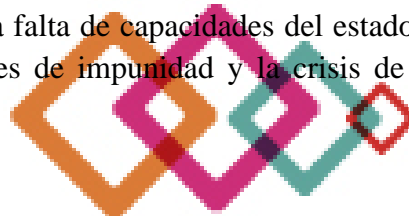
Violencia Interpersonal, cálculos explican que el 2000 murieron 520,000 personas a consecuencia de la violencia familiar o de pareja con una tasa de 8.8 por cada 100,000 hab.

Violencia Colectiva, en el 2000 murieron alrededor de 310,000 personas murieron a consecuencia directa de traumatismo, la mayoría en las regiones más pobres del mundo. (Revista Panamericana de Salud Pública, 2012).

Violencia en Latinoamérica

Entre el 2000 y 2010 la tasa de homicidios de la región creció 11%, en una década han muerto más de un millón de personas en Latinoamérica y el Caribe por causa de la violencia criminal, los robos se han triplicado en los últimos 25 años y en un típico día 460 personas sufren las consecuencias de la violencia sexual, la mayoría son mujeres. La violencia y el delito dañan directamente el núcleo básico de derechos que están en la base del desarrollo humano: la vida y la integridad física y material de las personas (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2013)

En el Informe Regional del Desarrollo Humano del 2013-2014 de Seguridad Ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para América Latina, se describen que aunque la pobreza ha disminuido, su democracia se ha consolidado y el Estado ha asumido su rol de protección social, la epidemia de violencia acuñada con el crecimiento de los delitos y el temor de la población la falta de capacidades del estado en materia de seguridad y justicia, refleja los altos índices de impunidad y la crisis de los





sistemas carcelarios, al igual que la desconfianza de la ciudadanía hacia las instituciones de justicia y policía.

HONDURAS, CONTEXTO DE PAÍS

POBLACIÓN: La población de Honduras basada en la proyección de población realizada por el Instituto Nacional de Estadística para el año 2011 describe que el 2013 se cerró con 8.097.688 personas, lo que supone un incremento de 161.842 habitantes respecto a 2012, en el que la población fue de 7.935.846 personas.

Donde la población femenina es mayoría con el 50.7% y el 49.3% son hombres (INE, Instituto Nacional de Estadística de Honduras, 2014). En términos demográficos Honduras cuenta con una elevada población infantil: las estadísticas estiman que el 50.4% del total de la población son menores de 18 años, alrededor de 3,426,105 de niños y niñas, concentrándose el 42% (2,757,320 millones) de ellos y ellas en edades comprendidas entre 0 y 14 años.

POBREZA: Honduras enfrenta una de las situaciones de pobreza y desigualdad más agudas de América Latina ya que el 59.2% de la población vive bajo la línea de pobreza y el 36.2% bajo la línea de extrema pobreza. Según cifras oficiales, el 29.3% de la población sobrevive con un ingreso diario de un dólar o menos, específicamente en el área rural con 45.9%. (POLJUVE, Políticas Públicas para Prevenir la Violencia Juvenil, 2011).

Dentro de la población más afectada se encuentran la niñez la juventud, las mujeres y los grupos étnicos, afro hondureños, las personas de la tercera edad y la población discapacitada.

“Cinco de cada 10 hondureños viven en condiciones de miseria con menos de 1.2 dólares al día” (H., 2014)

GOBERNABILIDAD: Con relación a la institucionalidad, el estado hondureño está marcado por acontecimientos que denotan su debilidad, las Fuerzas Armadas y la élite política han dado muestras de autoritarismo y arbitrariedad, en los últimos 56 años Honduras fue gobernada por dieciocho dictaduras militares (1956-1958, 1963-1971, 1972-1980) , hubo dos golpes de barracas con jefes de Estado militares(1975 y 1978) y cuatro golpes de Estado contra gobiernos democráticamente electos (1954, 1963,

1972 y 2009). Sin embargo no solo estas crisis políticas denotan la fragilidad del gobierno, la ciudadanía se está quejando constantemente sobre la arbitrariedad, la negligencia, el autoritarismo, la corrupción, la impunidad e irrespeto por parte de las instituciones del Estado.

EDUCACIÓN: La Educación nacional se estructura en un sistema único, integrado por dos subsistemas: formal y no formal. La Secretaria de Educación es la responsable de la educación a los niveles pre básicos, básicos y media. El último estudio que realizó el INE en los hogares hondureños para asuntos múltiples, encontró que la tasa de analfabetismo y escolaridad promedio por sexo y dominio en el 2004 se encuentra de la siguiente manera.





Ilustración 2. Encuesta de Hogares de Fuente INE, Propósito Múltiples. Mayo 2004, INE

Dominio	Analfabetismo (%)			Escolaridad promedio (años)		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Nacional	18.5	18.2	18.7	5.5	5.3	5.6
Urbano	9.6	8.8	10.2	6.9	6.7	7.0
Rural	27.0	26.3	27.8	4.1	4.0	4.2

SALUD: Hay un avance importante en los últimos años sobre el acceso al derecho de la salud de los niños y niñas, la secretaria de Salud se ha encargado de promover la extensión de los servicios de salud a las regiones rurales de nuestro país y promocionar de prácticas de hábitos saludables, la detección de enfermedades y la capacitación en familia. La tasa de mortalidad infantil bajo de 39 por mil nacidos vivos en 1991, a 27 en 2009. (POLJUVE, Políticas Públicas para Prevenir la Violencia Juvenil, 2011)

Sin embargo aún persisten problemas de oferta y demanda, de la mala administración y gestión de fondos en los centros de atención públicos, la atención poco eficiente y los constantes descubrimientos sobre la corrupción en la que están envueltas las autoridades de estos centros de atención pública al derecho de la salud. (Secretaría de Salud Pública de Honduras, 2013).

SEGURIDAD: Los titulares de los diarios de Honduras desde hace unos años: El país más violento del mundo registró en el año 2012 más de 7mil muertes violentas, con una tasa nacional de homicidios de 85.5 por cada 100 habitantes, lo que significó 20 víctimas diarias; El informe de la Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito, ubicó a Honduras como el país más violento de Latinoamérica con la mayor tasa de homicidios. (Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres, 2014). Hoy en día existen varios datos oficiales, éste es un cuadro comparativo entre éstos.

Ilustración 3. Tasa de Homicidios en Honduras, cuadro comparativo, 2012-2013

Observador / Año	2012 Por cada 100,000 habitantes	2013 Por cada 100,000 habitantes
ONU	90,4	75,5
Observatorio de la Violencia	86,5	79
Secretaría de Seguridad	85,53	75,17

Gran parte de la violencia se atribuye al papel cada vez más relevante que tiene Honduras como región de tránsito de drogas, actualmente el 80% de la cocaína destinada a los Estados Unidos pasa por Centroamérica y México, solo por territorio Hondureño se



estiman que transitan 267 toneladas métricas de cocaína, este flujo aumentó después del golpe de Estado en el 2009. Según estudios desarrollados por el Índice Global de Paz, el país destina el 17% del PIB a combatir la violencia; lo que implica un costo per cápita de US\$890. (Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres, 2014).

Un hecho que debe resaltarse es que la juventud es la principal víctima de esta escala de violencia. En promedio el 47% de las víctimas se ubican en las edades que oscilan entre 15-29 años impactando en parte de la población económicamente activa y productiva para el país. (Observatorio de la Violencia UNAH-UIDPAS, 2014). En Honduras cada 73 minutos una persona es asesinada. De estas, el 91% de los femicidios cometidos y 85% de asesinatos de policías, están sin resolver. (RESDAL, Red de Seguridad y Defensa en Centroamérica, 2013).

HONDURAS, UN PAÍS DE NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES, entonces ¿Por qué PREVENCIÓN?

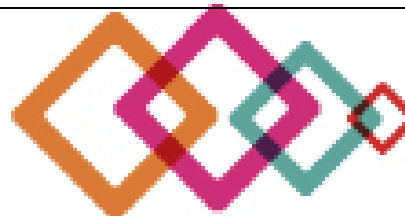
La niñez y la juventud son los principales activos de la sociedad, en Honduras ser joven es el principal factor de riesgo para ser víctima de la violencia. En un estudio realizado por el Observatorio de la Violencia con la duración de 53 meses de análisis, se produjeron 15,787 muertes violentas de niñez y juventud, de los cuales 1.7% (265 víctimas) son niños y niñas y 98.3% son jóvenes en edades de 12 a 30 años. (UNAH-IUDPAS, 2014)

Según el Ministerio Público y el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, en Honduras se reportan anualmente más de 4000 denuncias de casos de maltrato y abuso infantil. El 50% de esas denuncias se refiere a acciones cometidas por familiares y las víctimas tienen edades comprendidas entre tres y doce años (POLJUVE, Políticas Públicas para Prevenir la Violencia Juvenil, 2011).

La siguiente tabla tomada como fuente del Observatorio de la Violencia de la UNAH, refleja los rangos de edades de homicidios por grupos de edad, donde se observa con claridad los altos índices de homicidios a población con edades de 15 a 29 años, las edades comprendidas desde las llamadas adolescencia, juventud y adulto joven.

Ilustración 4. (Observatorio de la Violencia UNAH-UIDPAS, 2014)

Rango de edad	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0-14	2%	2%	1%	1%	1%	1%	2%
15-29	46%	44%	48%	49%	48%	47%	48%
30-44	27%	30%	32%	32%	33%	34%	33%
45-59	13%	13%	12%	13%	12%	12%	12%
60 y más	4%	4%	5%	4%	4%	4%	4%
Indeterminado	8%	7%	1%	1%	2%	2%	1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%





Sin embargo, siendo ésta la población más fructífera en cuanto al desarrollo de la economía del país, un estudio realizado por el INE en mayo del 2011, destacó el porcentaje de población desempleada y el 69% son jóvenes entra las edades de 15 a 29 años. (INE, Instituto Nacional de Estadística de Honduras, 2014).

Se dice que la presencia de maras o pandillas impacta fuertemente en la seguridad de Honduras. Los escasos estudios disponibles sugieren que es un factor clave en la deserción escolar, en la violencia en las escuelas y en la relocalización de familias cuando éstas deciden dejar su barrio. Un estudio realizado por Programa Nacional de Prevención, Rehabilitación y Reinserción Social (PNPRRS, Programa Nacional de Prevención Rehabilitación y Reinserción Social, 2011).

Nos define las edades rango del ingreso de miembros a las pandillas o maras, se cree que el 36% ingresó dentro del rango de edades comprendidas entre 11 y 15 años y un 44% de 16 a 20 años y un 8% con edades entre 8 y 10 años.

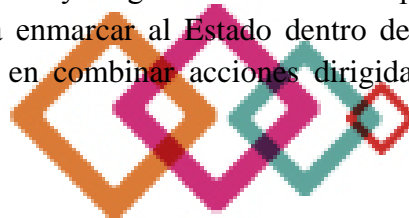
Estadísticas de la Dirección General de Investigación Criminal de Honduras reportó en el Análisis Estadístico de Homicidios del 2011 lo siguiente:

Ilustración 5. (Castellanos, 2011)

Edad de los	Porcentaje	Edad de las Víctimas	Porcentaje
Menores de 18 años	9.4%	Menores de 15 años	4.3%
19-30 años	55%	16-30 años	61.5%
31-40 años	21.2%	31-45 años	24.8%
41-50 años	9.7%	46-50 años	9.4%
Mayores de 50	4.7%	Más de 50 años	0%
TOTAL	100%		100.0%

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados realizó un estudio en marzo del 2014 dada la llamada “Crisis migratoria” que afrontan los países del triángulo norte de Centroamérica y Estados Unidos, reportando que de los 98 niños encuestados el 57% manifestaron necesidades potenciales de protección internacional. El 44% de estos niños desplazados fueron amenazados o fueron víctimas de la violencia por parte de actores criminales armados organizados. El 24% de los niños reportaron haber sido abusados en sus hogares. Reconocemos a la migración como algo natural del ser humano, sin embargo las razones de huir, son en su mayoría a causa de la violencia. (UNHCR, 2014).

Como es evidente el problema de la violencia y sus repercusiones en la población más vulnerable y a la que se le debe garantizar verdadera seguridad social como lo es, las niñas, niños y jóvenes, por lo cual es estado de Honduras se vio en el deber de accionar de alguna manera, por lo cual convocando a los poderes Legislativo y Judicial para crear una Política de Seguridad “Política Integral de convivencia y Seguridad Ciudadana para Honduras 2011-2022”, se cree que esta política pueda enmarcar al Estado dentro de un concepto más activo del que hasta ahora, precisando en combinar acciones dirigidas a





enfrentar los factores asociados a los fenómenos de violencia y delincuencia para evitar que ocurran sus manifestaciones, con aquellas que tienen por objeto el fortalecimiento de la capacidad del Estado para controlar y sancionar conductas violatorias de la ley. (PNUD-Honduras, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

Así mismo el Programa Prevenir Programa de Prevención de la Violencia Juvenil en Centroamérica, el cual tiene como objetivo la prevención de la violencia en municipios, a través de la implementación de diversos planes que permitan una acción coordinada, sus componentes Estratégicos contemplan: la implementación de Políticas de Juventud y Prevención Aplicables en los municipios, la empleabilidad de jóvenes y la prevención desde el ámbito educativo. Este programa involucra a la secretaría de Seguridad, Educación, Trabajo y Seguridad Social, Desarrollo e Inclusión Social y el Instituto Nacional de la Juventud (Proceso Digital, 2014).

El COIPRODEN en su propuesta para la prevención de la violencia da a comprender que la intervención preventiva que debe ser aplicada a los problemas de violencia y criminalidad, puede entenderse como el conjunto organizado de recursos, procedimientos y técnicas que “el agente interventor” utiliza en relación con la comunidad en tres momentos: a) Antes de su manifestación, b) Cuando se muestran a niveles incipientes o esporádicos y, c) cuando existen expresiones abiertas y sostenidas de la violencia y delincuencia. (COIPRODEN, P y Propuesta para la Prevención).

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

¿Por qué?, ¿Cómo? Y ¿Quiénes?

Ya conocido el contexto de violencia en el que vivimos, reconocimos las manifestaciones y los factores generadores de violencia, esto es uno de los pasos más importantes para no seguir favoreciendo el debilitamiento del nudo de la violencia.

Se trata de descubrirla antes de que se produzca y abordar la situación sin generar más violencia, para esto se han planteado fórmulas ya. Debido a la situación es preciso, sobre todo, ayudar a las víctimas a reconstruir un proyecto de vida y a recuperar su dignidad, su autoestima. La prioridad del trabajo con los menores, que como ya vimos son víctimas directas de la violencia, es una tarea preventiva esencial: se trata de evitar que las víctimas de hoy se conviertan en maltratadores mañana. (Hortensia Redero Bellido)

Los conflictos en la convivencia ya existen, cómo abordarlos para que no desemboquen en violencia es una tarea fundamental. La prevención es el mejor sistema y el primer paso; el segundo, el desarrollo de estrategias de resolución de conflictos, de negociación en casos de rupturas, de mediación familiar.

Con ésta visión se han creado, no sólo en Honduras, programas de Prevención que son aplicados por todos los miembros de la sociedad consciente, dada la problemática no se puede creer que la prevención es sólo tarea del Estado como ente protector y regulador, sino también de la sociedad.





La Organización Mundial para la Salud realizó un informe estableciendo las estrategias de prevención de la violencia abarcadas en las siguientes siete orientaciones (Organización Mundial para la Salud, OMS, 2012):

- Desarrollar relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores.
- Desarrollar habilidades para la vida en los niños y los adolescentes.
- Reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol.
- Restringir el acceso a las armas de fuego, las armas blandas y los plaguicidas
- Fomentar la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer.
- Cambiar las normas sociales y culturales que propician la violencia.
- Establecer programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas.

Reconociendo lo anterior, podemos reconocer mejor la clasificación de los tipos de prevención de la violencia y cuáles de éstas se están aplicando en el país y quiénes son sus principales ejecutores.

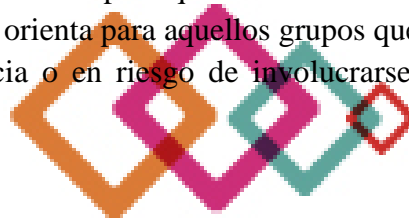
Tipos de Prevención y sus ejecutores:

Prevención Primaria: consiste en estrategias de acción que intentan prevenir la ocurrencia de factores de riesgo y se emplea para poblaciones altamente vulnerables ejemplo de tales acciones serían la, información, educación y capacitación en torno a temas específicos (la droga, el delito, maras y pandillas).

Se refiere a darles orientaciones a los niños, niñas y adolescentes que no han cometido infracciones con la ley o que no se han visto involucrados con actos de violencia, pero que su entorno es potencial para el involucramiento en situaciones violentas.

La responsabilidad está distribuida en tres, comenzando con la responsabilidad social; como el compromiso del sector privado y/o ONG u otras instancias de sociedad civil en acciones concretas de prevención primaria, la participación puede ser niños, comunidades locales, policías, jóvenes en situaciones de riesgo. La responsabilidad del Estado para desarrollar acciones de información, educación y capacitación de la población altamente vulnerable a participar en actos violentos y también el Estado debe favorecer el desarrollo de la infraestructura comunitaria. Y la Responsabilidad Local ésta puede ser desde las instancias municipales, patronatos u organizaciones de base que realizan acciones de prevención primaria.

Prevención Secundaria (Riesgo Social): se entiende por aquellas acciones que buscan disuadir las conductas de violencia y delitos, se orienta para aquellos grupos que se encuentran en riesgo de ser víctimas de la delincuencia o en riesgo de involucrarse en





actividades delictivas o generadoras de violencia tales como adolescentes y jóvenes que viven en el entorno familiar comunitario o que se encuentran atendidos en instituciones de atención a la niñez, adolescencia y juventud.

Estas están orientadas también a que la intervención policial sea preventiva y al mismo tiempo disuasiva, también a evitar la estigmatización social y la inclusión al adolescente en exclusión que pueden involucrarse con actos delictivos de violencia.

Por lo cual es necesario que ésta se realice bajo convenios o alianzas Público-Privadas como la Empresa

Privada/ONG/gobierno para el desarrollo de acciones de Prevención con grupos de riesgo.

Prevención Terciaria (Rehabilitación): son acciones encaminadas a evitar la reincidencia de los adolescentes en conflicto con la ley penal que están cumpliendo acciones alternativas o privados de su libertad en centros de internamiento.

Esta pretende potenciar y favorecer la aplicación de medidas socioeducativas alternativas a la reclusión penal. A Diseñar e implementar un modelo de Justicia Penal Restaurativa con enfoque de restitución de derechos para adolescente en conflicto con la ley. Y a desarrollar e implementar Alianzas Publico/Privadas (de responsabilidad social) para favorecer y facilitar la inserción social de adolescentes y jóvenes.

En materia de Reacción o Intervención: Se entiende por la aplicación o replica de las mejores prácticas para reprimir la denominada delincuencia, criminalidad o las acciones antisociales.

Esta incluye en su línea de acción: apoyo comunitario, información y capacitación sobre el papel de la policía en la comunidad, la definición de agendas de seguridad ciudadana, el fortalecimiento de procedimiento técnico en materia de investigación policial para mejorar los procesos judiciales, el fortalecimiento de los procedimientos técnicos y científicos en materia de inteligencia policial, la articulación y coordinación interinstitucional y con la sociedad civil y la participación y organización comunitaria.

Conclusiones

Aunque el problema de violencia en Honduras y el mundo sea cada vez más grave no podemos verlo naturalmente como inherente, si normalizamos la situación contribuimos a ciclo evolutivo de la violencia.

La violencia también incluye la falta de acciones para detenerla, afrontarla y restaurarla, por lo cual es necesaria una permanente e insistente demanda al Estado para no solo la creación de políticas públicas que sean incluyentes para la población, si no la regulación y organismos propios que ejecuten la aplicación de éstas, para de ésta forma asegurar el cumplimiento de los derechos ya establecidos no sólo para la población en general, si no también enfatizar en los derechos promulgados en la Convención de los Derechos del Niño que se han visto verdaderamente quebrantados en nuestro país.





Los niveles de prevención de la violencia ya están establecidos, regulados y planteados metodológicamente, por lo cual es indispensable adecuarlas al contexto de cada país y establecer planes, rutas claras para su ejecución, en las que verdaderamente se cumplan los objetivos establecidos para estas intervenciones con poblaciones afectadas.

Reconociendo que la población más afectada en términos de violencia son las niñas, niños y adolescentes, comprometemos a la sociedad en su conjunto a ser partícipes de las acciones preventivas que se logren aplicar en nuestro país, Honduras no sólo está compuesta por juventud ni niñez y aun siendo la población más grande y productiva, las autoridades no pueden estigmatizar o a causar una problemática de ésta magnitud sólo a un área que se rige por directivas adulto jóvenes y adultos maduros.

BIBLIOGRAFÍA

Casa Alianza . (31 de julio de 2014). <http://www.casa-alianza.org.hn/>. Recuperado el 2014, de <http://www.casa-alianza.org.hn/>: http://www.casa-alianza.org.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=

Castellanos, J. (2011). Honduras: La Violencia en Cifras. Tegucigalpa.

Diario El Herald. (10 de abril de 2014). Honduras con la peor tasa de homicidios. Según Informe de la ONU, Honduras tiene la más alta tasa de homicidios de Latinoamérica. Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, Francisco Morazán, Honduras.

Diario El Herald. (14 de abril de 2014). Honduras reclama a ONU por cifra de homicidios. Hondureños en el mundo . (I. Fusina, Ed.) Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, Francisco Morazán: Editorial El Herald.

H., E. (Ed.). (8 de agosto de 2014). Honduprensa. Recuperado el agosto de 2014, de <https://honduprensa.wordpress.com/tag/observatorio-de-la-violencia-de-la-unah/>

Hortensia Redero Bellido, B. S. Comprender la Violencia, Prevenir la Violencia: Retos para el Trabajo Social. Estados Unidos: Universidad de Alicante.

Humanium. (Marzo de 2014). Humanium.org. Recuperado el 2014, de <https://www.humanium.org/> IHNFA., L. M. (2008, Noviembre). Tercer informe periódico sobre la situación en el cumplimiento de la

Convención de los Derechos del Niño. Medidas a seguir en respuesta al III informe de país 2008, República de Honduras, Instituto Hondureño de la Infancia, Tegucigalpa, M.D.C.





INE, Instituto Nacional de Estadística de Honduras. (julio de 2014). www.ine.gob.hn/. Recuperado el 2014, de www.ine.gob.hn/: <http://www.ine.gob.hn/>

Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres. (2014). Violencia contra las mujeres hondureñas.

CDM, Centro de Derechos de Mujeres, CDM, Centro de Derechos de Mujeres, Tegucigalpa, M.D.C.

Observatorio de la Violencia UNAH-UIDPAS. (2014). Informe Observatorio de la Violencia. UNAH-IUPAS, Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad. Tegucigalpa: UNAH, Tegucigalpa.

Organización Mundial para la Salud, OMS. (2012). Información mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Suiza: Tushita Graphic Visión, Tushita Bosonet.

PNPRRS, Programa Nacional de Prevención Rehabilitación y Reinserción Social. (2011). Situación de Maras y Pandilla en Honduras. PNPRRS, Programa Nacional de Prevención Rehabilitación y Reinserción Social. Tegucigalpa, Honduras: UNICEF.

Policía Nacional de Honduras. (2014). Gráfico Historico de Tasa Anual de Homicidios por cada 100,000 habitantes por años. SEPOL, Sistema de Estadístico Policial en Línea, Departamento de Estadística . Tegucigalpa: Policía Nacional Honduras.

POLJUVE, Políticas Públicas para Prevenir la Violencia Juvenil. (2011). Entornos Violentos, Contexto en el que crece la juventud en Honduras. INTERPEACE, Interpeace-Oficina Regional para América Latina- Proyecto POLJUVE/Honduras. Tegucigalpa, M.D.C.: La Agencia Española de Cooperación Internacional, AECID.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2013). Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014/ Seguridad Ciudadana con Rostro Humano: Diagnóstico y Propuestas para América Latina. Nueva York, Estados Unidos: Centro Regional de Servicios para América Latina y el Caribe, Dirección Regional para América Latina, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

RESDAL, Red de Seguridad y Defensa en Centroamérica. (2013). Índice de Seguridad Pública. Centroamérica:Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. . RESDAL, Red de Seguridad y Defensa en Centroamérica. Argentina: RESDAL.





Revista Panamericana de Salud Pública. (2012). scielosp.org/PublicHealth. Recuperado el 2014, de scielosp.org/PublicHealth: <http://www.scielosp.org/>

Secretaría de Salud Pública de Honduras. (2013). www.salud.gob.hn. Recuperado el 2014, de www.salud.gob.hn: <http://www.salud.gob.hn/>

SISNAM, Sistema de Indicadores Sociales de Niñez, Adolescencia y Mujer Honduras. (2011). SISNAM, Informa 2011. UNICEF e INE, Observatorio de Derechos de la Niñez. Tegucigalpa, M.D.C.: Instituto Nacional de Estadística.

UNAH-IUDPAS. (2014). Boletín Especial Sobre Homicidios de Estudiantes, Edición Especial. UNAH- Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad. Tegucigalpa, M.D.C.: UNAH.

UNHCR. (2014). Niños no acompañados que huyen de Centroamérica y México y la Necesidad de Protección Internacional. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados para los Estados Unidos y el Caribe en Washintong, D.C., Washintong.

UNICEF COMITÉ ESPAÑOL. (2006). Convención Sobre los Derechos del Niño. Madrid: Nuevo Siglo. PNUD-Honduras, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011). Política Integral de convivencia y Seguridad Ciudadana para Honduras 2011-2022. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Estado en el Despacho de Seguridad.





TÉCNICAS DE CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO EN MENORES PRESUNTAS VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES

Eva María Jiménez González
España

RESUMEN

La valoración del testimonio en A.S.I (agresión sexual infantil) es uno de los temas más comprometidos de entre los que un/a psicólogo/a forense debe afrontar como parte de sus funciones, que consisten principalmente en la realización de los distintos peritajes psicológicos que encomiendan directamente los jueces y fiscales, o bien los abogados que representan a las partes litigantes en los procedimientos penales. En el caso de la valoración del testimonio en ASI recae una gran responsabilidad sobre el perito, ya que se trata, en líneas generales, de episodios ocurridos en la más estricta intimidad, por lo que con frecuencia solo hay dos testigos: el perpetrador y la víctima del mismo.

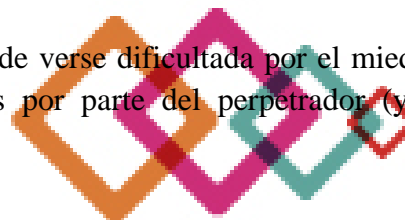
Después de revisar las diversas técnicas propuestas por la literatura especializada en esta área, se propone, con el fin de optimizar las garantías de fiabilidad en la evaluación del testimonio, una valoración cualitativa fundamentada en la integración de todos los datos que interesan al funcionamiento del menor.

En líneas generales, el abuso sexual consiste en la utilización de un menor para satisfacer los deseos sexuales, generalmente de un adulto. No obstante, al ser este uno de los temas actualmente más debatidos en Psicología, ha sido precisamente la variedad de las conceptualizaciones propuestas por los diferentes autores dedicados al estudio de este área lo que dificulta la unificación de criterios en cuanto al estudio y a la estimación de la incidencia de las conductas de abuso, si bien existe unanimidad en la estimación de los daños que estas situaciones ocasionan en el menor.

Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de que estas conductas no suelen ir ligadas a trastorno mental, lo que supone un obstáculo para la identificación del agresor. No obstante, se detecta en muchos agresores rasgos como un acusado egocentrismo, tendencia a adaptar la realidad a las propias necesidades, ausencia de empatía, etc., obteniéndose de esta manera un perfil que únicamente tiene un carácter aproximativo, ya que los rasgos que suelen detectarse en estos sujetos no son privativos de este tipo de delito al poder advertirse también en otras personas, independientemente de que infrinjan o no las normas sociales en un momento determinado.

El niño agredido sexualmente:

La detección del abuso sexual en un menor puede verse dificultada por el miedo a ser castigado, a no ser creído, a posibles represalias por parte del perpetrador (y en





ocasiones también por parte del núcleo familiar) y por los sentimientos de vergüenza y culpa que generan este tipo de situaciones.

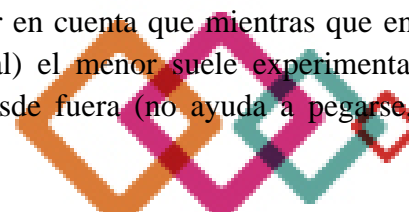
Por otra parte, el estado que presenta el menor víctima de abuso sexual depende de múltiples factores, ya que la reacción que un menor pueda desarrollar ante una situación de este tipo estará en función no solo de sus características psicológicas (nivel de desarrollo intelectual, afectivo, social, etapa evolutiva, estrategias de afrontamiento, etc.), sino también de las características que reviste el abuso al que ha sido sometido: si el perpetrador forma parte de su familia o no, en el caso de abuso extra familiar si se trata de una persona de su entorno o de un desconocido, el tipo de relación previa con el abusador, estrategias por parte del mismo para llevar a cabo el abuso, uso de la violencia y/o amenazas, o por el contrario, del engaño o la seducción, características del hecho, si ha sido un episodio único o repetitivo, etc. Asimismo dependerá del apoyo proporcionado por la familia o si el menor recibe o no atención especializada.

También se ha clasificado la sintomatología predominante en función de la edad de la víctima, pudiendo apreciarse en estas clasificaciones que la forma de expresión de los síntomas dependen del nivel que, por su etapa evolutiva, hayan alcanzado los recursos psicológicos del menor y de su capacidad para externalizar la angustia de forma adaptativa y eficaz.

La exploración del menor:

Cuando un menor ha sido víctima de abuso sexual, puede experimentar miedo a revelar lo sucedido, sobre todo si el agresor lo ha coaccionado para que guarde silencio por temor a que cumpla sus amenazas (pegarle, matarlo, pegar a su madre, internarlo en un centro, etc.), o bien por temor a posibles represalias aun en caso de que no haya recibido amenazas directas. Con frecuencia su reserva obedece al temor a no ser creído o incluso a ser culpabilizado de su propia victimización. Asimismo, puede experimentar ansiedad y sentimientos de culpa si la actitud de la familia en vez de proporcionar apoyo actúa en ese sentido, o bien si la revelación del episodio supone la ruptura del pacto de silencio con el agresor en caso de que este haya llegado a establecerse, pacto que puede haberse configurado de forma tácita (el menor entiende que no debe hablar de "eso") o expresa (el agresor conmina al menor a guardar silencio).

Por otra parte, la revelación del abuso, si este se ha producido dentro del ámbito familiar, puede desencadenar en el menor un conflicto similar al producido por la situación de maltrato o la misma situación de abuso sexual: por una parte, los sentimientos de hostilidad hacia el agresor y la valoración negativa de los hechos, que se acompañan del deseo de poner fin a la situación y por otra parte, la vinculación afectiva con el agresor y la dependencia del mismo. Este conflicto, tanto más problemático cuanto más intensos sean los sentimientos implicados, produce un aumento en los sentimientos de inseguridad, así como sentimientos de culpa y ansiedad, dando lugar a un estado de sufrimiento emocional y de confusión afectiva. En este sentido, hay que tener en cuenta que mientras que en las otras situaciones de maltrato (agresión física o verbal) el menor suele experimentar la agresión de un modo pasivo, como algo impuesto desde fuera (no ayuda a pegarse, no





participa activamente en el desarrollo de la situación), en las situaciones de abuso sexual con frecuencia se ve forzado a tomar parte activa, es decir, a colaborar de alguna manera, ya sea mediante el uso de la seducción, del engaño o de la fuerza o la amenaza, por lo que los sentimientos de vergüenza y de culpa serán más acusados. Por este motivo, hay que extremar las precauciones en la exploración de los menores.

En cualquier caso, la exploración de los menores deberá ajustarse a los mismos en función de lo antes expuesto y de la edad, características psicológicas (nivel de conocimientos, desarrollo intelectual, uso del lenguaje, memoria y características de su personalidad), utilizando un lenguaje comprensible para el menor e intentando establecer una relación cálida, cercana y acogedora, que diluya su miedo y sus sentimientos de vergüenza y culpa.

La valoración de la credibilidad del testimonio del menor:

La valoración de la credibilidad del testimonio de un menor está constituida por la aplicación de diversas técnicas cuyos resultados deben ser integrados entre sí, para posteriormente poner en relación esta valoración con el resto de la exploración y por último, con la globalidad de los datos disponibles sobre el menor, con el fin de obtener una visión de conjunto que proporcione más garantías a la valoración. Los principales elementos a tener en cuenta son los siguientes:

Las características individuales del menor:

Historia previa del menor, nivel intelectual, memoria, capacidad para interpretar situaciones, para relacionar conceptos y estructurar narraciones, nivel de conocimientos en materia sexual, lenguaje y nivel de vocabulario, tono afectivo, implicación emocional, etc.

Posibles motivos de falseamiento en la declaración:

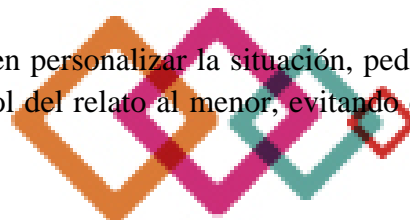
Posibilidad de presiones sobre el testimonio del menor por distintos motivos, o bien, de forma involuntaria, interrogatorios inadecuados o uso incorrecto de material de apoyo (por ejemplo, los muñecos anatómicamente exactos).

El análisis del testimonio incluye diversas técnicas fundamentadas en la hipótesis de que los relatos basados en hechos experimentados son cualitativamente diferentes de los relatos basados en hechos no experimentados (imaginados o inducidos). Hay que tener en cuenta que no se trata de evaluar la honradez o la credibilidad del testigo, sino la de un testimonio concreto, ya que una persona mentirosa puede en un momento determinado decir la verdad y, por el contrario, una persona que habitualmente es sincera puede mentir en un momento dado. Para orientar la valoración de la credibilidad de un testimonio se hace imprescindible una recogida de información escrupulosa y exhaustiva. Para ello se propone varios modelos de entrevista. Una vez obtenida la información se procede a valorar las características de la misma, en función de los criterios propuestos por diversos autores.

LA ENTREVISTA COGNITIVA:

La entrevista cognitiva consta de tres fases:

A) Creación de un ambiente propicio: consiste en personalizar la situación, pedir y conseguir la colaboración del sujeto, transferir el control del relato al menor, evitando que





este pueda sentirse juzgado y, por último, mantener una actitud de escucha activa, sin interrupciones.

B) Relato libre, seguido de preguntas aclaratorias de forma no sugestiva, solo después del relato.

C) Aplicación de técnicas de recuperación de memoria, consistentes en:

Reinstauración cognitiva del contexto: se pide al sujeto que imagine de nuevo el suceso (qué hizo antes, durante y después del suceso, dónde estaba, con quién, qué vió, pensó, sintió en cada momento, etc.).

Focalización del recuerdo: ayudar al testigo a concentrarse en lo que está describiendo.

Recuperación extensiva: esto se logra mediante diversas técnicas, como son la compleción (añadir cualquier tipo de detalles, aunque parezcan nimios), los cambios de perspectiva (se solicita un relato de los hechos como si hubieran sido presenciados desde otro lugar), el recuerdo de los hechos desde diferentes puntos de partida (se refieren los hechos en un orden diferente, por ejemplo, empezando por la escena que mayor impresión causó en el sujeto para seguir avanzando hasta el final, o bien retroceder desde ese punto hasta el principio), empezar por el final e ir retrocediendo hasta el principio y otras técnicas mnemónicas, como recordar la apariencia física del protagonista o protagonistas de la escena, recordar nombres, números de matrículas de coches implicados o al menos algunos de ellos, recordar características del habla como la voz de alguno de los implicados, trozos de conversación o temas tratados por los presentes.

EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD DE LA DECLARACIÓN - S.R.A.:

Este modelo fue propuesto por Undeutsch y Steller y se fundamentan en dos supuestos:

Las declaraciones basadas en hechos reales (autoexperimentadas) son cualitativamente diferentes de las declaraciones que no se basan en la realidad y son producto de la fantasía.

Los criterios del análisis de la realidad reflejan los aspectos en los que los testimonios sinceros difieren de los falsos.

El análisis de la realidad de una declaración es aplicable a sujetos menores de quince años que dicen haber sido víctimas de abuso o de agresión sexual y se basa en la entrevista y en el análisis de la declaración.

La entrevista: Según Undeutsch, para preparar la entrevista se debe empezar por el estudio del Sumario. Una vez en la situación de entrevista se invitará al menor a que refiera libremente los hechos, sin interrupciones, para posteriormente efectuar las preguntas pertinentes (preguntas de control, aclaraciones, explicación de contradicciones, etc.) y se detallarán las observaciones acerca del comportamiento del menor en las distintas fases de la entrevista.

LA EVALUACIÓN DE LA CREDIBILIDAD DEL RELATO - C.B.C.A.:





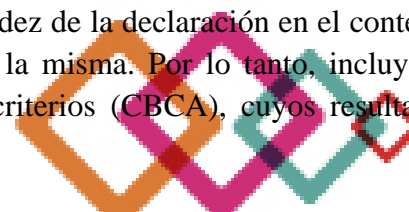
La C.B.C.A. (evaluación de la credibilidad del relato) y la S.V.A. (evaluación de la validez de la declaración) son las técnicas actualmente más utilizadas. Mientras que la primera de estas técnicas está referida a determinar si el testimonio del menor es técnicamente creíble, la segunda trata de evaluar la actitud del menor y aspectos de la exploración. Para que su uso resulte fiable, los resultados y la interpretación de estas técnicas deben quedar integrados dentro del resto de la exploración.

Los criterios de contenido para el análisis de las declaraciones que aquí se exponen son el resultado de una integración de los criterios expuestos por Undeutsch, Arntzen, Szewczyk y Dettenborn. La lista está constituida por diecinueve criterios que se agrupan en cinco categorías y son los siguientes:

- A. Características generales:
 - a. Estructura lógica.
 - b. Producción inestructurada.
 - c. Cantidad de detalles.
- B. Contenidos específicos:
 - a. Incardinación en contexto (engranaje contextual).
 - b. Descripción de interacciones.
 - c. Reproducción de conversaciones.
 - d. Complicaciones inesperadas.
- C. Peculiaridades del contenido:
 - a. Detalles inusuales.
 - b. Detalles superfluos.
 - c. Detalles exactos mal interpretado o incompreensión de detalles relatados con precisión.
 - d. Asociaciones externas relacionadas.
 - e. Referencias al estado mental subjetivo del menor.
 - f. Atribuciones al estado mental del agresor.
- D. Contenido relacionado con motivación:
 - a. Correcciones espontáneas.
 - b. Admisión de falta de memoria.
 - c. Dudas sobre el propio testimonio.
 - d. Autodesaprobación.
 - e. Perdón al acusado.
- E. Elementos específicos de la ofensa:
 - a. Detalles característicos.

LA EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LA DECLARACIÓN - S.V.A.:

La S.V.A. es un instrumento para valorar la validez de la declaración en el contexto de la entrevista, así como el grado de adecuación de la misma. Por lo tanto, incluye la evaluación del análisis de la declaración basado en criterios (CBCA), cuyos resultados





deben ser integrados en esta agrupación. Consta de 11 criterios repartidos en cuatro categorías:

- A. Características psicológicas:
 - a. Adecuación de lenguaje y conocimiento.
 - b. Adecuación del afecto.
 - c. Sugestibilidad o susceptibilidad a la sugestión.
- B. Características psicológicas:
 - a. Preguntas sugestivas, directivas o coactivas.
 - b. Adecuación global de la entrevista.
- C. Motivación para informar en falso:
 - a. Motivos para informar.
 - b. Contexto de la revelación o del informe original.
 - c. Presiones para informar en falso.
- D. Cuestiones de la investigación:
 - a. Consistencia con las Leyes de la Naturaleza.
 - b. Consistencia con otras declaraciones.
 - c. Consistencia con otras evidencias.

En conclusión, para obtener una valoración global del testimonio en ASI todos los datos obtenidos deben ser puestos en relación, integrando los derivados del análisis de la declaración con los derivados del análisis de la validez de la entrevista, datos que además deberán ser contrastados con los criterios de control y cuyo resultado deberá integrarse con el resto de la exploración y, por último, con las fuentes de información externas a la misma.

REFERENCIAS

- Alonso-Quecuty, M.L. (1999). Evaluación de la credibilidad de las declaraciones de menores víctimas de delitos contra la libertad sexual. *Papeles del Psicólogo*, 73, 36-40.
- Agudelo, M.C. (1995). *Guía práctica para el dictamen sexológico forense*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Battistelli, L. (1984). *La mentira ante los tribunales*. Bogotá: Temis.
- Bussey, K.; Grimbeek, E. (2000). Children's conceptions of lying and truth telling: Implications for child witnesses. *Legal and Criminological Psychology*. 5, 187-19.
- Caro, J. (1974). *Inquisición, brujería y criptojudaismo*. Barcelona: Ariel.





Diges, M; Alonso-Quecuty, M. (1994). El psicólogo forense experimental y la evaluación de credibilidad de las declaraciones en los casos de abuso sexual a menores. Poder Judicial Sep.94 ,43-66.

Freud, S. (1906). El psicoanálisis y la instrucción forense. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva.

Garrido, E.; Masip, J. (1998). Evaluación de la credibilidad del testimonio: Una revisión de los fundamentos teóricos, orígenes, evolución y estado actual del Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA). Trabajo presentado en V Congreso de Evaluación Psicológica. Benalmádena (Málaga), 30 de Abril– 3 Mayo de 1998.

Manzanero, A.L. (1997). Evaluando el testimonio de menores testigos y víctimas de abuso sexual. Anuario de Psicología Jurídica, 6, 13-35.

Masip, J; Garrido, E. (2000). La evaluación de la credibilidad del testimonio en contextos judiciales a partir de indicadores conductuales. Anuario de Psicología Jurídica, 2000, 93-131.

Miotto, N.G. (1995). Psicología del testimonio. Enfoque pericial del psicólogo forense. Trabajo presentado en el Primer Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago de Chile.

Offe, H. (2000). El dictamen sobre la credibilidad de las declaraciones de testigos. Anuario de Psicología Jurídica, 2000, 11-23.

Roberts, K.; Lamb, M. (1999). Children's responses when interviewers distort details during investigative interviews. Legal and Criminological Psychology, 4, 23-31.

Vasquez, B. Ruiz, M.P. (1999). Dictamen Pericial. Madrid: Clínica Médico Forense- Juzgados de Instrucción de Madrid.





Álvaro Daniel Reyes Gómez
Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura
Universidad Nacional de Colombia.
adreyesg@unal.edu.co

Vamos a hablar de clínica con niños, más precisamente de la labor psicoanalítica con ellos. En tal práctica se privilegia, entre otras cosas, la cuestión del sujeto, es decir la manera de responder y afrontar la división inherente a todo hablante. Con lo cual tenemos una primera consecuencia pues, en dicha práctica clínica, se pone en entredicho la posición de infans, de infante o sin voz. O sea, se interroga el lugar de quien no tendría ni qué decir ni una participación o consentimiento en sus vínculos.

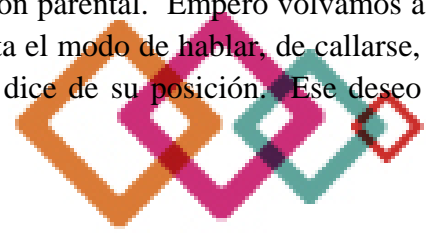
Esta manera de fundamentar el accionar clínico ubica al niño no en función de la edad o de unos ciertos comportamientos sino que procede considerando la infancia como “un modo de hablar” (Peusner: 2013, 90). Es decir, como una manera de dirigirse a los otros, al Otro e interrogar el saber. La infancia es, ante todo, una cierta manera de relacionarse, una manera discursiva de posicionarse en función del lenguaje. Entendiendo que en cualquier discurso, al modo como se entiende desde el psicoanálisis no sólo se ponen en juego palabras, sino un sujeto, un objeto y una cierta verdad.

Añadamos a lo precedente esta consideración: cualquier discurso, en tanto vínculo es tensional o conflictivo. Ahora bien, podemos preguntarnos desde aquí ¿cuál es el saber y la relación con el Otro que privilegia lo niño o la infancia en tanto “modo de hablar”? Respondamos que la inquietud recae en el deseo del Otro y aclaremos, de una vez, que dicho deseo es misterioso, entendiendo al modo como el escritor León Bloy, lo expone. Dice él:

“El texto sagrado no es oscuro sino misterioso. El misterio es luminoso e impenetrable. La oscuridad es esencialmente penetrable, puesto que el hombre puede realizar en ella más de una inmersión” (León Bloy, Diarios, 1894).

Así las cosas, el deseo del Otro sobre el cual se inquiera y se busca saber, desde la posición de niño, es una especie de texto misterioso. No por esconder algo listo a ser descubierto o alumbrado sino, más bien, por tener la propiedad de ser enigmático, sagrado. O, lo que es lo mismo, tiene un punto de no saber, de imposible penetración.

Siguiendo el pensamiento lacaniano, concordemos en lo siguiente: el Otro es ante todo un lugar al cual se dirige la palabra esperando una contestación. Ese lugar se constituye por la promoción de ciertos semejantes. En los albores del humano se organiza en función de los padres y de quienes ocupan tal función parental. Empero volvamos a lo misterioso del deseo del Otro, sobre cuya base se asienta el modo de hablar, de callarse, de no responder... en fin, de la manera como cada quien dice de su posición. Ese deseo es





enigmático no sólo desde la posición de sujeto sino también desde el lugar del Otro, quien tampoco puede dar completa cuenta del mismo, el deseo entonces agujerea, cava o hace hueco.

Con este preámbulo adentrémonos en una breve referencia clínica a partir de la cual haremos otros comentarios. Se trata de un niño a quien llamaremos Gregory. Acuden a consulta sus padres, enviados por el colegio debido a una serie de acontecimientos sexuales considerados, a todas luces, escandalosos. Ocurridos dentro como fuera del colegio. Haciendo uso, con frecuencia, de medios de comunicación como el teléfono y la internet. Es precisamente por estas vías como se corroboran las pesquisas del colegio. Así las cosas, Gregory, de unos 10 años, es considerado uno de los promotores y partícipes directos en acciones reprobables, contrarias a las costumbres sociales educativas.

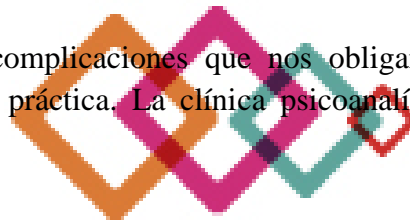
Destaquemos una primera cuestión de esta práctica clínica. En ella es poco común la solicitud directa del niño, son otros quienes nos piden algo; en este caso el colegio y los padres querrían una desaparición de esos comportamientos escandalosos e inapropiados. En estas circunstancias podríamos afirmar que el síntoma es del Otro, no del niño. En relación con ello traigamos esta referencia freudiana. Dice el maestro vienes. “Los síntomas [...] son actos perjudiciales o, al menos inútiles, para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad y, conllevan displacer o sufrimiento para ella”.

Encontrarnos con esta forma de síntoma es más bien una rareza en la infancia. Es infrecuente escuchar a un niño pidiendo análisis y más aún dirigirse a nosotros quejándose de actos o pensamientos a los cuales se ve impulsado en contra de su voluntad y, de los cuáles, no halla ni su utilidad ni logra un disfrute. Para el caso de Gregory así ocurre, son los otros, el colegio y los padres quienes encuentran perjudicial las acciones del muchacho. En el primer encuentro con los padres de Gregory dicen estar sorprendidos por los comportamientos de su hijo. Y les parece inaudito pues ellos son una familia con sólidos principios morales y donde “lo sexual apenas si se menciona”. Tanto el padre como la madre son extranjeros, viven en otro país. Y están ligados de manera comprometida con una comunidad religiosa, en la cual se permite el matrimonio.

De acuerdo con nuestro comentario de la nota de Freud respecto al síntoma, podemos decir que son los padres quienes encuentran algo incongruente y molesto. Notemos también como hay un saber solicitado al analista del cual estarían privados. Podríamos entender esto en términos de que ellos son más bien quienes sufrirían del niño. El niño causa sufrimiento.

Gregory no es traído a este primer encuentro. Cuando acude dice entender por qué asiste, no obstante eso no le causa inquietud alguna. Es más relata, más bien divertido, algunos episodios en los cuáles ejercieron acciones de tinte genital sexual a niños y adultos. Al preguntarle por ello comenta la sorpresa y la pena que les ocasionaban tales “bromas”, según él las llama.

Como podemos notar, estamos aquí ya con complicaciones que nos obligan a maniobrar en función de los fundamentos de nuestra práctica. La clínica psicoanalítica





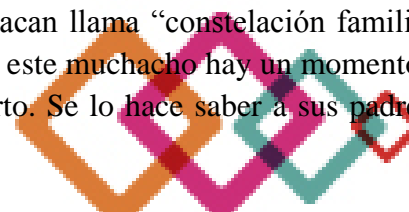
cuenta con el síntoma, opera con él y a través de él. Pero a diferencia de otras prácticas considera que allí, en el síntoma, se entreteje lo más singular para cada quien. Requerimos por tanto precisar diferencias con lo universal y con lo particular. La idea de síntoma proviene del campo médico donde aún se la toma como “coincidencia”, “acontecimiento fortuito”, “desgracia”. Se considera también que incluye algo de lo indicado por Freud, referido a lo relatado por un enfermo como anómalo, como “aviso útil”. El síntoma en tanto subjetivo es lo opuesto al signo clínico, cuyo valor es ante todo objetivable. Así, por ejemplo, un paciente puede no percibir el aumento de azúcar, de plaquetas, en fin... el síntoma no funciona como un aviso confiable u objetivo como el signo clínico, se trata de una apercepción que puede funcionar como “un falso positivo”.

Pensemos un universo, en el de los niños, eso implica que cada niño, siendo distinto de los demás, comparte al menos una característica y en esa medida es igual o equivalente a cualquiera. Podemos de allí colegir que eso común es lo particular, con lo cual, a partir de lo particular se constituye un universal, es decir se hace conjunto. Así funciona la constitución de los conceptos y el modo de proceder científico. Apelemos a Nietzsche, el célebre filósofo alemán, parafraseando su idea de concepto. Él indica que un concepto – el de niño por ejemplo – es algo a lo cual muchas cosas se le parecen, pero no existe como tal.

Ahora bien, lo singular no hace conjunto; es cercano a lo extraño, colinda con lo monstruoso. O, como lo dice Bustamante: “es lo sin tocayo” (2013: 33). Lacan lo retoma bajo la idea de que cada hablante comporta una singularidad, esto es, un punto en el cual hay algo que no hace universal, conjunto, cuerpo o unidad. Considerando entonces que el síntoma es verdad en la medida en que altera, perturba o pone en jaque al saber. En nuestro caso podemos pensarlo como el afán de la escuela y de los padres por eliminar esa especie de molesta revelación que aparece en esos comportamientos sexuales de esos niños y jóvenes. Notemos en consecuencia cómo hay una dimensión discordante, monstruosa en cada síntoma: al imposible de ser integrado, un resto inasimilable. Por esta vía el psicoanálisis no deja de topar en cada síntoma enigmáticas satisfacciones, lo cual ha hecho que comprendamos que en el modo de funcionamiento del hablante, del humano, está el carácter del síntoma. Es decir el síntoma remite a la singularidad de cada quien, al orden de una verdad perturbadora del saber asumido como universal.

Volvamos a nuestro caso. Durante su transcurso los padres hablan de cuestiones familiares y de pareja. Gregory es su único hijo. Desde su nacimiento hasta ahora el niño duerme con la madre; justifican tal hecho en los horarios paternos, en sus obligaciones laborales. En el transcurso de los encuentros con cada uno de los padres se escruta tal situación. Y surgen quejas o molestias, particularmente por parte de la madre, mientras para el padre no parece ser problemático.

A este punto podemos ubicar cómo aquello por lo cual Gregory es llevado, una cuestión o asunto sexual, está entramado con lo que Lacan llama “constelación familiar”. De tal manera, en el transcurso del trabajo analítico con este muchacho hay un momento en el cual, expresa que ahora está durmiendo en otro cuarto. Se lo hace saber a sus padres y





estos dicen estar conformes. No obstante, irrumpen inconvenientes o desavenencias que llevan a la pareja a solicitar e iniciar un trabajo analítico. Al cual es derivada. Mientras la labor con el muchacho es más bien situada y dada por concluida en un cierto lapso temporal.

Apoyados en la nota freudiana sobre el síntoma, citada unas líneas atrás, destaquemos cómo, lo crucial introducido por el maestro vienés es el hecho de que él nos indica cómo hay un propósito atado al síntoma. Y en esta misma senda están las ideas lacanianas presentadas en Dos notas sobre el niño, allí escribe el analista francés lo siguiente:

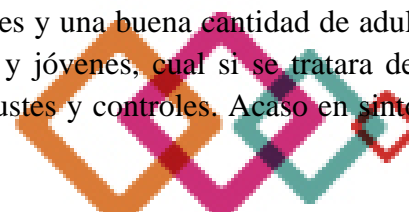
“En la concepción que de él elabora Jacques Lacan, el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar. El síntoma, y este es el hecho fundamental de la experiencia analítica, se define en este contexto como representante de la verdad. El síntoma puede representar la verdad de la pareja familiar. Este es el caso más complejo, pero también el más abierto a nuestras intervenciones”.

Esta cita nos permite comentar varias cosas con detalle. Una es que el síntoma del niño más que déficit es una producción. En este caso, nos recuerda Lacan, está en un lugar o posición que busca ser respuesta o representación de una verdad de la organización o estructura familiar, consistente en el hecho de que en la pareja, en cualquier pareja, hay algo fallido, dicho en términos lacanianos, eso remite al hecho de que “no hay relación sexual”.

En el extracto que hemos presentado podríamos decir que esa profusión sexual escandalosa del muchacho, es una representación de lo sexual familiar. Un modo de arreglárselas con eso que no funciona. En esa media es síntoma, no tiene síntoma y este es un texto, una textura, un asunto o sujeto que subyace, un saber. Es eso precisamente el sujeto del psicoanálisis, no la persona, no el niño sino aquello que, al modo del alma es la médula determinante. En este caso, responde a la manera singular y sintomática que ellos tienen de formar pareja. O sea, a los “desenti – mientos “inevitables de cualquier relación entre los sexos.

Con lo antes mencionado no se pretende ubicar en los padres la causalidad, ni mucho menos enjuiciar o atribuir responsabilidades o culpas. Todo eso es jurídico. O moral. Y cuando juzgamos algo no podemos ya estudiarlo ni analizarlo. Nuestro campo no es ese. Hay, eso sí, un consentimiento de quienes aquí intervienen, incluido el muchacho, cuya consecuencia es expresión de sujeto. Eso hace perder cualquier ideal de inocencia, se trate de niños o adultos. De allí que lo inconsciente este estrechamente asociado con un saber. De ello podemos dar cuenta, en buena medida, en el movimiento emprendido por Gregory, cuando sale de la cama paterna. Si estaba allí no era por mera voluntad parental sino en consonancia con un asentimiento.

Otro comentario se desprende de la nota mencionada, esta forma del síntoma del niño, en tanto representación de la verdad de la pareja, conlleva a que no se trata de reparar, de arreglar o adaptar. Algunos educadores, ciertos padres y una buena cantidad de adultos, acuden a la clínica de lo psíquico, trayéndonos niños y jóvenes, cual si se tratara de un artefacto. O sea, pidiendo un buen funcionamiento: ajustes y controles. Acaso en sintonía





con el discurso o forma de relación predominante en nuestra época, caracterizado por la tendencia a borrar las imposibilidades y los restos inasimilables producidos, paradójicamente, como efectos de cualquier operación o proceder.

Hay diferencias entre trabajar el síntoma como un desarreglo o problema a resolver, para garantizar un buen funcionamiento y, asumirlo como índice de una verdad e intento productivo por resolver un punto de imposibilidad.

Además de la forma del síntoma señalada hay otras más en relación con el niño. Mencionémoslas sin adentrarnos con gran detalle en ellas. Tenemos, siguiendo la referencia lacaniana de las “Dos notas sobre el niño”, antes mencionada, que el niño puede ocupar el lugar del objeto materno. Darle cuerpo a la falta de objeto. Esta falta de objeto es consustancial al hecho de ser hablante, pues al ser nuestro hábitat el lenguaje este introduce la ausencia. En esta forma sintomática, el niño puede funcionar como una especie de corcho o tapón del deseo del Otro. Del misterio que agujerea e incita a cada quien. Como ilustración de ello nos da, el mismo Lacan, unas situaciones en las cuales una enfermedad orgánica de un niño, una dolencia, u otras problemáticas, se tornan proclives a la instauración de vínculos donde no opera una instancia simbólica que separe o libere. Esta es, en la clínica con niños, la lógica relacional donde se insertan situaciones tan severas como las psicosis y las perversiones. Y en las cuales nuestro maniobrar clínico encuentra dificultades aún mayores, comparativamente con aquellas del hijo en tanto síntoma de la pareja. Ya que es una articulación más reducida, más compleja e indiferente a ser conmovida por medio de lo simbólico. Es decir, por medio de la estructura del lenguaje, cuyo modo de funcionamiento es consonante con la cultura y con la ley.

En esta segunda forma del síntoma no está en juego la cuestión de la pareja. La dificultad está en el necesario desplazamiento ente la madre y la mujer. Aquí la función materna recubre la feminidad en tanto deseo. En torno al hijo se instaurara este taponamiento buscando evadir separaciones y pérdidas articuladas con el hecho de pertenecer a la cultura y ser habitados por el lenguaje, la incomunicación y la ausencia de un objeto que clausure definitivamente el deseo.

Finalmente, tenemos una forma más del síntoma en el niño, caracterizada por ser la más propiamente analítica. Correspondiente con aquello elaborado en el transcurso de una cura. Sobre ello no avanzamos más allá, pues implica adentrarnos en otros desarrollos. Baste pues para cerrar esta intervención con lo señalado por Silvia Salman (2006:163) al respecto. Y con el hecho de que a partir de aquí podamos, acaso, entablar una cierta posibilidad de acercamiento dialógico. E incitar a su comentario. Dice ella:

“En el trayecto de la cura, el síntoma se construye como la invención de una ficción que se aloja en el lugar de lo no – sabido de la relación entre el hombre y la mujer. Es la forma singular que encuentra cada sujeto para responder a las coordenadas de la historia de la que proviene y es en cada caso donde se ha de demostrar el modo en que dicha producción funciona”.





BIBLIOGRAFIA

Bustamante, Z. Guillermo. Sujeto, sentido y formación. San Pablo. UPN. Bogotá: 2013.

Freud, Sigmund. Conferencias de introducción al psicoanálisis. En Obras completas. Vol. XVII, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.

Lacan, Jacques. “Dos notas sobre el niño” en Intervenciones y textos 2. Buenos Aires, Manantial:1988.

Peusner, Pablo. ¿Quién teme a lo infantil? La formación del psicoanalista en la clínica con niños. Letra Viva. Buenos Aires: 2013.

Salman, Silvia (Compiladora). Psicoanálisis con niños. Los fundamentos de la práctica. Buenos Aires, Grama: 2006.



NEUROPSICOLOGIA INFANTIL: A PROPOSITO DE UN CASO DE MENINGITIS POR NEUMOCOCO



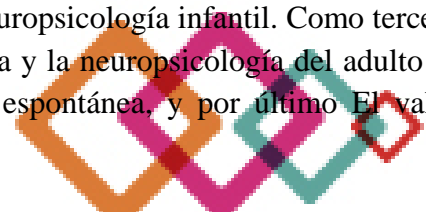
Juan Camilo Urazan Chinchilla
Universidad de Boyacá
jcurazan@uniboyaca.edu.co

Cuando se habla de la evaluación neuropsicológica y la intervención en neuropsicología se suele generalizar estas tanto para lo que enmarca en los adultos como en los niños, este es un primer error que se comete; lo que sí es claro en este sentido es que cuando se habla de evaluación neuropsicológica por ejemplo, el objetivo principal de esta tanto en niños como en adultos es poder determinar la presencia de cambios cognitivos y del comportamiento en los pacientes en quienes se sospecha algún tipo de alteración o disfunción cerebral, por tanto, estos cambios se definen y cuantifican mediante la observación clínica y la utilización de instrumentos de medición ya que la razón propia de una evaluación neuropsicológica no es entonces la localización de algún daño cerebral (Matute, Rosselli y Ardila, 2010).

Podríamos decir entonces, en una evaluación neuropsicológica se realiza buscando uno o varios de los siguientes objetivos (Ardila y Rosselli, 1992): determinar la actividad cognitiva del paciente pero no necesariamente luego de alguna condición patológica o de daño cerebral; analizar los síntomas, signos y los síndromes fundamentales; proveer información adicional para efectuar un diagnóstico diferencial entre condiciones aparentemente similares o iguales; proponer patologías subyacentes a la disfunción cognitiva existente; sugerir procedimientos sugestivos de intervención o rehabilitación terapéutica; y finalmente determinar la eficacia de algún tratamiento particular.

Ahora bien, la evaluación neuropsicológica infantil parte primordialmente de la evaluación neuropsicológica en el adulto, por tanto, en ocasiones, las técnicas diagnósticas aplicadas a niños han sido polémicas dados los posibles errores de generalización que implican. Una de las razones de la ocurrencia de estos errores de generalización se debe al hecho de que la relación cerebro-conducta en un adulto no es la misma que en un niño, y es claro que existen diferencias cruciales que se deben de tener en cuenta para la evaluación en un paciente de estas características.

En primer lugar, el niño posee un cerebro en desarrollo, es decir en proceso de adquisición de conocimientos y habilidades. En consecuencia, el perfil resultante de la evaluación neuropsicológica durante la niñez varía considerablemente a través del tiempo y se espera, en general, una correlación positiva entre la edad y el puntaje obtenido en una prueba neuropsicológica particular. En segundo lugar, el diagnóstico de los trastornos de desarrollo constituye un capítulo amplio dentro de la neuropsicología infantil. Como tercera medida, la diferencia entre la neuropsicología pediátrica y la neuropsicología del adulto se refiere a la capacidad de aprendizaje y recuperación espontánea, y por último El valor





predictivo de la evaluación neuropsicológica puede ser diferente en el niño con relación al adulto (Lopera, 1992).

Por todo lo anterior, el desempeño de un niño en las pruebas neuropsicológicas está significativamente afectado por variables maduracionales y del desarrollo; cuando por ejemplo hablamos de etapas perinatales en la vida de una persona, tendríamos que hacer hincapié en todas las posibles variables que podrían afectar al cerebro que está naciendo y sus posibles afecciones en esta etapa de la vida que deja de ser intrauterina a pasar a un mundo lleno de una gran cantidad de cosas que pueden afectar a su normal neurodesarrollo. Una de estas son las infecciones del sistema nervioso como los son las meningitis, las cuales son una infección causada por diversas bacterias que afectan la aracnoides y la piamadre, produciendo fiebre, cefalea, convulsiones, movimientos oculares dolorosos, vomito, dolor de cuello y afectando a nivel neuropsicológico los procesos atencionales, de memoria, lenguaje y actividad perceptivo-motora.

Particularmente, una de las infecciones de las meninges que más se identifican es la meningitis neumocócica, la cual es una enfermedad con alta morbilidad y una mortalidad cercana al 30% a pesar de la instauración de un tratamiento adecuado. A continuación se presenta un caso de un paciente que asiste a valoración neuropsicológica con un diagnóstico de meningitis por afectación viral de neumococo:

Se recibe un paciente que asiste a valoración por el área de neuropsicología con el fin de establecer el nivel de funcionamiento cognoscitivo y descartar problemas de neurodesarrollo. En su historia clínica se identifica un Paciente de género masculino, producto de un embarazo planeado de 32 semanas de gestación, catalogado como embarazo de alto riesgo, parto por cesárea, inducido por Pitocin según reportan los padres del menor, de igual forma refieren control por ginecología, sangrado al segundo mes de gestación y sospechas de alteraciones gestacionales al cuarto mes, posterior a esto se intensificaron los controles prenatales a cada 15 días, posterior al nacimiento recibió fototerapia e incubadora por 15 días según reporte de los padres, presento ictericia sin complicaciones aparentes, al cuarto mes presenta una meningitis por neumococo, con vomito expulsivo, cierre parcial del parpado y giro del globo ocular, de igual forma presento crisis tónico convulsivas tónico clónicas asociadas al parecer a la patología. Entre el cuarto y el quinto mes presenta una evolución satisfactoria, aunque se mantiene en observación por la presencia de convulsiones de pico febril. A nivel de neurodesarrollo no se evidencian ningún signo de alteración en cuanto a sostén cefálico, gateo, bipedestación, lenguaje y psicomotricidad. Por otra parte para la evaluación neuropsicológica se realizó la aplicación de las subpruebas de dígitos, Semejanzas, Figuras Incompletas, Vocabulario, Búsqueda de Símbolos, Matrices y Cubos de la escala de inteligencia para niños WISC IV; Prueba de la figura compleja de Rey y Osterrieth; Trail Making Test Formas A y B, Teste de Aprendizaje Verbal de California, Test de Colores y Palabras Stroop y el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin generando los siguiente resultados





Tabla 1. Resultados de la escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC IV*

ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS WISC IV

ESCALA VERBAL			ESCALA MANIPULATIVA		
	P. ESCALAR	MEDIA		P. ESCALAR	MEDIA
		A			
Dígitos	6	10 +/-3	Matrices	11	10 +/-3
Semejanzas	9	10 +/-3	Figuras Incompletas	11	10 +/-3
Vocabulario	7	10 +/-3	Cubos	14	10 +/-3
			Búsqueda de Símbolos	9	10 +/-3

*Creado por el autor

Tabla 2. Resultados de la figura compleja de Rey*

FIGURA COMPLEJA DE REY	P. DIRECTA	PERCENTIL	TIEMPO	PERCENTIL
COPIA	35	99	3'45''	75
RECOBRO	32	99	5'42''	N/A

*Creado por el autor

Tabla 3. Resultados del Trail Making Test*

TMT	PD 25 +/-2	DEFICIENTE	TIEMPO	DEFICIENTE
FORMA A	25	>1-2	41''	>78''
FORMA B	16	>1-2	100''	>273''

*Creado por el autor





Tabla 4. Resultados Test de colores y palabras STROOP*

STROOP	PD	PT
P	131	56
C	80	50
PC	51	50
$\frac{P \times C}{P+C} = PC1$	49.66	
PC-PC1=INTERF	1.34	48

*Creado por el autor

Tabla 5. Resultados Test de aprendizaje verbal de california (C.V.L.T) *

ENSAYO	Correctas	Persever.	Intrusio.	A. Sem.	A. ser.
1	3	0	1	0	1
2	6	0	0	2	0
3	8	2	1	2	1
4	9	0	1	3	1
5	10	0	0	1	2
TOTAL	45%	2	3	8	5
LISTA B	5	0	0	0	0
M CP s/c	9	0	0	2	0
M CP c/c	9	0	2		
M LP s/c	9	0	0	2	0
M LP c/c	11	0	1		
Recono.	15				
TOTAL		2	6	12	5

*Creado por el autor

Tabla 6. Resultados asociación serial / listado de recobro inmediato*

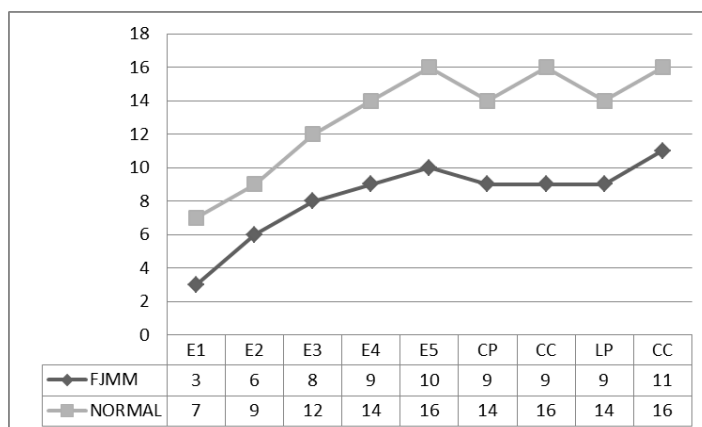
POSICION	CORRECTAS	%
PRIMACIA	17	60
MEDIA	29	51
RECENCIA	8	28

*Creado por el autor





Tabla 7. Resultados curva de memoria*



*Creado por el autor

Tabla 8. Resultados Wisconsin card sorting test*

WISCONSIN CARD SORTING TEST

DIMENSIONES	PUNTA CION DIRECTA	PUNTA CION TIPICA	PUNTA CION T	PUNTA CION CENTIL
			50 +/- 10	>16
		100 +/- 15		
N° DE INTENTOS APLICADOS	118			
RESPUESTAS CORRECTAS	74			
N° TOTAL DE ERRORES	44	89	43	23
PORCENTAJE DE ERRORES	37	88	42	21
RESPUESTAS PERSEVERATIVAS	21	90	43	25
PORCENTAJE RESPUESTAS PERSEVERATIVAS	18	93	45	32
ERRORES PERSEVERATIVOS	19	93	45	32
PORCENTAJE ERRORES PERSEVERATIVOS	16	93	45	32





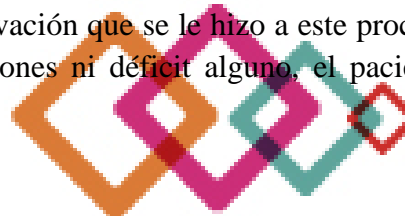
ERRORES NO PERSEVERATIVOS	24	87	41	19
PORCENTAJE ERRORES NO PERSEVERATIVOS	20	86	41	18
RESPUESTAS DE NIVEL CONCEPTUAL	0			
PORCENTAJE RESPUESTAS DE NIVEL CONCEPTUAL	0	57	21	<1
N° DE CATEGORIAS COMPLETAS	6			>16
INTENTOS PARA COMPLETAR LA PRIMERA CATEGORIA	11			>16
FALLOS PARA MANTENER LA ACTITUD	0			>16

*Creado por el autor

Estos Resultados sugieren que mediante la aplicación de las pruebas neuropsicológicas se detectaron algunas deficiencias en algunos niveles que el proceso cognitivo como tal implica, como por ejemplo la atención selectiva y dividida; se evidencia que tiene un buen seguimiento regular de los estímulos que se le presentan, por tanto se debe reorientar la tarea; adicionalmente, al parecer la interferencia no tiene un efecto negativo sobre este proceso cognitivo en el paciente, lo cual significa que la direccionalidad de este proceso no es tan clara y puede deberse más a factores anexos al proceso cognitivo; aun así es posible afirmar que la atención se encuentra levemente alterada. Por otra parte en cuanto a la memoria, en el paciente se encuentran algunas dificultades cuando la información que se le presenta tiene contenido tanto verbal y se evidencian ciertas fallas para poder recordar este tipo de información, ya que su curva de memoria no gana elementos significativamente con el pasar de los ensayos.

Particularmente su memoria de trabajo se encuentra afectada, lo cual es evidente en las puntuaciones de las pruebas, donde se evidencia que pierde la información y estímulo que maneja para poder dar respuesta a las tareas que se le solicitan para evaluar este componente de la memoria. En lo concerniente a la memoria a largo plazo se puede evidenciar que dependiendo el tipo de elementos que se involucre esta se va a ver conservada o alterada dependiendo de la complejidad y extensión del estímulo, al igual que la cantidad de elementos que puede recordar no es tan extensa como se podría esperar para su nivel de neurodesarrollo.

Por otra parte en el lenguaje, Dentro de la observación que se le hizo a este proceso cognitivo superior como tal, no se evidencian alteraciones ni déficit alguno, el paciente





tiene un buen nivel semántico, fonológico y sintáctico en el proceso de lenguaje y no se presentan elementos significativos, que den muestra de algún signo o síntoma de alteración, al igual su capacidad de análisis verbal es coherente con edad de desarrollo.

El análisis más significativo está en el funcionamiento ejecutivo, donde, a pesar de que las puntuaciones lo ubican dentro de parámetros normales, aun siendo puntuaciones muy limítrofes, si se hace un análisis más de carácter clínico donde se evalué los signos clínicos que se evidencian en el desarrollo de las pruebas que miden este proceso cognitivo, se puede describir ciertos déficits en la flexibilidad mental del paciente, determinados por el número significativo de perseveraciones, de igual forma se puede afirmar que existe unas dificultades en la conceptualización del paciente, al igual que su ejecución y planeación.

Todo este análisis por procesos del paciente lleva a concluir que primero, se presentan leves alteraciones en su proceso atencional, y es evidente que no posee un buen seguimiento y mantenimiento atencional de los elementos y estímulos en las actividades realizadas, al igual que una posible baja en la velocidad de procesamiento de la información, segundo, a nivel mnémico se evidencian fallas en el recobro de la información cuando esta contiene material verbal, su memoria de trabajo presenta algunas fallas, lo cual le impiden un buen desarrollo de tareas que implican este proceso cognitivo como tal, y su curva de memoria no se potencia significativamente con el transcurso de los ensayos, tercero, en cuanto a la función del lenguaje y su nivel pragmático no se observaron alteraciones, y finalmente, el funcionamiento ejecutivo se encuentra alterado en cuanto a la flexibilidad mental, conceptualización, ejecución y planificación; lo cual la lleva a tener un desempeño inadecuado en tareas que implican en este tipo de procesos.

BIBLIOGRAFIA.

- Ardila, A. & Rosselli, M. (1992). Neuropsicología clínica. Medellín, Colombia: Prensa Creativa.
- Lopera F. (1992). Evaluación del desarrollo neurológico infantil. En Rosselli, M. & Ardila, A. (Eds.), Neuropsicología infantil: Avances en investigación, teoría y práctica. Medellín, Colombia: Prensa Creativa.
- Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. 2010. Neuropsicología del desarrollo infantil, Editorial manual modern.



HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DEL TERMINO “NIÑEZ”, DESDE EL ROL DEL PSICOPEDAGOGO”



Luz Janneth Romero Farfán
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
luzlla.romero@uptc.edu.co

RESUMEN

En la presente ponencia se busca reflexionar en torno a la conceptualización del término niñez y el Rol del Psicopedagogo teniendo en cuenta la concepción, que se ha tenido dentro del PLAN DE ESTUDIOS de la escuela de psicopedagogía con énfasis en asesoría educativa de la Facultad de Educación en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

La concepción, que se ha tenido en cuenta dentro del Plan de Estudios, de la Escuela de Psicopedagogía con Énfasis en Asesoría Educativa, de la Facultad de Educación Uptc, permite que desde el inicio de la carrera se haga posible para el profesional psicopedagogo, una fundamentación teórica y una reflexión crítica sobre la realidad socioeducativa, a partir de lo cual realiza una intervención psicopedagógica en contextos y realidades específicas que tengan que ver con su desempeño profesional.

La metodología utilizada para ello, consta de un trabajo por proyectos, a partir del desarrollo de núcleos temáticos lo cual se lleva a cabo teniendo en cuenta una pregunta generadora: ¿Qué condiciones sociales y educativas definen, promueven y potencian el desarrollo en niños, niñas y adolescentes?

Para lo anterior, se tienen en cuenta los procesos psicopedagógicos como el conjunto de prácticas, relaciones y saberes que acontecen entre los que participan en procesos educativos, escolarizados y no escolarizados, con la finalidad de construir conocimientos, clarificar valores y desarrollar competencias para la vida en común y la formación que debe asumir el Psicopedagogo desde diferentes poblaciones tales como la población infantil.

HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DEL TÉRMINO NIÑEZ

Conocer el desarrollo del ser humano desde sus primeras etapas, permite entender los procesos complejos que abordan los niños en sus primeros años de vida, y todos aquellos aspectos que el entorno sociocultural marca, en el desarrollo de su características y comportamientos posteriores tanto en la escuela como en los otros medios.

Somos un ente inacabado, dinámico, en constante cambio y construcción, en función de un contexto socio-cultural específico. Es importante entonces asumir nuevos retos para reflexionar con mayor profundidad acerca del desarrollo infantil ya que cada



niñez es singular, posee sus propias características y variantes individuales que dan el significado a la vida de los niños.

A partir de la identificación de las características, dimensiones, enfoques, etapas y perspectivas teóricas del desarrollo del niño durante la gestación, primera infancia e infancia media, el estudiante de psicopedagogía se constituirá en un agente dinamizador de los procesos educativos y del desarrollo, a través de la adecuación de ambientes educativos propicios que hagan posible una intervención psicopedagógica y una re-significación del ser y el hacer de un docente competente en el manejo de estos pequeños y en el conocimiento de aspectos básicos de su desarrollo y aprendizaje.

No hay ningún otro período en la vida de los seres humanos en que éstos aprendan y se desarrollen tan velozmente como en la niñez. La atención y el cuidado que reciben los niños y niñas durante los primeros años -y especialmente en los tres años iniciales- tienen una importancia fundamental e influyen en el resto de sus vidas.

Por lo anterior, es importante reflexionar sobre aspectos tales como ¿Cuál es nuestro concepto de niñez? ¿Con qué concepto trabajamos? ¿Cómo seguiremos construyendo el concepto de niñez en el futuro próximo?

Walter O. Kohan en su texto “Filosofía y niñez: Posibilidades de un encuentro”, dilucida algunos planteamientos filosóficos para poder entender el término: “Consideramos que llevar a cabo una filosofía de la niñez abarcaría, al menos, dos dimensiones. Una primera dimensión crítica, fundada en la necesidad de reconocer, comprender y cuestionar los valores, saberes y creencias que subyacen y sustentan la productividad social de la idea de “niñez”: cuáles son sus condiciones de posibilidad, cuáles son las prácticas en las que se despliega, cuál es su productividad y cuáles sus efectos en la vida social de nuestro tiempo. Una segunda dimensión creativa, en la cual se afirmasen, en torno de la idea de niñez, otros valores, saberes y creencias que los existentes” (1). Podría afirmarse entonces que algunos de los elementos que permiten pensar el concepto de infancia, serían las condiciones de vida, y las diferentes relaciones que la sociedad establece entre los primeros inicios de la infancia y los valores lo mismo que creencias existentes alrededor de la vida del infante.

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DE LA NIÑEZ

- **EL PECADO ORIGINAL:** Durante la edad media se consideraba que los niños nacían como seres diabólicos (egipcios, griegos y romanos). Meta de la crianza proporcionar la salvación eliminando los pecados de la vida del niño.
- **TABULA RASA:** Hacia finales del siglo XVII (John Locke). Los niños no son malos por naturaleza sino que son una página en blanco. Experiencias de la niñez ayudan a determinar características del adulto. Aconsejaba a los padres pasar la mayor parte del tiempo con sus hijos para convertirlos en miembros útiles para la sociedad.





- **BONDAD INNATA:** Siglo XVIII, Rousseau. Los niños son buenos por naturaleza. Por ser buenos debe permitírseles crecer en forma natural, con poca vigilancia o limitaciones por parte de los padres.
- **PERSPECTIVA OCCIDENTAL:** niñez periodo de la vida único, base importante para la adultez que es muy diferente de la niñez.

Además de lo anterior, es importante destacar que también las teorías actuales en su mayoría, identifican periodos en los que los niños dominan habilidades y tareas que los preparan para la adultez. Por esto y teniendo en cuenta el conocimiento de dichas teorías, debe valorarse y considerarse a la niñez, como una época especial de crecimiento y cambio, cuidando de su formación y educación.

EL ESTUDIO MODERNO DEL DESARROLLO DEL NIÑO: Algunas teorías desde las cuales se puede vislumbrar una nueva ciencia para el estudio de la niñez, pueden ser las siguientes:

- **Alfred Binet:** Inventó tareas para estudiar la atención y memoria. Creó la primera prueba de inteligencia hasta ahora conocida como la Prueba Binet.
- **G. Stanley Hall:** Utilizó por primera vez cuestionarios con grupos grandes de niños, con cuyas respuestas se pretendía conocer lo que el niño sentía y pensaba sobre sí mismo y sobre el mundo que lo rodeaba.
- **Arnold Gesell:** Observó de manera sistemática el comportamiento de los niños con el fin de conocer aspectos básicos de su desarrollo y saber cómo era su comportamiento dependiendo de su edad.
- **Sigmund Freud:** Con su Teoría psicoanalítica, propuso que los niños pocas veces están conscientes de los motivos y razones de su conducta, e igualmente dio a conocer el desarrollo del niño por etapas que hacen énfasis en su personalidad y socialización.
- **John Watson:** sus aportes permiten conocer la influencia del ambiente en la conducta de los niños y la influencia de la sociedad como elemento importante que convierte al niño en el adulto que será después.
- **Jean Piaget:** Determinó el estudio de los niños desde sus etapas de desarrollo, teniendo en cuenta procesos mentales y su desarrollo mental.

Los elementos anteriores, permiten entonces una reflexión sobre las particularidades de los niños y niñas en primera infancia, sus intereses, sus gustos, las relaciones consigo mismo y con los demás, sus formas de ser y estar en el mundo, de construirse y de construir, y pueden servir de guía para interrogar el sentido de la educación inicial, las prácticas pedagógicas y aquello que se les debe ofrecer en los jardines infantiles y colegios.





De otro lado “El ambiente psicosocial que rodea a los/as niños/as incide de forma significativa en su salud física y mental y su desarrollo integral. Si crecen rodeados/as de afecto, atención, cuidados, respeto y reconocimiento; se sentirán amados, aceptados y valorados, su comportamiento tenderá a ser más positivo y cooperativo, creerán más en sí mismos/as, se fomentará su autoestima, tolerarán mejor las frustraciones, afrontarán mejor las dificultades y problemas, desarrollarán mejor su autonomía y su identidad como personas” (2). Es decir, que deben desarrollarse algunos aspectos fundamentales para que los niños y niñas se desarrollen en un contexto de paz y armonía con quienes los rodean: expresar el afecto, una buena comunicación, respeto y aceptación, disciplina, asertividad en el manejo de conflictos, evitar las agresiones, protección contra cualquier forma de violencia.

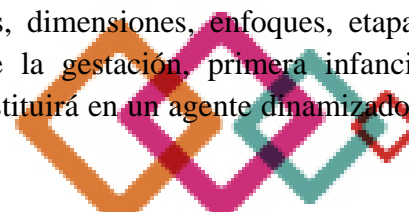
No hay ningún otro período en la vida de los seres humanos en que éstos aprendan y se desarrollen tan velozmente como en la niñez. La atención y el cuidado que reciben los niños y niñas durante los primeros años de vida -y especialmente en los tres años iniciales- tienen una importancia fundamental e influyen en el resto de sus vidas.

Por las razones anteriores, vale la pena destacar, que dentro del proceso de formación del psicopedagogo, es indispensable proporcionar la oportunidad de vivenciar conocimientos teóricos, con experiencias propias de la realidad educativa dentro de la cual se desempeñará profesionalmente; es decir que el futuro docente comprenda que la teoría y la práctica carecen de sentido la una sin la otra.

El rol del Psicopedagogo entonces, se convierte en elemento de imperioso análisis y reflexión, en razón de los cambios que se vienen dando en la naturaleza, praxis y extensión del conocimiento, en la presencia y disponibilidad de nuevas tecnologías como también en las características y exigencias de la sociedad. Igualmente debe estar ligado a la investigación, ya que esta última es el elemento esencial a través del cual se ejercita e incorpora el conocimiento desde dentro y fuera del ámbito educativo en el que se desempeñará; además los niños son una población muy vulnerable, y Colombia desafortunadamente los tiene muy desprotegidos; organismos Internacionales claman por un trabajo mancomunado entre gobiernos, entidades educativas y padres de familia, y la sociedad en general, de manera que esta realidad vaya cambiando para que ocupen en la sociedad e/lugar que se merecen, y de esta manera los países subdesarrollados puedan tener un futuro mejor.

Conocer el desarrollo del ser humano en sus primeras etapas, podrá ayudar al futuro profesional de la Psicopedagogía, a entender los procesos complejos que los niños sufren en los primeros años de vida y todos aquellos aspectos que el entorno sociocultural marca, en el desarrollo de las características y comportamientos posteriores tanto en la escuela como en los otros medios.

A partir de la identificación de las características, dimensiones, enfoques, etapas y perspectivas teóricas del desarrollo del niño durante la gestación, primera infancia e infancia media, el estudiante de psicopedagogía se constituirá en un agente dinamizador de





los procesos educativos y del desarrollo, a través de la adecuación de ambientes educativos propicios que hagan posible una intervención psicopedagógica y una resignificación del ser y el hacer de un docente competente en el manejo de la población infantil.

EL ROL DEL PSICOPEDAGOGO: Tomando entonces como referente los planteamientos anteriores, los ámbitos de intervención psicopedagógica relativos a la infancia, serían aquellos que estarían compuestos por un componente contextual como la familia y el entorno social; y un componente personal desde ámbitos tales como: Análisis, valoración y diagnóstico. Planificación y programación de la intervención. Seguimiento y evaluación de la intervención. Orientación y asesoramiento.

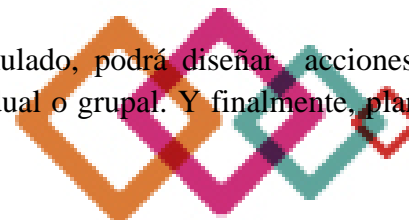
Sin embargo, el desarrollo de esas funciones no ha de ser consideradas como exclusivas del psicopedagogo. Antes al contrario, el psicopedagogo habrá de trabajar en equipos interdisciplinarios donde podrá haber pedagogos, psicólogos, educadores sociales y también, trabajadores sociales.

Se analizarán a continuación las funciones del psicopedagogo en cada uno de los ámbitos de intervención, para lo cual, se tendrán en cuenta aportes de autores tales como (Guasch y Ponce, 2002) Montserrat Guasch Garcia; Carmen Ponce Alifonso 2002.

- A. Análisis valoración y diagnóstico En el ámbito familiar: en éste aspecto se pueden tener en cuenta elementos de análisis tales como: valoración de las características del entorno familiar; Identificación de los posibles factores de riesgo y de los posibles factores de protección; Formulación del diagnóstico.
- B. En el ámbito individual o personal y social: aquí se podrían analizar aspectos como: Análisis y valoración de aspectos actitudinales relativos a la situación del infante; Análisis y valoración de aspectos cognitivos, especialmente la detección de posibles déficits cognitivos; Análisis y valoración de otros aspectos como el autoconcepto, la autoestima y el nivel de habilidades sociales; Análisis y valoración de los aspectos relacionales, en el seno de la familia, en la escuela y en el grupo de iguales; Análisis y valoración de su nivel de adaptación y rendimiento escolar; Identificación de los posibles factores de riesgo y de los posibles factores de protección; Formulación del diagnóstico .

Una vez analizados y valorados todos estos aspectos, el psicopedagogo podría formular un diagnóstico de la realidad. En algunos casos, según los casos presentados y los aspectos que presenten mayor demanda. Por ejemplo habrá algunos casos en donde deba analizarse prioritariamente el entorno familiar y social; en otros casos el aspecto familiar. Sea el aspecto encontrado para ser objeto de análisis, es importante que el diagnóstico, permita formular alternativas de solución, de acuerdo con la situación en la cual el profesional decidirá la necesidad o no-necesidad de la intervención.

A partir de las demandas y del diagnóstico formulado, podrá diseñar acciones de intervención que pueden desarrollarse en forma individual o grupal. Y finalmente, planear





un proceso de orientación, dirigido a los sujetos de intervención; en este caso a la población infantil.

Finalmente, y tomando en cuenta lo expuesto hasta aquí, es necesario pensar que los niños, son seres inacabados, dinámicos, en constante cambio y construcción, en función de un contexto socio-cultural específico. Por ello, es importante que los profesionales de la educación y particularmente el Psicopedagogo, deba estar preparado para reflexionar con mayor profundidad acerca del desarrollo infantil ya que cada niñez es singular, posee sus propias características, variantes individuales que dan el significado de la vida de los niños.



DEPRESION EN EMPLEADOS DE GÉNERO MASCULINO DE LA UNIVERSIDAD DE BOYACA



Nubia Álvarez Vargas

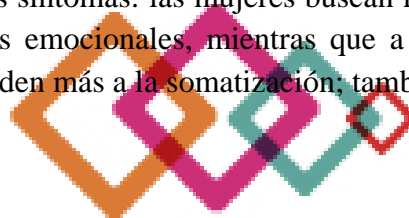
nyalvarez@uniboyaca.edu.co

Ángela Paola Ochoa

angochoa@uniboyaca.edu.co

La salud mental es una de las preocupaciones que atañen a todos los profesionales es por esto que se ha intentado conocer y establecer las características de la misma, y de esta manera realizar procesos que contribuyan en potencializar las habilidades que posibiliten el afrontamiento de las situaciones que pueden llegar a generar estrés desencadenando otro tipo de trastornos como la depresión que se manifiesta por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; esta puede llegar a ser crónica o recurrente minimizando la capacidad para afrontar la vida diaria definición establecida por American Psychiatric Association (DSM-IV-TR). La Organización Mundial de la Salud, (2012) menciona que este trastorno afecta a unas 350 millones de personas y puede convertirse en un problema de salud, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave; alterando actividades laborales, escolares y familiares. Los estudios realizados en torno a esta problemática dan explicaciones frente a las causas asociadas a dicha enfermedad mientras que otros generan comparaciones en cuanto a aspectos sociodemográficos como sexo, edad, factores psicosociales y familiares entre otros aspectos; sin embargo surge el interés por estudiar aspectos de este trastorno específicamente a la población masculina, basado en los resultados de ciertos estudios que concluyen que los varones han aumentado el riesgo de padecer depresión y más si se tiene en cuenta que aunque las diferencias sintomatológicas con las mujeres son específicas no se ha generado concretamente la etiología de la depresión en este tipo de población dificultando así establecer un diagnóstico acertado y tratamientos adecuados.

Al parecer autores como Franchi (2001) menciona que los casos de depresión en hombres al parecer no son diagnosticados acertadamente debido a que ciertas pautas culturales dadas su entorno social los llevan a negar o evitar la situación que les produce algún síntoma depresivo, buscando otras alternativas de evitación como el consumo de sustancias psicoactivas entre otras actividades que se caracterizan por dar un manejo quizás inadecuado del síntoma. Por otra parte Machado (2013) señala que los hombres como las mujeres pueden desarrollar síntomas de depresión, pero lo experimentan de diversas maneras mostrando diferencias a la hora de expresar sus síntomas: las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales, mientras que a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización; también



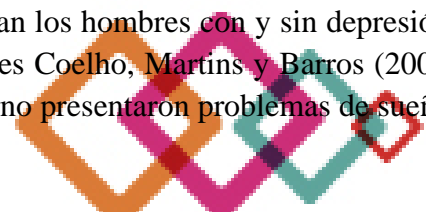


frecuentemente tienen un problema de abuso de sustancias que a veces enmascara el cuadro depresivo lo que trae como consecuencia que en muchas ocasiones no se realiza el diagnóstico de depresión. De igual forma la revisión literaria permite dar cuenta de algunos aspectos a nivel sociocultural y en lo cual convergen en el mismo punto diversos estudios y se trata precisamente de la forma como se les enseña a los hombres a no expresar libremente lo que sienten o las emociones que presentan, la sociedad espera que el hombre oculte aquello que le genera sufrimiento o angustia incluso se observa que es la familia la precursora de esta problemática. Guerrero et. al (2006).

Por tanto los hombres presentan más tendencia que las mujeres a evadir las situaciones que les causan estrés o frustración a través del consumo del alcohol o las drogas, cuando esto ocurre pueden sentirse desalentados, irritables, enojados y algunas veces ofensivos (Alonso 2013); así mismo Ortiz (2003) explica que otro de los elementos que influye es el contexto en el que se desarrollan algunas actividades como es el caso del ámbito laboral lo que quizás le permite al hombre evitar hablar de sus síntomas; ya que puede generar en ellos emociones de temor y riesgo, afectando así las relaciones interpersonales en diferentes contextos. Generalmente la mujer tiene la ventaja de asumir antes y con mayor facilidad la importancia de su sufrimiento y por eso mismo acude a un especialista de manera casi inmediata a la aparición de los síntomas a diferencia de los hombres que tienden a negar sus emociones ya que culturalmente es una manifestación de debilidad.

En investigaciones como las de Arrivillaga, et. al (2003) se concluye que existen variables individuales que se relacionan con la depresión tales como los antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de alcohol, planeación y/o intento de suicidio, entendiéndose que se presentan diferentes vías que conducen a la depresión, como por ejemplo las mujeres que sufren de trastornos de ansiedad pre-existentes y los hombres experimentan más trastornos de externalización, como el alcoholismo, la personalidad antisocial y el uso indebido de drogas (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Para otros autores como Gómez (2003) la depresión y en general otros trastornos mentales están relacionados con el rol que se cumple al interior de la sociedad, para el hombre el hecho de dar a conocer los síntomas está sujeto a los sectores sociales y culturales, debido a que existe la expectativa de que si los hombres demuestran alguna emoción históricamente considerada como rasgo femenino podría entenderse como un signo de debilidad ya que todavía se espera que sean exitosos si se cumple con el rol primario como proveedores, siendo este quizás uno de los elementos que influyen en la no detección oportuna de la depresión; por tanto se hace importante conocer los factores de riesgo específicos al género masculino para facilitar la evaluación del trastorno; es por esto que se hace necesario analizar los síntomas que presentan los hombres con y sin depresión; dentro de los autores que tiene en cuenta este aspecto es Coelho, Martins y Barros (2002) mencionan que los hombres que manifiestan este trastorno presentaron problemas de sueño,





no obtuvieron algún logro académico y mostraron consumo de alcohol (Levola, Holopaine & Aalto, 2010 citado en Londoño & Álvarez, 2012); sin embargo es necesario profundizar en este aspecto para dar mayor especificidad a los síntomas.

Al parecer en la mayoría de los casos uno de los inconvenientes radica en la falta de solicitud de ayuda que impide su detección de la depresión para de esta manera crear planes de intervención, igualmente podría facilitar la prevención del suicidio ya que son más frecuentes las acciones suicidas efectivas en hombres y esto ha sido considerado un problema de salud pública en muchos países (Londoño & Álvarez, 2012). La revisión realizada acerca de la depresión en hombres ha favorecido en mayor medida el avance teórico y metodológico que ha tenido esta patología en la población masculina y más si se tiene en cuenta que actualmente muchos argumentos científicos consideran que se presenta un alto índice de comorbilidad con otros trastornos, así mismo el escaso diagnóstico en hombres y el deterioro a nivel psicológico que implica padecer la depresión debido quizás a la confusión que puede generar al no tener claridad en la sintomatología y etiología de la enfermedad en la población masculina, conductas como el abuso de sustancias e inclusive la forma de evidenciar el padecimiento o no de la patología; hace que se dificulte más reconocer la depresión en los hombres y todo lo que ello implica; por tanto es importante establecer y estructurar medidas preventivas a todo nivel, para facilitar la atención prioritaria y el diagnóstico adecuado que requiere dicha problemática o aquellas que estén relacionados con este. Pero no solo las explicaciones de esta problemática se centran en el reconocimiento de la enfermedad en la población masculina; sino en establecer las causas a corto y largo plazo que se pueden llegar a presentar y de lo cual han surgido innumerables estudios; aunque las causas precisas siguen siendo motivo de interés investigativo. Con frecuencia, una combinación de factores genéticos, cognoscitivos y ambientales causan la manifestación de un trastorno depresivo. Un evento traumático, la pérdida de un ser querido, una relación personal dificultosa, un problema financiero o cualquier cambio estresante en el patrón de vida, independientemente de que el cambio sea deseado o no deseado, puede provocar un episodio depresivo en las personas vulnerables. Los episodios posteriores de depresión pueden ocurrir sin una causa obvia (Díaz et al., 2003)

A partir de allí se ve la necesidad de contextualizar el estado actual de la problemática en Boyacá, según el diagnóstico de salud mental (2010) realizado por la Secretaria de Salud de Boyacá, la depresión se especifica como la segunda causa de morbilidad por demanda de servicios para trastorno mental en el departamento con un porcentaje de 7.70%, discriminando por sexos no se encontró en los hombres la depresión como una de las primeras diez causas de morbilidad para trastornos mentales, mientras que en las mujeres se encontró a la depresión como la 6 (3.10%) causa de morbilidad. Estas cifras reflejan no solo la situación actual del problema de depresión en el departamento; sino el vacío estadístico al no reconocer la problemática de la depresión en los hombres, más si se tiene en cuenta que es un fenómeno que va en aumento específicamente en esta población.





Por otra parte al ser la Universidad de Boyacá el foco contextual de la investigación resulta de vital importancia generar estudios que logren visualizar e intervenir de manera adecuada problemáticas como la depresión u otras relacionadas con aspectos en salud mental de los empleados para de esta manera tener información específica para establecer programas de promoción. Por estas razones es la población masculina la que se convierte en el centro de interés para la presente investigación, ya que esta población en especial puede llegar a ser vulnerable de padecer este tipo de patologías; para que al momento de intervenir lograr disminuir de manera significativa otro tipo de problemáticas como el suicidio, la ansiedad o el estrés. Del mismo modo se ve la importancia de generar este tipo de estudios que permitan determinar la existencia de depresión en los hombres inicialmente en los empleados de la Universidad de Boyacá; puesto que al reconocer la enfermedad como un problema atribuido exclusivamente a las mujeres olvidamos prestar atención a las manifestaciones de los hombres, lo que permitiría evitar que los hombres se perciban afectados, abatidos y ansiosos por padecer esta enfermedad. Además servirá como punto de partida para establecer adecuados diagnósticos y futuros tratamientos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los empleados. A partir de allí se brindará la posibilidad de crear espacios que permitan dar a conocer la existencia del trastorno a través de programas de promoción y prevención en todo el contexto Universitario en especial para el tipo de población estudiada.

Esta investigación se adscribe a la línea de emociones y salud, ello teniendo en cuenta que el abordaje del tema se demarca en el análisis de elementos que se relacionan con la salud mental y el abordaje de la emoción. Este estudio es de diseño no experimental de corte transversal, de enfoque cuantitativo y tipo descriptivo, ya que centra su interés en buscar especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice; además describe tendencias de un grupo o población (Sampieri, Collado & Baptista, 2010). La población foco de interés para la presente investigación son los hombres empleados de la Universidad de Boyacá más específicamente los docentes de tiempo completo y aquellos que pertenezcan al área administrativa de la Institución. Dichos participantes se seleccionaran mediante muestreo no probabilístico de manera intencional, pues la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación. Los instrumentos de recolección de la información a aplicar son: CDH (Cuestionario de depresión para hombres) y la ficha de información sociodemográfica; el primero pretende evaluar síntomas depresivos en hombres y el segundo permite recolectar información acerca de variables como la edad, antecedentes de enfermedad mental, ocupación, profesión, asistencia a profesionales en psiquiatría y psicología, entre otros. Hasta el momento se ha aplicado a 12 hombres. Los resultados parciales permitieron identificar que el 50% de los participantes no presenta depresión, el 42% depresión leve y un 8% con depresión moderada (no hay casos hasta el momento de depresión grave); la discusión y el análisis de los resultados se finalizarán al culminar con la fase de aplicación.





BIBLIOGRAFIA

- Agudel, D., Casadiegos, C. & Ortíz, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Bucaramanga – Colombia. International Journal of Psychological Research 2008. ISSN Vol. 1, No. 1, pp. 34 – 39.
- Alvarez, N. & Londoño, C. (2012). Diseño y validación de la escala de depresión para hombres en población bogotana.
- Alonso, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. Artículo de revisión Medwave 2013;13(3):e5651 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651. Disponible en www.mednet.net
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Washington, DC: Author, 2000 (Trad. Castellano, Barcelona: Masson, 2002).
- Arrivillaga (2003) citado en estupiñán, l. v. p., hernandez, y. a. s., & güichá-duitama, a. m. relación entre depresión y afrontamiento en estudiantes universitarios Uptc.
- Coelho, Martins y Barros (2002) citado por Alvarez, N. & Londoño, C. (2012). Diseño y validación de la escala de depresión para hombres en población bogotana.
- Díaz (2003) citado en Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortíz, D. L. S. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. International Journal of Psychological Research, 1(1), 34-39.
- Estudio de Salud Mental. (2003). Estadísticas, datos. Depresión en Colombia. Disponible en http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Franchi, S. (2001). La Depresión en el Hombre. Interdisciplinaria, vol. 18, núm. 2, 2001, pp. 135-154, Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines- Argentina
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Rondón, M., & Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población Colombiana. Panamá Salud Pública. 2004; 16(6):378–86. Recuperado en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23682.pdf>





Gomez, V. (2003). Relaciones del conflicto con el rol de género masculino y la actitud sexista con la violencia familiar, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de una muestra Bogotana de Hombres. *Suma Psicológica* 2003, Vol. 10. N°1. Universidad de los Andes, Colombia.

Guerrero, M. & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2006, Vol. 6, N° 1, pp. 7-21 Universidad de La Laguna, España.

Ley 1616 de Salud Mental (2013). Ley de Salud mental y Atención Integral. Disponible en <http://wsp.presidencia.gov.co>

Levola, Holopaine & Aalto, 2010 citado en Londoño & Álvarez (2012) Diseño y validación de la escala de depresión para hombres en población bogotana.

Machado, A. (2013). Depresion. Diferencias de genero. *Multimed* 2013; 17(2) JULIO-SEPTIEMBRE

Organización Mundial de la Salud. (2013). Datos y estadísticas: depresion. Disponible en <http://www.who.int/countries/col/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2012). Datos y estadísticas: depresion.

Ortiz, D. et. al. (2003). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *international Journal of Psychological Research* 2008. Vol. 1, No. 1, pp. 34 – 39- Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Bucaramanga – Colombia. Disponible en <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/viewArticle/411>

Piccinelli & Wilkinson, 2000 citado en Alvarez, N. & Londoño, C. (2012). Diseño y validación de la escala de depresión para hombres en población bogotana.

Sampieri, Collado & Baptista (2010). Metodología de la Investigacion. México: Editorial Mc Graw Hill.



RELACIÓN ENTRE EL SUICIDIO Y EL ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES DE BOYACÁ: UNA MIRADA PSICOSOCIAL



Mónica Patricia Pérez Prada

mpperez@uniboyaca.edu.co

Lizeth Cristina Martínez Baquero

lcmartinez@uniboyaca.edu.co

Mildred Alexandra Vianchá pinzón

mavianchaq@uniboyaca.edu.co

Bertha Lucia Avendaño Prieto

La muerte es uno de los fenómenos individuales que mayor impacto genera en el núcleo social de arraigo, la certeza de ausencia y la radicalidad de ésta han movilizadoinnumerables acciones de la humanidad para hacer frente a dicha situación. Entre sus principales manifestaciones se encuentra el suicidio, que es considerado la tercera causa de muerte en personas de 15 a 44 años de edad y un problema de salud pública internacional, a esto se añade que se ubica dentro de las diez principales causas de muerte general (OMS, 2001).

De acuerdo con los reportes estadísticos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Colombia, diariamente, seis personas deciden quitarse la vida y el grupo de edad con mayor número de intentos suicidas se ubica entre los 15 y 18 años. En Boyacá para el año 2010, se presentaron 90 suicidios que lo catalogaron como uno de los departamentos con mayor número de casos del país, convirtiéndose en la cifra más alta de la historia regional.

La conducta suicida de acuerdo con Micin y Bagladi, (2001) es definida dentro de un espectro de ideas, afectos y conductas que van desde los pensamientos de muerte hasta la consumación del acto suicida, sin embargo en el estudio del comportamiento suicida se proponen principalmente tres conceptos: ideación suicida, acto suicida y suicidio. La ideación suicida se identifica “cuando un sujeto persistentemente, piensa, planea, o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo” (Mingote, Jiménez, Osorio & Palomo, 2004; citado por Villalobos, 2009, p.24), en la literatura se identifican diferentes trabajos científicos que han enfocado su estudio en la ideación como un factor predictor o factor de riesgo del suicidio (Cabra O.L., Infante, D.C. & Sossa, F.N., 2010; Calvo, J., Sánchez, R. & Tejada, P., 2003; Cano, P., Gutiérrez, C & Nizama, M., 2009; Córdova, M. A., Cubillas, M. J. & Roman, R., 2011 & Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J.,Atuesta, J. & Suárez, M., 2008), sin embargo, el suicidio puede comenzar o no con la idea de perder la vida, es decir no todos los suicidios consumados han sido anteceditos por la ideación suicida, se pueden presentar de manera impulsiva (Kessler, Borges & Walters, 1999; González, Arana & Jimenez, 2008).





El acto suicida, es entendido por la OMS (2001) como la conducta autolesiva cuyo resultado no fue la muerte. En esta misma línea O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney & Silverman (1996) lo definen como una conducta potencialmente autolesiva con un resultado que no es la muerte aunque se evidencia que la persona tenía la intención de quitarse la vida.

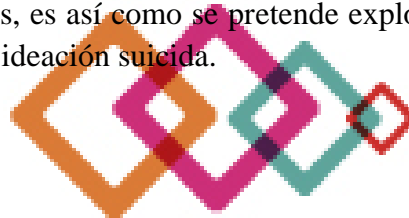
El suicidio es comprendido como el acto de infringirse daño a sí mismo ocasionándose la muerte. "Incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr" (Casullo 2004, Pág. 174).

Ante el panorama mundial y nacional diferentes investigaciones se han propuesto explicar la etiología de este fenómeno y concluyen que es el resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, sociales, culturales y ambientales (Caycedo et al., 2010). Hay que mencionar, además, que el abuso sexual ha sido una de las variables estudiadas como factor de riesgo, Heise, Pitanguy y Germain (1994) destacaron que las mujeres víctimas de abuso sexual infantil presentaban a largo plazo problemas como trastorno por estrés postraumático, depresión, ideación e intento suicida, así como insensibilidad emocional, disfunciones sexuales, dependencia del alcohol o de las drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja.

En esta misma línea González, Ramos, Vignau y Ramírez (2001), afirman que existe una asociación entre el abuso sexual, el acto y la ideación suicida, ya que las personas víctimas de este fenómeno intentaron suicidarse con más frecuencia y presentaban ideación suicida en mayor proporción. Conviene señalar que en el 2010 Cabra, Infante y Sossa realizaron una revisión de la literatura existente en diferentes bases de datos sobre los factores de riesgo para la conducta suicida y encontraron que el abuso sexual se relaciona con el suicidio adolescente.

En este estudio el abuso sexual se definió como todo acceso/acto/estimulación sexual en el cual una persona con suficiente experiencia ejerce contra un niño, niña o adolescente que se encuentra en desventaja frente a su agresor (Rodríguez, 2011). En Colombia el Instituto Nacional de Medicina Legal revela que el número de exámenes medico legales por presunto abuso sexual se incrementó en un 41.7% en el periodo comprendido entre 2005 y 2011, que corresponden en promedio a un 83% casos de mujeres y un 13% casos de hombres, además, es importante resaltar que estas cifras pertenecen solo a los casos que son denunciados (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2012)

De lo expuesto con anterioridad, se infiere que tanto el suicidio como el abuso sexual son problemáticas que afectan la salud mental y física de las personas que son víctimas de sus núcleos sociales y familiares, es por esto que se hace necesario su estudio para generar conocimientos que orienten acciones que mitiguen los efectos negativos de estos hechos sobre los seres humanos y las comunidades, es así como se pretende explorar la asociación que existe entre el abuso sexual y el acto e ideación suicida.





METODOLOGÍA

Tipo de investigación: La investigación se hace desde un enfoque social cuantitativo para describir o tratar de explicar los fenómenos que estudia (Briones, 1996).

Diseño: El diseño es descriptivo-correlacional multifactorial de corte transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Población: 85.444 (Según el Sistema de matrículas del Ministerio de educación nacional) jóvenes de los grados Octavo, Noveno, Décimo y Undécimo de instituciones educativas públicas de Tunja, Sogamoso y Duitama.

Muestra: Los participantes de la investigación se seleccionaron mediante muestreo probabilístico estratificado. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). La muestra estuvo conformada por 1292 sujetos; como criterio de inclusión se tuvo en cuenta la voluntad de participar en el estudio y la firma del consentimiento informado se excluyeron los jóvenes que no deseaban participar en el estudio, los que no pertenecían a dichas instituciones educativas, niños de primaria, niños de grado sexto y séptimo o estudiantes con discapacidad cognitiva severa.

Definición de variables

Ideación suicida

Acto suicida

Abuso sexual: Que se ha clasificado en abuso sexual por tocamientos: manoseos, caricias en los genitales, o alguna parte del cuerpo sin su consentimiento. Y abuso sexual por penetración.

Instrumentos

Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI).

Auto-reportes de abuso sexual y acto suicida.

RESULTADOS

Ideación Suicida y Abuso Sexual

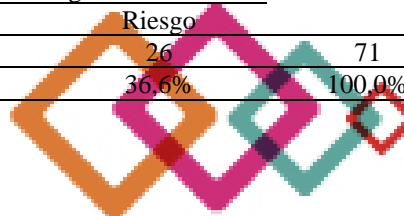
Las tablas de contingencia y las pruebas chi-cuadrado para la ideación suicida se realizaron teniendo en cuenta las dos formas de abuso sexual expuestas anteriormente.

Abuso sexual por tocamientos

La tabla 1 indica como el 36.6% de quienes tienen riesgo de ideación suicida han sido abusados sexualmente en modalidad tocamientos.

Tabla 1.
Contingencias entre Abuso sexual Tocamientos con Ideación suicida

	Abuso sexual Tocamientos	PANSI Negativo		Total
		sin riesgo	Riesgo	
SI	Recuento	45	26	71
	% dentro de Abuso Tocamientos	63,4%	36,6%	100,0%





Para considerar la correlación entre estas variables se realizó una prueba de chi cuadrado cuyos resultados se muestran en la tabla que sigue.

Tabla 2.

Pruebas de chi-cuadrado para abuso sexual tocamientos e ideación suicida

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,638 ^a	1	,000		

La prueba mostró un valor de chi de 18,638, una sig bilateral y unilateral menor de 0,05 (Tabla 2) mostrando una correlación positiva entre el abuso sexual de tipo tocamientos con la ideación suicida en los jóvenes participantes del estudio.

Abuso sexual por penetración

La Tabla 3 señala que el 52% de quienes han sufrido de este tipo de abuso sexual presentan riesgo de ideación suicida.

Tabla 3.

Contingencia entre abuso sexual penetración e ideación suicida

Abuso Sexual Penetración		PANSI Negativo		Total
		sin riesgo	riesgo	
SI	Recuento	12	13	25
	% dentro de Abuso penetración	48,0%	52,0%	100,0%

Los datos de la Tabla 4 presentan que el valor de la prueba Chi-cuadrado es de 20.694 superior a 0.38 punto de corte para considerar la correlación según el grado de libertad y el valor inferior a 0,05 de la sig bilateral, lo que permite concluir que existe una correlación positiva entre las dos variables.

Tabla 4.

Pruebas de chi-cuadrado Abuso sexual penetración e ideación suicida

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,694 ^a	1	,000		

Acto Suicida y abuso sexual

Las tablas de contingencia y las pruebas chi-cuadrado para el acto suicida se realizaron teniendo en cuenta las dos formas de abuso sexual contempladas para el desarrollo de la investigación

Abuso sexual por tocamientos

De los 200 sujetos que han intentado suicidarse 48 han sufrido abuso sexual por tocamientos y 22 estudiantes abusados no han intentado suicidarse (ver Tabla 5).





Tabla 5

Contingencia entre acto suicida y abuso sexual de tipo tocamientos

	TOCAMIENTOS		Total
	SI	NO	
SI HA INTENTADO SUICIDARSE	48	152	200

Para considerar la correlación existente, teniendo en cuenta el grado de libertad, se espera un valor de chi superior a 3,8 y una significancia bilateral inferior al 0,05. Los valores que se obtuvieron corresponden a 159,068 en chi-cuadrado y la significancia de 0,00 es decir, menor de 0,05 tanto bilateral como unilateral, muestra que existe una correlación fuerte entre Abuso sexual de tipo tocamientos y acto suicida (Tabla 6).

Tabla 6.

Pruebas de chi-cuadrado para acto suicida y abuso sexual por tocamientos

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	159,068 ^a	1	,000		

Abuso sexual por penetración

La tabla que sigue muestra las contingencias y valores de la prueba chi-cuadrado entre abuso sexual por penetración y el acto suicida.

Tabla 7.

Contingencias entre abuso sexual penetración y acto suicida

	ABUSO SEXUAL PENETRACION		Total
	SI	NO	
SI HA INTENTADO SUICIDARSE	25	175	200
NO HA INTENTADO SUICIDARSE	0	1083	1083
Total	25	1258	1283

Se observa que todos los sujetos que han sido víctimas de este tipo de abuso sexual (25) han intentado suicidarse, dato que llama la atención ya que evidencia la situación abuso sexual como un importante factor de riesgo frente al acto suicida.

Para considerar la correlación existente, teniendo en cuenta el grado de libertad, se espera un valor de chi superior a 3,8 y una significancia bilateral inferior al 0,05. Los valores que se obtuvieron corresponden a 138,065 en chi y la significancia de 0,00, es decir, menor de 0,05 tanto en bilateral como unilateral. Mostrando que existe una correlación entre Abuso sexual por penetración y acto suicida. Es importante resaltar que es la más alta correlación hallada en todo el estudio.

Tabla 8.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	138,065 ^a	1	,000		





DISCUSION

Se afirma que el intento de suicidio se ha constituido como el predictor más potente para el suicidio consumado, pues una persona que lo ha intentado tiene mayor probabilidad de volver a intentarlo (Cabra, Infante & Sossa, 2010).

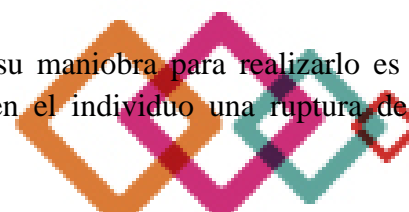
Este estudio señala que el 15.5% de los participantes (198 estudiantes) han intentado suicidarse y sus edades oscilan entre los 14 y los 17 años, a este respecto se encuentran autores como Rueda, Rangel, Castro y Camacho (2010); Ventura, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib (2010) quienes plantean que el intento suicida es común en la población adolescente y que su incidencia aumenta en la adolescencia media.

Por otro lado, en la literatura se ha identificado que la variable género es una de las mejores predictores del intento suicida, para el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis, 2012) las mujeres en Colombia intentan suicidarse con mayor frecuencia, pero son los hombres los que mayor número de suicidios consumados reportan, información que coincide con lo encontrado: el 60.1% de las personas que han intentado suicidarse corresponden al sexo femenino y el 39.9 % restante pertenece al sexo masculino. En este sentido, Tucsca y Navarro (2003) identificaron que el 54.1% de intentos de suicidio reportados por medicina legal en la ciudad de Barranquilla (Colombia) corresponde a mujeres; de la misma manera Rueda, Rangel, Castro y Camacho (2010); Cabra, Infante y Sossa (2010); González, Ramos, Vignau, y Ramírez (2001), afirman que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres adolescentes que en adultas, y que es mayor el número de mujeres adolescentes que consultan por suicidabilidad que las mujeres adultas.

La ideación suicida ha sido una variable ampliamente estudiada como predictor y factor de riesgo ante la conducta suicida, se determinó que 226 personas (17.6%) de la población estudiada presentan ideación suicida; esta información es coherente con la literatura científica a nivel internacional la cual registra que entre el 11% y 49% de la población escolar presenta esta condición (Centers for Disease Control, citado por Carvajal & Caro, 2011). Asimismo, el estudio comprobó más frecuencia de ideación suicida en las mujeres como lo muestra la literatura publicada sobre este tema (Amezquita, González & Zuluaga, 2008; Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002).

Preocupa que la conducta suicida sea más frecuente en grupos de edad cada vez menores, estos resultados ponen de manifiesto que el grupo en el cual se encontró mayor frecuencia de ideación suicida (64.1%) fue el comprendido entre los 15 y los 17 años, esto ha sido corroborado con resultados similares: Amezquita, González y Zuluaga (2008) identificaron este mismo rango de edad en una población de adolescentes escolarizados en Manizales. En Chile, Ventura, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib (2010) identificaron que los 15 años fue la edad donde más se presentó la ideación suicida en un grupo de adolescentes, asimismo Sánchez, Cáceres, y Gómez (2002) también identifican este grupo de edad.

Por otro lado, el abuso sexual sea cual fuera su maniobra para realizarlo es una violación al cuerpo y la confianza, proporcionando en el individuo una ruptura de los





límites personales, sociales, emocionales y sexuales que provocan grandes heridas y que dejan cicatrices a nivel físico, emocional, social, espiritual y psicológico.

Sin embargo, el abuso sexual en niños, adolescentes y adultos es más común de lo que se piensa, estudios han evidenciado que una de cada cuatro niñas y uno de cada ocho niños serán sexualmente agredidos antes de cumplir los 16 años, conviene subrayar que en el 90% de los casos el agresor es un hombre y más del 80% es un conocido (Escamilla 2005).

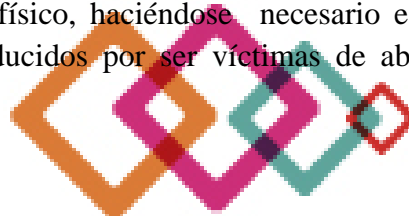
En Colombia en el caso particular de la violencia sexual, el 86% de los exámenes médicos legales se realizan a menores de 18 años donde la población más afectada son las niñas entre los 10 y los 14 años (Instituto de Bienestar Familiar, 2012), dicha información es confirmada por los resultados de este estudio en el cual se identifica mayor número de víctimas de abuso sexual por penetración y tocamientos en la población femenina comprendida entre los 14 y 17 años.

Uno de los hallazgos más preocupantes de esta investigación es que todas las personas que fueron víctimas de abuso sexual por penetración han tenido intento de suicidio, sin embargo solo el 48% de las víctimas presentan ideación suicida, lo cual invita a los interesados en el estudio de los factores de riesgo del suicidio a considerar la correlación entre abuso sexual y suicidio para emprender acciones preventivas que involucren estas dos variables.

Casullo (2004) reveló que entre el 6% y 13% de los jóvenes entrevistados informaron que intentaron quitarse la vida por lo menos una vez, siendo todos ellos víctimas de violaciones sexuales. Se hace evidente que las mujeres son las personas más vulnerables a este fenómeno, pero resulta preocupante que el porcentaje de sujetos que reportaron abuso sexual en esta investigación es superior a los datos que presentan en otras investigaciones como la de Chávez et al. (2009).

Con respecto a la correlación encontrada entre acto suicida y abuso sexual la literatura científica afirma que los eventos estresantes con el abuso sexual se ha constituido como un factor de riesgo para el suicidio, esta investigación concluye que el abuso sexual por penetración y tocamientos está fuertemente relacionado con la conducta suicida, es decir, tanto con el acto como con la ideación, situación que debe ser tomada en cuenta para diseñar programas y políticas para prevenir y mitigar la problemática del suicidio en el departamento. De la misma manera, los resultados de este estudio deben encender las alarmas de las autoridades y las instituciones frente al fenómeno del abuso sexual, ya que como se mencionó anteriormente el porcentaje hallado de víctimas de este flagelo es superior al de otras poblaciones.

Coohey (2010) señala que durante la adolescencia temprana se pueden presentar problemas como consecuencia del abuso sexual en los niños y en las niñas, en primer lugar, los niños pueden sufrir problemas de conducta a corto y mediano plazo, mientras que las niñas a futuro pueden sufrir trastornos psicológico o físico, haciéndose necesario estar atentos a cualquier signo para mitigar los daños producidos por ser víctimas de abuso sexual.





La adolescencia es un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual; apoyándose de los recursos psicológicos y sociales obtenidos en su crecimiento previo, lo que les facilita generar el proceso que implican recuperar para sí las funciones que les permite elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia (Krauskopf, 1999).

BIBLIOGRAFIA

Amezquita, M., González, R. & Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de la depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10°, 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 143 – 153.

Cabra O.L., Infante, D.C. & Sossa, F.N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*. 13(2), 28-35.

Calvo, J., Sánchez, R. & Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Salud Pública*, 5 (2), 123-143.

Carvajal, G. & Caro, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá. 2009. *Colombia Médica*. 42(29), 45 - 56.

Casullo, M. M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: Una urgencia social. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / XII Anuario de Investigaciones. 173-182. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf>

Caycedo, A., Arenas, M.L., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G. & Guzmán, Y.R. (2010). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá–2009. *Persona y Bioética*, 14 (2), 105-113.

Córdova, M. A., Cubillas, M. J. & Roman, R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 21-32.

González, C., Arana, D. & Jiménez, J. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental, *Salud Mental*, 31 (1), 23-27.





González, C., Ramos, L., Vignau, L. & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados a malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.

HEISE, L., PITANGUY, J. & GERMAIN, A. (1994). *Violencia Contra la Mujer: La Carga Oculta Sobre la Salud*. Organización Panamericana de la Salud: Washington
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2012). *Revista SUIN, Sistema Único de información de la niñez*. 1

Instituto de Bienestar Familiar. (2012). *Observatorio del Bienestar de la Niñez, Protegiendo a la niñez de la Violencia sexual*. Recuperado de: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Observatorio/publicaciones>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2008). *Informe Forensis, Datos para la vida*. Recuperado de: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=80:forensis-2008&catid=19:forensis&Itemid=154 el 17 de enero 2012

Instituto nacional de medicina legal y ciencias Forenses (2010). *Informe Forensis, Datos para la vida, Datos para la vida*. Recuperado de: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=457:forensis-2010&catid=19:forensis&Itemid=154 el 17 de enero de 2012.

Instituto nacional de medicina legal y ciencias Forenses. (2011). *Informe Forensis, Datos para la vida., Datos para la vida*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/estadisticas/forensis/193-forensis-2011> el 17 de enero de 2012.

Kessler, R., Borges, G. & Walters, E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 61-26.

Micin, S., y Bagladi, V. (2011). *Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil*. *Terapia Psicológica* 29(1), 53-64.

O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B. & Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 26, 237 – 252. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x/abstract>





Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>

Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J. & Suárez, M. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. Revista de Salud Pública, (3) 374-385.

Rueda, G., Rangel, A., Castro, V. & Camacho, P. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39(4), 683-692.

Tuesca, R. & Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte, 17, 19-28.

Ventura, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. & Garib. (2010). Vigía de los derechos de la niñez y la adolescencia mexicana (2006). La adolescencia. México.

Villalobos, F. H. (2009). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación suicida positiva y negativa – PANSI, en estudiantes colombianos. Universitas psychology. 9(2), 509-520. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/243>



REPRESENTACIONES SOCIALES DE PROYECTO DE VIDA “UNA REALIDAD QUE DEBE SER CONSTRUIDA DESDE LA ESCUELA”



Luis Alberto Mongui
Universidad Santo Tomas
luiamong75@gmail.com

RESUMEN

La Investigación realiza un acercamiento a las representaciones sociales que tiene los jóvenes de la Institución Educativa Jorge Eliecer Gaitán del municipio de Tota sobre su proyecto de vida, encaminada a entender cómo lo construyen y representan y que tan significativo es el aporte de la escuela en este proceso.

Para lograr tal fin se establece como objetivo central de la investigación: Comprender las relaciones posibles entre las experiencias escolares y las representaciones sociales sobre el proyecto de vida de los estudiantes de la institución Jorge Eliecer Gaitán del municipio de Tota, con el fin de proponer un diseño curricular en esta área.

Su realización está justificada en dos aspectos fundamentales, la necesidad de la escuela en procesos reales de proyecto de vida y la ley 1620 (Convivencia Escolar) la cual tiene este componente como eje fundamental y transversal en la formación de los jóvenes.

Se recurre al método narrativo con apoyo del enfoque hermenéutico, ya que hace un recorrido por historias de vida de los estudiantes, documentos elaborados por ellos y entrevistas con docentes; todo se enmarca en una perspectiva cualitativa.

Los resultados parciales están dados por las representaciones en cuanto a proyecto de vida en las diferentes esferas del individuo (familia, sociedad, emocional, cultural) y cómo influyen significativamente en este proceso. Representan la escuela como la institución que puede generar procesos de formación y transformación, que posibilita la realización (proyección futura) en cuanto a las esferas mencionadas, sin embargo, no es claro el rol que esta desempeña en cuanto a ello y en varios aspectos no hay coherencia con procesos reales y contextualizados.

REFERENCIAS

Abric, J. C. (2001). *Filosofía y cultura contemporánea*. (J. Dacosta, & F. Fatima, Trads.) Mexico: Ediciones Coyoacán S.A. de C.V.

CASTILLO, E. (s.f.). *LO CIENTIFICA DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA: Viejos Dilemas, Nuevas posturas*.





Hernández, O. D. (1999). Investigación y desarrollo de proyecto de vida reflexivo-creativos. Revista Cubana de Psicología, XVI(1), 31-38.

Hernandez, O. D. (2001). Sociedad y educación para el desarrollo humano. Habana, Cuba: Publicaciones Acuario.

Hernández, O. D. (2002). Ética y sociedad. La Habana: Félix Varela.

Mora, M. (2002). La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital.

Moscovici, S. (01 de Mayo de 2002). IEP - Instituto de Estudios Peruanos. Recuperado el 21 de abril de 2013, de IEP - Instituto de Estudios Peruanos: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/tallmosc.pdf>

Vasilachis, I. (2006). ESTRATEGIAS DE INVESTIGACION CUALITATIVA. Barcelona: Gedisa.

Velasco, A. (Julio de 2000). <http://www.redalyc.org>. Theorethikos, III(3), 1-30.



PROTOCOLO MINIMO PARA PROGRAMAS DE INTERVENCION EN NIÑOS Y NIÑAS CON TGD.



Oscar A. Erazo Santander
Fundación Universitaria de Popayán

RESUMEN

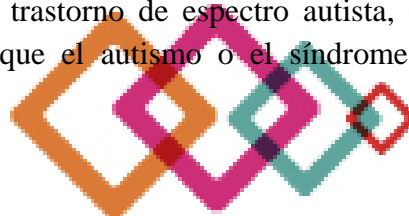
Protocolo mínimo para programas de intervención en niños y niñas con TGD, es un escrito, que busca abrir el espacio académico, sobre los planteamientos, generalidades y estructuras, mínimas, que debe tener un protocolo de intervención. Se inicia con una descripción histórica sobre el desarrollo del trastorno, pasando por las propuestas de comprensión e intervención del modelo psicodinámico, farmacológico, sensorial y terminando con el modelo comportamental – aprendizaje y clínico social. Al final se integran diferentes variables sobre la intervención y se estructura un programa con cinco fases a desarrollar.

Palabras Clave: trastornos generales del desarrollo.

LOS TRASTORNOS GENERALES DEL DESARROLLO.

Los TGD, son una clasificación que integra trastornos como el autismo, el síndrome de asperger, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de rett y el trastorno autista no especificado. Su origen se derivan de los estudios del doctor Kanner, en 1943 y que un año después fue validado por el doctor Asperger. El desarrollo descriptivo del síndrome llevo a que en 1980, fuera reconocido por la APA y ser integrado en la clasificación del DSMIII, similar consideración se tendría en 1990 con el manual de clasificación de la Organización Mundial de la Salud, OMS en el CIE10 y su inscripción ha continuado en el DSMIV de 1994. A pesar que el trastorno ha sido descrito hace más de 60 años, su origen a un no tiene claridad y su ambigüedad científica ha llevado al desarrollo de múltiples análisis y formas de intervención de tipo metafísico.

Sin embargo el desarrollo de la ciencia del autismo, ha creado un movimiento interesado por el problema, promoviendo continuas investigaciones y llevando a conclusiones como son la inscripción de un problema de naturaleza neurológica, y su caracterización con trastornos en inflexibilidad mental y conductual, relaciones sociales y la comunicación y el lenguaje. Pero también en iniciar a descifrar la mente del autista, encontrando características como el desarrollo de la inteligencia visual, nuevas formas de comunicación, hipersensibilidad estimulativa, temor y estrés al cambio o la flexibilidad conductual, entre otras. Además de la inscripción del trastorno de espectro autista, que desde la epidemiología es tres veces más frecuente que el autismo o el síndrome de asperger.



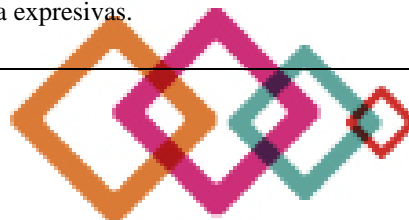


Los cambios conceptuales han modificado la comprensión sobre el fenómeno, pasando de diagnósticos, como idiotez, trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, esquizofrenia infantil, entre otros. Ha evolucionar en cambios comprensivos con tres estructuras conceptuales, como son: 1) concepto de enfermedad, desarrollo y aprendizaje, 2) modificación de compresión de paciente imposibilitado y con desarrollo activo de funciones psicoafectivas y psicosexuales y 3) acción del aprendizaje con riqueza estimulativa.

Al inicio el autismo fue tratado con propuestas psicodinámicas que planteaban un origen de tipo afectivo, generando intervenciones de restablecimiento en la relación entre padres e hijos el desarrollo científico lo ha nombrado de naturaleza neurológica y cognitiva. Actualmente se maneja con programas de tipo farmacológico, que más que intervenir, buscan controlar la comorbilidad, en problemas de conducta, hiperactividad u otras, con la utilización de medicamentos como antidepresivos, anticonvulsivos, y antipsicóticos, en las dos últimas décadas, se ha visto un cambio al integrar la acción psicológica y planteándose modelos de intervención psicofarmacológica. También están los neurosensoriales, como los programas de musicoterapia, integración sensorial, zoo terapia, (equino terapia y terapia con delfines). Pero hace más de 40 años, en la universidad de UCLA, el doctor Loovas, ha venido desarrollando un programas para pacientes con autismo, de amplia eficacia, generalización y mantenimiento, en sí, es un programa que hace uso de los principios de la psicología experimental, y el desarrollo del concepto del aprendizaje y el condicionamiento operante planteado por Skinner, que después busco desarrollarse en formas de comprender problemas de condición humana y social, desarrollándose programas como el de modificación de la conducta y el del análisis conductual aplicado. Este planteamiento ha llevado a una nueva comprensión, centrada en principios de tipo clínico – social y a no enfrascarse en el problema si no en la recursividad del paciente y la acción terapéutica, similares programas se han llevado en los Estados Unidos, como es el programa Teacch y el Pcp. A manera general, nos atrevemos a colocar las conclusiones del grupo de estudios e investigación del trastorno de espectro autista de la institución Carlos III, el cual a través de meta análisis, logro identificar condiciones de confiabilidad y validez de los tratamientos así:

Valoración de tratamientos, (Fuentes – Biggie y Otros, 2006, citado en Garcia, A. 2008, pp. 81).

Sin evidencia y no recomendados:	Evidencia débil y solo recomendados en estudios experimentales.
-Doman- Delacato.	-integración auditiva.
-Comunicación facilitada. -Terapia psicodinámica.	-psicoterapia expresivas.





-secretina – terapia antimicótica.

-integración sensorial.

-tratamiento con quelantes.

-vitaminas y suplementos dietéticos.

-inmunoterapia. -terapia sacrocraneal.

-dietas sin gluten/caseína.

-terapias asistidas con animales.

Evidencia débil, aunque recomendados:

Evidencia de eficacia y recomendados.

-promoción de competencias sociales.

-intervenciones conductuales.

-sistemas alternativos/ aumentativos de comunicación.

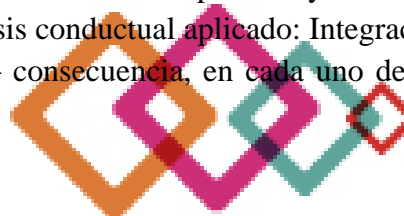
-risperidona.

-sistema TEACCH. -terapia cognitivo – conductual.

-ISRS en adultos con TEA.

-estimulante en TEA + TDH/H.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, creemos necesario reflexionar sobre los protocolos de manejo e intervención para pacientes con TGD, mucho más, en un país, que el atraso sobre el tema es notable y solo se destacan los estudios del doctor Rodas, desarrollados en el centro Dina de la Universidad de Manizales, tristemente fallecido en el año del 2009. Creemos que un protocolo de intervención debe manejar al menos 5 pasos básicos entre los que se encuentran: 1) análisis y evaluación: se hace uso del modelo del análisis funcional de la conducta, en la cual a través de técnicas como la observación directa y participativa en diferentes contextos. Se logre cuantificar y medir la existencia de conductas adaptativas, desadaptativas y la no existencia de repertorio conductual apropiado. Esta valoración debe ser en 5 dimensiones: - comunicación y lenguaje, flexibilidad cognitiva – conductual, relaciones sociales, - desarrollo psicoafectivo y dimensión familiar. Es necesaria la evaluación con equipo interdisciplinario en fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional. Se debe complementar con análisis realizados por médicos, neurólogos y neuropsicólogos, tratantes. 2) generación de programas y objetivos: se insiste, en no intervenir el déficit o la dificultad, se busca generar recursos. Para ello se estructura un programa que construya conductas de comunicación, control emocional ante la inflexibilidad mental y conductual, y posibilidad de interacción. Además mejorar condiciones de tipo físico, psicoafectivo y psicosexual. Integrando variables de medición del CI para el aprendizaje y los modelos de activación interdisciplinar y de otros especialistas. 3) Estructuración de la tecnología en análisis conductual aplicado: Integración del modelo de contingencia de estímulos – conducta – consecuencia, en cada uno de los





programas. Identificando las variables de control, las conductas negativistas – desafiantes, programas de reforzamiento positivo, aprendizaje sin error, extinción y además de reducir la posibilidad sobreprotectora del sistema familiar. No se hace uso de técnicas que utilicen estimulación aversiva. 4) Activación del programa, con una frecuencia alta de al menos 40 sesiones por semana, en el cual se combina un currículo para el desarrollo de la comunicación, relaciones sociales, flexibilidad mental – conductual, y este trabajo, se hace intenso – temprano en diversos contextos e interdisciplinar. Se instaura un programa con acompañamiento especializado en casa y en contextos sociales, para después pasar a procesos de generalización y mantenimiento. Este proceso elimina los comportamientos desadaptativos que no permiten el progreso conductual y cognitivo. Alternó se desarrolla un programa de psicoeducación para la familia, centrado en aceptación del trastorno, control de stress, control conductual, pautas de crianza y técnicas de afrontamiento. Y 5) sistema de evaluación: el programa exige que la evaluación sea diaria, a través de línea de base, en el cual se identifique, el cambio en frecuencia, intensidad y topografía, en la reducción de conductas desadaptativas y en el aumento de comportamientos adaptables, en las diferentes dimensiones. Si no se producen cambios confiables y medibles, en la primera semana, exige la revisión del programa y su modificación.

BIBLIOGRAFIA.

American Psychiatric Association – APA. (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSMIVTR) - Brevario, Criterios Diagnosticos. Madrid – España. Edición Española. Masson S.A.

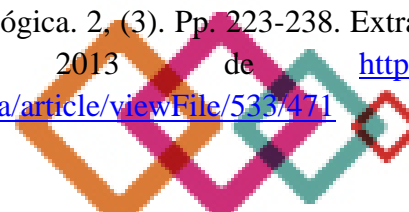
Aguirre, P.; Alvarez, R., Angulo, M.; y Prieto, I., (2008). Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo. Junta de Andalucía - Consejería de educación. Andalucía – España.

Association for behavior analysis international. (2014), Extraído el 14 de febrero del 2014, de <http://www.abainternational.org/>

Aba – Colombia. (2014). Extraído el 14 de febrero del 2014 en <http://www.abacolombia.org.co/postnuke/index.php>

Baron-Cohen, S, & Bolton, P, (1993) Autism: the facts. Oxford. University Press.

Belinchon, M., y Olivar, J. (2003). Trastornos del espectro autista en personas con (relativo). Alto nivel de funcionamiento: diferenciación funcional mediante análisis multivariado. [Version electrónica]. Rev. Acción Psicológica. 2, (3). Pp. 223-238. Extraído el 27 de diciembre del 2013 de <http://espacio.uned.es/revistasuned/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/533/471>





Bryson, S.; Clark, B. & Smith, I. (2005). First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes. [Versión electrónica]. Extraído el 18 de enero del 2014 de http://www.researchgate.net/publication/19891445_First_report_of_a_Canadian_epidemiological_study_of_autistic_syndromes

Caballero, R. (2008). Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo. Andalucía – España. Junta de Andalucía. Consejería de educación.

Discapacidad (1999). Discapacidad intelectual y psiquiátrica. [Versión electrónica]. Extraído el 26 de enero del 2014, de, www.discapnet.es.

Discapacidad en Colombia. (2014). Extraído el 12 de enero del 2014, de, <http://www.discapacidadcolombia.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=134>

Encuentro para soluciones de comportamientos. E.S.C.O. (2014). Extraído el 14 de febrero del 2014, de, <http://www.autistas.com/>

García, A. (2008). Espectro Autista: definición, evaluación e intervención educativa. Mérida - España. Consejería de Educación.

Giraldo, B. (2013). Educando con amor. Ponencia presentada en Sugar Land – Texas.

Giraldo, B. (2014). Análisis de la conducta aplicada y trastornos del espectro autista: los comienzos de una relación exitosa. [Versión electrónica]. Extraído el 14 de febrero del 2014, en web. http://educandoconamor.com/ABA__ASD_-_History.html

Junta de Extremadura. (2007). Guía para la atención educativa del alumno con trastorno generalizado del desarrollo (autismo). Mérida – España. Consejería educativa.

Lovass I. (1989). The Me Book. [Version electronica]. Traducción Del Barrio Victoria. Madrid – España. Extraído el 20 de febrero del 2014 en <http://www.psicodiagnosis.es/downloads/librolovaas.pdf>

López - Escobar, M. (2008). Detección, diagnóstico y evaluación de los alumnos con síndrome de asperger, en, manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo. Andalucía – España. Consejería de educación - Junta de Andalucía.





McEachin, J.; Smith, T.; & Lovaas, O.; (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. [Versión electrónica]. Extraído el 27 de enero del 2014 en http://www.researchgate.net/publication/14771003_Longterm_outcome_for_children_with_autism_who_received_early_intensive_behavioral_treatment

Martos, J. (2001). Autismo: un trastorno penetrante del Desarrollo. en Martos, J. y Pérez, J. (comp). Autismo. Un enfoque orientado a la formación en logopedia. Ed. NAU Llibres.

Mustaca, A. (2003). Análisis experimental del comportamiento y neurociencias. Revista acta colombiana de psicología. 10. Buenos Aires – Argentina. Universidad de Buenos Aires.

Matos, M. y Mustaca, A. (2005). Análisis Aplicado comportamental (ACA) y trastornos generalizados del Desarrollo (TGD): su evaluación en Argentina. [Versión electrónica]. Extraído el 20 de enero del 2014 en [http://www.researchgate.net/publication/26446841_Analisis_comportamental_aplicado_\(ACA\)_y_trastornos_generalizados_del_desarrollo_\(TGD\)_su_evaluacin_en_Argentina](http://www.researchgate.net/publication/26446841_Analisis_comportamental_aplicado_(ACA)_y_trastornos_generalizados_del_desarrollo_(TGD)_su_evaluacin_en_Argentina)

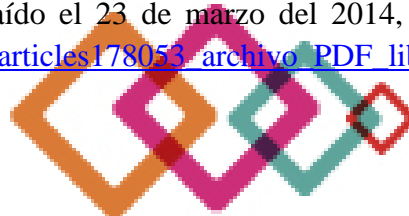
Martin, P. (2004). El síndrome de asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social? España. Alianza – Editorial.

NewYorkTimes, (2014). Sección de la salud – Autismo. [Versión Electrónica]. Extraído el 14 de febrero del 2014 en <http://www.nytimes.com/health/guides/disease/autism/overview.html>

Organización Mundial para la Salud- OMS., (2000). Clasificación internacional de enfermedades, décima versión- CIE10. Estados Unidos. Editorial Panamericana.

Posada, M. (2006). La educación uno de los caminos en el tema del autismo. Seminario internacional – La voz del autismo preparándonos para el futuro- Memorial. [Versión electrónica]. Bogotá – Colombia. Extraído el 18 de enero del 2014, de, http://www.bdigital.unal.edu.co/4955/1/Seminario_Internacional_La_Voz_del_Autismo_Prepar%C3%A1ndonos_para_el_Futuro.pdf

Puche, R.; Orozco, M.; Orozco, B.; Correa, M.; (2009). Desarrollo infantil y competencias en la primera infancia. [Versión electrónica]. Bogotá – Colombia. Ministerio de Educación Nacional- Republica de Colombia Extraído el 23 de marzo del 2014, de, http://www.mineduacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles178053_archivo_PDF_libro_desarrolloinfantil.pdf





Rivière, A. 1997. Desarrollo Normal y Autismo. Extraído el 24 de febrero del 2013, de, www.autismoespana.es

Repeto, J., (2006). La naturaleza de los trastornos del espectro autista. En los trastornos generales del desarrollo: una aproximación desde la práctica. Los trastornos del espectro autista. Vol. 1. (pp. 8-26). Andalucía – España. Consejería de Educación – Junta de Andalucía.

Rodríguez Lina, (en prensa, 2014). El autismo, un trastorno lleno de obstáculos. [Versión electrónica]. Diario ADN. Extraído el 28 de febrero del 2014, de <http://diarioadn.co/vida/salud/ni%C3%B1os-autistas-en-colombia-1.15101>

Vargas, J. (2008). Análisis Conductual Básico y Aplicado: lecturas para un seminario. México. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

Zubiria, J. (2002). Teorías contemporáneas de la inteligencia y la excepcionalidad. Bogotá- Colombia. [Versión electrónica]. Extraído el 12 de febrero del 2014, de, <http://www.sibiup.up.ac.pa/bd/captura/upload/155413p2.pdf>.

Zuluaga, J. (2007). Neurodesarrollo y estimulación. Bogotá – Colombia. Panamericana.



SÍNDROMES GENÉTICOS Y ALTERACIONES EN LOS PROCESOS DE APRENDIZAJE



Montenegro, Z;
Alarcón, O;
Guzmán, A.L.;
Moreno, G.;
Moreno, J.;
Mogollón, N.;
Reyes, K.

Universidad de San Buenaventura
zmontenegro@usbbog.edu.co

En la actualidad uno de los principales motivos de consulta son las diferentes dificultades en los procesos de aprendizaje de los niños.

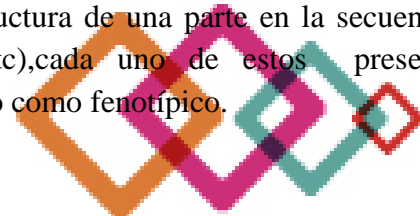
Al momento de indagar por aspectos de neurodesarrollo y de la historia clínica se pueden detectar alteraciones genéticas asociadas a las dificultades en los procesos de aprendizaje.

Es importante hacer una revisión de antecedentes médicos, así como es importante que los profesionales de la salud si conocen de estos casos remitan a valoraciones neuropsicológicas que permitan la descripción del perfil individual del niño y por ende el proceso de inclusión o de adaptación curricular en el aula de clase

En la evolución del desarrollo del sistema nervioso se pueden identificar variables que influyen en el desarrollo adecuado o no de las diferentes habilidades cognitivas.

Según Artigas (2014), uno de los investigadores que se ha centrado en alteración del neurodesarrollo y sus posibles factores causales describe que pueden diferenciarse dos tipos de etiología:

- Trastornos de conducta y/o aprendizaje sin una etiología clara, y que tiene correlación con la genética. La prevalencia es alta, y en nuestro país aún no se conocen cifras reales ya que los estudios han sido sectorizados o parciales. Entre estos se encuentran los trastornos de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), los trastornos del espectro autista (TEA), la dislexia, trastornos del lenguaje, trastornos del aprendizaje, etc.
- Enfermedades genéticas, bien identificadas, vinculadas a genes con efectos fuertes, como puede ser el caso del Síndrome de X-Frágil, Síndrome de Williams, Síndrome de Angelman, Síndrome de Prader Willi, y como lo es en el de esta presentación el síndrome de Turner, y el de Aaskorg Scott. LA base de estos síndromes está asociada a alteración en la estructura de una parte en la secuencia genética (deleción, traslocación, disomía, etc), cada uno de estos presenta características diferentes tanto a nivel genotípico como fenotípico.





Es importante referenciar que en cada caso existe un fenotipo conductual y que fue la base de los estudios de caso que se presentan como se describe a continuación:

En el síndrome X frágil se enuncia la alteración del cromosoma X con presentación diferente en género masculino y femenino. Las principales características del SXF se correlacionan con el retraso cognitivo, alteraciones de lenguaje y comunicación, inadaptación social, hiperactividad, impulsividad y ansiedad social. La intensidad de estos síntomas depende tanto de la conformación cromosómica, el nivel de daño y las características psicosociales de los sujetos (Turk, 2011).

Tabla 1.

	Mutación total del SXF (hombres)	Mutación total del SXF (mujeres)
Signos Físicos	Frente grande, cara alargada, orejas grandes y prominentes, hiper extensión de las articulaciones de los dedos, pliegue único en la mano, macroorquidismo	No es muy evidente, o posee características faciales sutiles
Condiciones médicas	Convulsiones, estrabismo, otitis, problemas gastrointestinales, obesidad, hipertensión, prolapso de la válvula mitral	Convulsiones
Síntomas cognitivos	Discapacidad severa o moderada, déficits en funciones ejecutivas severas, déficits en memoria a corto plazo, alteraciones atencionales	Discapacidad intelectual, déficits en función ejecutiva.
Síntomas psiquiátricos	Obsesiones, Trastornos del espectro autista (TEA), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) desordenes de ansiedad.	Desordenes de ansiedad, aumento de la obsesión, TDAH, depresión
Síntomas conductuales	Evitación social y agresión.	Ansiedad social, timidez, abuso de alcohol.





Tabla Adaptada de Gallagher & Hallahan, (2012)

El síndrome de Turner (ST) es el resultado de la ausencia total o parcial del segundo cromosoma sexual en humanos. Su incidencia es de 1 en cada 2.000 recién nacidas, (Saenger, y cols. 2001) Este síndrome genético presenta unas características fenotípicas particulares, como talla baja, cuello ancho, implantación baja del pelo en la nuca, uñas estrechas, manchas hiperpigmentadas, hipertelorismo mamario, alteraciones cardiovasculares, problemas auditivos debido a la implantación baja de los pabellones auriculares y unos conductos auditivos externos cortos y problemas endocrinos relacionados con disgenesia ovárica (Ruggieri, 2003 p. 248).

A nivel cognitivo el ST cuenta con un perfil que ya se ha descrito en la literatura y que se caracteriza por la obtención de un promedio de normal a normal bajo en escalas de medición de inteligencia, con una diferencia entre los puntajes resultantes de la escala verbal y los obtenidos en la escala manipulativa. Dicha diferencia se presenta obteniendo un mejor desempeño en las subpruebas de lenguaje y un rendimiento bajo en las subpruebas relacionadas con tareas de ejecución, que podría ser atribuido a problemas en las habilidades de tipo visoespacial y de funciones ejecutivas (Hong, 2009)

Otro asociado a la alteración del cromosoma X es el síndrome de Aaskorg Scott , en el cual se encuentra displasia faciogenital, la presencia de signos clásicos como estatura moderada corta, hipertelorismo, manos cortas y anchas, nariz corta y el escroto chal, podría ser suficiente para una sospecha clínica de AAS. Características de membrana interdigital, pico de viuda, ptosis ósea retrasada, filtro largo cuando está presente, reforzarían la hipótesis diagnóstica; estas características físicas pueden estar acompañadas por características cognitivas. Orrico & col (2010). Se puede mencionar que aunque no hay un consenso en que quienes presentan este síndrome tengan discapacidad intelectual Rosello (2014).

Estos tres síndromes expuestos adicionales a tener una base de origen genético, son asociados a algún tipo de alteración del cromosoma X. Al realizar el estudio de caso de estos tres consultantes se encuentran algunos aspectos en común.

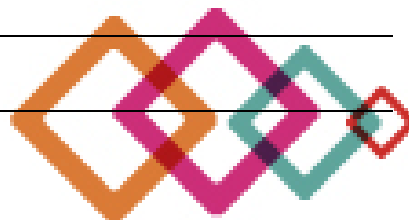
- Motivo de consulta: Dificultades en el proceso de aprendizaje
- Solicitud del médico tratante o del profesor: Valoración del coeficiente intelectual

En la tabla a continuación se expondrán los aspectos cognitivos que se encontraron alterados y que tiene similitudes en las características cognitivas del cuadro:

Tabla 2. Aspectos neuropsicológicos alterados

Habilidades de planeación

Resolución de problemas





Memoria de trabajo

Demora en el proceso lectoescritor

Seguimiento de instrucciones complejas

Fallas en atención visual en el caso del síndrome de Truner y verbal en el caso del síndrome de Aaskorg y X frágil

Coeficiente intelectual norma bajo en el caso del sindrodme de Aaskorg y el síndrome de Turner

Dificultades de ajuste social

Dificultades de socialización con pares

Frecuente búsqueda de atención de adultos

Sin embargo a pesar de encontrar similitudes también se encontraron diferencias en los perfiles individuales como se expone a continuación.

Tabla 3.Aspectos diferenciales

Función	X frágil	Turner	Aaskort
Lenguaje	Expresión aislada y con paragramatismos	Vocabulario Fluidez verbal	
Atención	Atención focalizada	Atención selectiva y dividida	Atención sostenida
Visopercepción	Optima identificación de estímulos e Integración sensorial.	Integración de la información Pensamiento matemático espacial	
Memoria		Baja capacidad para almacenar, conservar y recuperar información tanto verbal como visual	
Socialización	Escaso contacto social, tendencia al aislamiento	Características de personalidad extrovertida	Características de timidez e inhibición de comportamiento

Lo anterior indica que existen aspectos comunes en los trastornos, es de importancia resaltar algunos aspectos emocionales y sociales frente a la condición que igual se asocia a la diferencia en aspectos físicos y genotípicos, que implican percepción social.



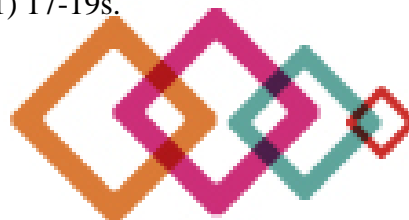


Adicionalmente todo lo relacionado con funciones ejecutivas parece no desarrollarse de manera adecuada en estos trastornos conllevando a mayor dificultad en los procesos de aprendizaje. (Portellano, 2007).

Lo anterior permite enunciar que Cada trastorno genético trae consigo una características fenotípicas cognitivas las cuales variaran según la estimulación y el entorno en que se desenvuelvan. Por esta razón se considera importante continuar e invitar a la profundización de características de estos trastornos no solo desde lo genotípico sino desde las alteraciones neuropsicológicas que conlleva, y a la vez buscar concientización de la importancia de la valoración en estos casos para desarrollar el potencial cognitivo presente, pero sobre todo para entender la necesidad de ajustes y adaptación curricular acorde a las posibilidades educativas de quienes padecen este tipo de trastornos.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artigas, Pallares, J., Guitart, M., Gabau, E (2013) Bases genéticas de los trastornos de neurodesarrollo. *Revista de neurología*, 56 (Sup1) S23-S34.
- Bray, S., Hirt, M., Jo, B., Hall, S., Lightbody, A., Walter, E., Chen, K., Patnaik, S. & Reiss, A. (2011). Aberrant Frontal Lobe Maturation in Adolescents with Fragile X Syndrome is Related to Delayed Cognitive Maturation. *Society of Biological Psychiatry*. 70. 852-858
- Brady, N., Warren, S. F., Fleming, K., Keller, J., & Sterling, A. (2014). Effect of sustained maternal responsivity on later vocabulary development in children with fragile X syndrome. *Journal Of Speech, Language & Hearing Research*, 57(1), 212-226. doi:10.1044/1092-4388(2013/12-0341
- Estigarribia, B., Martin, G. E., Roberts, J. E., Oetting, J., & Loeb, D. (2012). Cognitive, Environmental, and Linguistic Predictors of Syntax in Fragile X Syndrome and Down Syndrome. *Journal Of Speech, Language & Hearing Research*, 55(6), 1600-1612. doi:10.1044/1092-4388(2012/10-0153)
- Fatemi, S., & Folsom, T. (2011). The role of fragile X mental retardation protein in major mental disorders. *Neuropharmacology*, 60(7-8), 1221-1226. Doi:10.1016/j.neuropharm.2010.11.011
- Fernando, M. & Puente, A. (2008) Niñas con x frágil modelo para los trastornos específicos del desarrollo. *Revista de Neurología* 46 (suple.1) 17-19s.





Ferrando, L., Banús, P, & Lopez, G. (2003) Aspectos cognitivos en niñas con x fragil. Rev neurol 2003; 36 (Supl 1): S137-S142

Gallagher, A., & Hallahan, B. (2012). Fragile X-associated disorders: a clinical overview. *Journal Of Neurology*, 259(3), 401-413. Doi:10.1007/s00415-011-6161-3

Hong, D., Kent, J. y Kesler, S. (2009). Cognitive Profile Of Turner Syndrome. *Dev Disabil Res*; 15(4): 270–278. Stanford, California

Murphy, M. & Mazzocco, M. (2008). Mathematics learning disabilities in girls with fragile X or Turner syndrome during late elementary school. *Journal of Learning Disabilities*, 41, 29–46.

Oliva, A. (1997). La controversia entre herencia y ambiente. *Aportaciones de la genética de la conducta*. *Apuntes de Psicología*, 51, 21-37.

Orrico, A., Galli, L., Buoni, S., Hayek, G., Luchetti, A., Lorenzini, S. & Sorrentino, V. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and variable clinical expression of Aarskog–Scott syndrome due to a novel FGD1 gene mutation (R408Q). *American Journal of Medical Genetics Part A*, 135(1), 99-102.

Orrico, A., Galli, L., Faivre, L., Clayton-Smith, J., Azzarello-Burri, S. M., Hertz, J. M., & Sorrentino, V. (2010). Aarskog–Scott syndrome: Clinical update and report of nine novel mutations of the FGD1 gene. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 152(2), 313-318.

Orrico, A., Galli, L., Clayton-Smith, J., & Fryns, J. P. (2011). Clinical utility gene card for: Aarskog–Scott syndrome (faciogenital dysplasia). *European Journal of Human Genetics*, 19(11).

Portellano, J.A. (2007) *Neuropsicología infantil*. Editorial síntesis: Madrid-España-

Ranke, M., & Saen, P. (2001). Turner´s syndrome. *The Lancet*, 358, 309 – 314.

Reiss, A. (2011). Contribution of executive functions to visuospatial difficulties in prepubertal girls with Turner syndrome. *Developmental Neuropsychology*, 36(8), 988–1002.

Roselló, M., Martínez, F., Monfort, S., Mayo, S., Oltra, S., & Orellana, C. (2014). Phenotype profiling of patients with intellectual disability and copy number variations. *European Journal of Paediatric Neurology*.





Ruggieri, V.L. y Arberas, C.L. (2003). Fenotipos conductuales. Patrones neuropsicológicos biológicamente determinados. *Revista De Neurología* 37 (3): 239-253. Servicio de Neurología. Hospital J.P.Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Saenger, K. Albertsson Wikland, G. S. Conway, M. Davenport, C. H. Gravholt, R. Hintz, O. Hovatta, M. Hulcrantz, K. Landin-Wilhelmsen, A. Lin, B. Lippe, A. M. Pasquino, M. B. Ranke, R. Rosenfeld, And M. Silberbach (2001). Recommendations for the diagnosis and Management of Turner Syndrome. *JCE & M*. Vol. 86 No. 7

Temple, C. (2002). Oral fluency and narrative production in children with Turner's syndrome. *Neuropsychologia*, 40, 1419–1427.

Tirapu, J., García, A., Luna, P., Roig, T., & Pelegrín, C. (2008). Modelo de funciones y control ejecutivo. *Revista de Neurología*, 46, 684-92.

Wann, M. & Saudino, K.J. (2013). Genetic and environmental influences on individual differences in emotion regulation and its relation to working memory in toddlerhood. *Emotion*, 13(6), 1055-67.



COMUNICACIÓN FAMILIAR VS BRECHA DIGITAL: LA INFLUENCIA DE LAS TIC EN LA FAMILIA



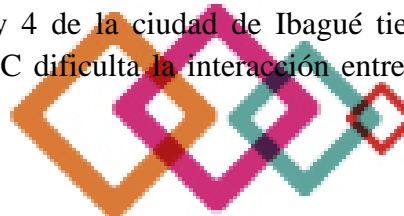
**Andrea del Pilar Arenas
Gloria Esperanza Castellanos
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD**

La ponencia Comunicación familiar vs brecha digital: la influencia de las TIC en la familia, surge de una investigación que tiene como objetivo primordial analizar la incidencia de la brecha digital en la comunicación familiar cuidador/adolescente comunas 3 y 4 de la ciudad de Ibagué, toma como referentes los planteamientos de Prensky, M (2010) quien conceptualiza los nativos e inmigrantes digitales. Esta ponencia, se centra en la importancia que recobran los procesos comunicativos en la familia puesto que es allí donde se gestan los procesos de socialización y se prepara al ser humano para la vida en comunidad; sin embargo, es evidente cómo a medida que los nuevos integrantes enfrentan las diferentes etapas del ciclo vital, experimentan una ruptura comunicativa entre estos y sus figuras de autoridad, especialmente en la etapa de la adolescencia que ha estado mediada por la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Para el desarrollo metodológico se usa un enfoque cualitativo mixto no experimental de tipo transaccional descriptivo a través del cual se pretende lograr un acercamiento a la población y a las perspectivas de esta en torno al problema de estudio desde la percepción de su realidad familiar y social. Los instrumentos para la recolección de la información hacen referencia a la escala de comunicación entre padre e hijo adolescente de Barnes y Olson, el inventario de comunicación familiar de Bienvenu, una encuesta para reconocer los componentes de la brecha digital que inciden en los procesos de comunicación familiar y el grupo focal.

Por lo anterior, dicho proceso investigativo, surge a partir del interrogante sobre la manera como las Tecnologías de la Información y la Comunicación TIC, afectan las relaciones familiares entre adolescentes y padres y/o cuidadores en los habitantes de las comunas 3 y 4 de la Ciudad de Ibagué.

El interés investigativo se centra en la elaboración de un diagnóstico preliminar con la población en mención realizado durante los años 2011 – 2012 y titulado “Alfabetización Digital: cerrando brechas generacionales”, a través del cual se lograron identificar situaciones tales como el acceso a las tecnologías, nivel de conocimiento de las TIC y disponibilidad por parte de las personas para lograr un proceso de capacitación en dicha temática.

En ese sentido, el diagnóstico permitió reconocer que un gran porcentaje de las familias encuestadas pertenecientes a las comunas 3 y 4 de la ciudad de Ibagué tienen adolescentes en casa y que el acceso limitado a las TIC dificulta la interacción entre los





miembros de los grupos familiares, por lo cual se consideró importante realizar un proceso de formación, con el fin de tener un acercamiento más significativo con sus hijos y nietos, dicho proceso se realizó bajo la denominación “cerrando brechas generacionales: alfabetización digital para padres comunas 3 y 4 de la ciudad de Ibagué”

Con base en el proceso de implementado, se logró conocer la realidad contextual comprendiendo cómo las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), que conforman y diseñan el modelo de sociedad prevalente, y que en la actualidad se denomina sociedad de la información, afectan, modulan y condicionan la vida de los adolescentes y sus relaciones familiares, no solo por los distintos modelos comunicativos que existen entre unos y otros, sino también, por tratarse de un cuidador que hace parte de otro proceso generacional, donde no han sido visibles los avances tecnológicos.

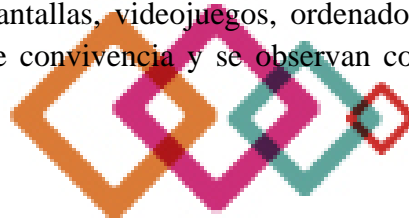
Lo anterior, se soporta precisamente en la vivencia de la globalización, como un proceso económico, tecnológico, social y cultural a gran escala que toma como base una creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo, la cual ha generado una serie de transformaciones organizacionales e institucionales, siendo posible evidenciar cómo las Tecnologías de la Información y la Comunicación han logrado entrar a distintos ámbitos de la sociedad: político, educativo, familiar entre otros, generando impactos diferentes en cada uno de ellos, tal y como se evidencia en la anterior descripción.

Las diferencias en mención, se pueden explicar mediante el surgimiento de la brecha digital definida por el regazo de tiempo que le lleva a algunos países, pueblos y comunidades asimilar las TIC. Para la CEPAL, la brecha digital “es la línea o distancia que separa al grupo que puede acceder a las TIC del grupo que no”. En la literatura, es común encontrar diversas teorías que plantean cómo la brecha digital es la sumatoria de algunas brechas particulares como las materiales y las no materiales, tal y como lo plantea Van Dijk y Hacker, (2003).

Por un lado, las brechas digitales materiales son aquellas relacionadas con la ausencia de infraestructura tecnológica y de posibilidades de acceso a la misma, por otro, las brechas no materiales hacen referencia a la ausencia de conocimiento y habilidad para hacer uso de dicha infraestructura, siendo precisamente esta última la que cobra interés en el presente ejercicio investigativo.

En ese sentido, es preciso mencionar en consonancia con lo que los autores plantean, cómo la brecha digital no material ha permeado ámbitos importantes de la sociedad como lo es el caso de la familia, la cual se presenta como un escenario en el que el consumo de nuevos medios de comunicación varía por edades, género y condición social, fenómeno que indefectiblemente influye en la convivencia entre los miembros del grupo familiar.

Lo anterior, es precisamente la intencionalidad investigativa aquí plasmada, analizar la incidencia de la brecha digital en la comunicación familiar cuidador / adolescente, precisamente porque la irrupción en los hogares de pantallas, videojuegos, ordenadores, móviles etc. ha modificado las formas tradicionales de convivencia y se observan como





elementos generadores de nuevas interacciones comunicativas al interior de la dinámica familiar entre sus miembros.

En la familia, los procesos comunicativos recobran importancia porque es allí donde se gestan los procesos de socialización, se transmiten valores y se prepara al ser humano para la vida en comunidad, sin embargo, de acuerdo con la anterior descripción, es evidente cómo a medida que los nuevos integrantes enfrentan las diferentes etapas del ciclo vital, experimentan una ruptura comunicativa entre estos y sus figuras de autoridad, especialmente en la etapa de la adolescencia, ruptura que en las últimas décadas ha estado mediada por la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

En la era de Facebook, Youtube, Skype, vivir sin acceso a internet, puede suponer una barrera comunicativa y por ende una exclusión de diversos sectores poblacionales, que se vive desde el núcleo primario de relación como lo es la familia, en donde la realidad de los nativos e inmigrantes digitales es la porción diaria de la interacción.

Así pues, la brecha digital, (generacional y social) entre padres e hijos y/o cuidadores y adolescentes, puede suponer una falta de empatía por las necesidades de cada actor y por ende ser una fuente de conflicto, al tiempo que modifica los roles asumidos en el sistema familiar, las relaciones de poder, la generación de vínculos y la identificación y pertenencia a un grupo.

En la actualidad, producto de la brecha y el analfabetismo digital, padres e hijos han sido descritos por autores como Prensky, (2010) bajo la categoría de Nativos e Inmigrantes digitales, presentando las diferencias insondables, la discontinuidad, que existe entre la generación actual de jóvenes (que han nacido y crecido con la tecnología) y la generaciones anteriores (que adoptaron las tecnologías más tarde en sus vidas).

Así, la finalidad investigativa aquí mencionada se sustenta en la marcada preocupación por la velocidad a la que avanza la tecnología y la lentitud (en sentido figurado) a la que avanzan los ciudadanos, precisamente porque un alto porcentaje son inmigrantes digitales, como el caso de los padres de familia quienes en su mayoría prefieren seguir viviendo en la “dejadez digital” por el estigma social, sus paradigmas mentales, su nivel de formación y su arraigada costumbre sumida en el tradicionalismo.

Históricamente, la creación, aplicación y sobre todo uso de la tecnología han proporcionado ventajas competitivas a sectores particulares de la sociedad. Los grupos sociales que han aprovechado esas ventajas en beneficio de sus integrantes, han adquirido un nivel de desarrollo material e intelectual que los separa de otros grupos sociales menos privilegiados. En contraposición, el aumento y persistencia de la brecha digital, ha contribuido a diferencias sociales que alimentadas por prejuicios de género, edad, escolaridad entre otros, se han constituido en obstáculos para el desarrollo humano integral, permeando todas las instituciones sociales.





Por lo anterior, la ponencia que aquí se presenta, se constituye en un elemento fundamental para la comprensión y análisis de la incidencia de la brecha digital en la comunicación familiar cuidador adolescente de las comunas 3 y 4 de la ciudad de Ibagué, (entiéndase por brecha digital las diferencias que se presentan en la utilización de diferentes tecnologías de la comunicación y educación por parte de algunos grupos poblacionales), precisamente porque el desarrollo acelerado de las telecomunicaciones y la informática, junto con el surgimiento y proliferación de internet digitalizaron a la sociedad, influenciando prácticamente todos los campos del quehacer humano, y con ello los roles privados y públicos que desempeña el ser humano en su contexto de interacción próximo.

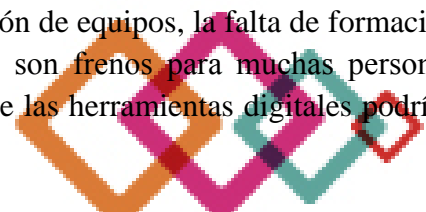
Se requiere por lo tanto comprender la afectación, positiva y/o negativa, de los procesos comunicativos como consecuencia de la brecha digital que puede existir entre cuidadores y adolescentes, ya que la comunicación se logra mediante la interacción de personas a través del intercambio de información, de conocimientos, reglas y precondiciones que la hacen posible y que en la actualidad se encuentra mediada por el uso de las TIC.

De lograr comprender la incidencia de la brecha digital en los procesos comunicativos se podrá proponer acciones que participativamente contribuyan al aprovechamiento del uso de las tecnologías para el mejoramiento de la comunicación entre cuidadores y adolescentes, buscando armonizar la función de la tecnología con el fortalecimiento de los valores humanos desde los preceptos de inclusión y dignidad.

Los adolescentes viven en un mundo profundamente definido por las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Al observar detenidamente, casi todas las áreas de su vida, desde la educación hasta la diversión, y sus relaciones, desde las personales hasta las académicas, son transversalmente vinculadas con la tecnología. No así ocurre con los padres y/o cuidadores, quienes tienen como modelos de comunicación, la interacción social y la comunicación directa con quienes le rodean, distanciados y discriminados en cierto modo, por la abundante información sobre nuevas tecnologías en un mundo completamente nuevo para ellos.

Esta disparidad existente entre los adolescentes y los padres /cuidadores está generando lo que Arquette, T (2001) ha denominado brecha digital, como no sólo el acceso, sino también el uso de las TIC. Concepto que se ha ido transformando con el propósito fundamental de reconocer el impacto y trascendencia del mismo, tal y como lo plantea Warschauer, M (2003), quien considera que “una conceptualización profunda de la brecha digital no sólo debe considerar conectividad, sino también la pertinencia de contenidos, la educación a los usuarios, el alfabetismo digital y el apoyo comunitario”, lo que ha sido evidente en el proceso investigativo con las familias de las comunas 3 y 4 de Ibagué.

Por su parte, López, J (2011), manifiesta que “En la brecha digital, la falta de necesidad y el miedo a la novedad, el coste de adquisición de equipos, la falta de formación o el miedo de no poder dominar la herramienta (...) son frenos para muchas personas mayores en una situación de aislamiento, a pesar de que las herramientas digitales podrían





facilitarles el mantenimiento de un vínculo social. Las nuevas tecnologías, bien adaptadas, pueden ayudar a superar algunas de las discapacidades sociales, físicas, psicológicas o cognitivas asociadas con el envejecimiento o retrasar su aparición”.

Por esta razón, la brecha digital está generando un distanciamiento entre quienes tienen acceso y capacidades para utilizar las tecnologías de la información por motivos políticos, sociales, económicos, y aquellas personas que no tienen esas oportunidades.

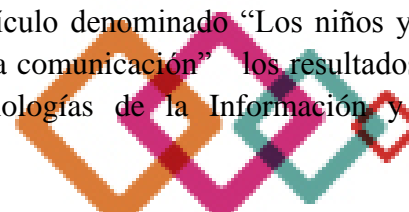
La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) define la brecha digital como: “La distancia existente entre individuos, áreas residenciales, áreas de negocios y geográficas en los diferentes niveles socioeconómicos en relación a sus oportunidades para acceder a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, así como al uso de internet, lo que acaba reflejando diferencias tanto entre países como dentro de los mismos”.

Por su parte, Prensky, M (2010), define el fenómeno de la brecha generacional como producto de la brecha digital, afirmando que los jóvenes del Siglo XXI han experimentado un cambio radical con respecto a sus inmediatos predecesores. No se trata sólo de las habituales diferencias en argot, estética, indumentaria y ornamentación personal o, incluso, estilo, que siempre quedan patentes cuando se establece una analogía entre jóvenes de cualquier generación respecto a sus antecesores, sino que nos referimos a algo mucho más complejo, profundo y trascendental: se ha producido una discontinuidad importante que constituye toda una “singularidad”; una discontinuidad motivada, sin duda, por la veloz e ininterrumpida difusión de la tecnología digital, que aparece en las últimas décadas del Siglo XX.

Es así como el autor, hace referencia a los “Nativos e Inmigrantes Digitales”, describiendo las diferencias insondables, la discontinuidad, que existe entre la generación actual de jóvenes que ha nacido y crecido con la tecnología para los que acuña el término “Nativos Digitales”, y las generaciones anteriores que adoptaron la tecnología más tarde en sus vidas, los Inmigrantes.

Por todo ello, se plantea un problema, una ruptura, un desfase, una brecha digital y generacional que no puede ser ignorada ni aceptada sin propósito firme de cambio para intentar solventarla: los Inmigrantes Digitales de hoy, es decir, los padres de familia/cuidadores están empleando una “lengua” obsoleta (la propia de la edad pre-digital) para formar a una generación que controla perfectamente dicha “lengua”. Y esto es sobradamente conocido por los Nativos Digitales, adolescentes o jóvenes, quienes a menudo tienen la sensación de que no sentirse identificados con los códigos comunicativos de sus padres y/ o cuidadores.

Sin embargo, de acuerdo con el tema en mención, vale la pena resaltar que existen diversas posturas teóricas con relación al papel que juegan las TIC en los procesos de socialización entre niños, adolescentes y adultos. Una Clara muestra de ello, es lo planteado por Iriarte, F (2007) quien analiza en el artículo denominado “Los niños y las familias frente a las Tecnologías de la información y la comunicación” los resultados de algunos estudios sobre la penetración de las Tecnologías de la Información y las



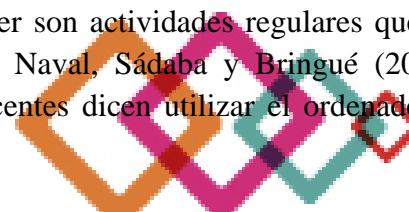


Comunicaciones (TIC) en países como España y Colombia. El investigador estudió las posibles consecuencias de la implantación de las TIC en la vida de los niños y el papel de la familia dentro del proceso. Una importante conclusión a la que llegó es que mientras algunos autores afirman que el uso de los computadores aísla socialmente a los niños, por el contrario, Iriarte menciona que las TIC pueden ser utilizadas como herramienta de socialización partiendo de situaciones cotidianas observables en un cibercafé, donde los muchachos socializan, se comparten trucos para los video juegos, se comentan las jugadas, chatean, entre otros, lo cual desde este punto de vista, el internet parece ampliar las posibilidades sociales y modificar los procesos de interacción.

Por su parte, Berrios, LI; Buxarrais, M (2005) en sus estudios sobre la relación entre adolescentes y TIC, establecen que estas tecnologías expanden las posibilidades de la comunicación, generan nuevas culturas y posibilitan el desarrollo de nuevas habilidades y formas de construcción del conocimiento, por lo cual es necesario conocer y comprender en profundidad el uso que realizan los jóvenes de estas tecnologías, cómo las utilizan y para qué, y con qué frecuencia lo hacen y qué importancia tienen en su vida cotidiana, a fin de conocer cómo estas mediatizan sus relaciones interpersonales con sus pares y adultos (padres, madres, profesorado etc.)

Así, los autores mencionan cómo en las últimas décadas se ha producido un vertiginoso cambio científico-tecnológico, que ha dado lugar a la sociedad de la información. La aparición a mediados de los años 90 de las llamadas nuevas tecnologías entre las que se incluyen el ordenador, el teléfono móvil e Internet, ha producido una verdadera revolución social; principalmente, porque nos ofrecen posibilidades de comunicación e información con el mundo y posibilitan el desarrollo de nuevas habilidades y formas de construcción del conocimiento que anteriormente eran desconocidas y que además nos plantean nuevos desafíos sociales que debemos asumir de forma responsable. Dentro del contexto social, la adolescencia mantiene una estrecha relación con las tecnologías de la información y la comunicación debido a que se han convertido en una poderosa herramienta que les facilita información, comunicación y potencia el desarrollo de habilidades y nuevas formas de construcción del conocimiento. En otras palabras la adolescencia de hoy, practica nuevas formas de construir una cultura digital.

Queda claro entonces que si bien la tendencia a usar las TIC se da en todas las edades, es en la adolescencia donde se puede evidenciar un mayor incremento dado que los jóvenes han incorporado los aplicativos, herramientas y recursos, propios de las TIC de manera habitual, utilizándolas como herramientas de interacción, información, comunicación y conocimiento, tal y como lo mencionan Berrios, LI; Buxarrais, M (2005) al referenciar diversos estudios; por ejemplo, mencionan “la investigación de Alberio (2002) nos aporta un dato relevante sobre el uso que la adolescencia hace de Internet. Los jóvenes consideran a la red un importante medio de comunicación, pero únicamente para hacerlo con sus amigos y amigas. El uso del Chat y Messenger son actividades regulares que se practican a diario. Sobre este aspecto, el estudio de Naval, Sádaba y Bringué (2003) corrobora lo señalado anteriormente; las y los adolescentes dicen utilizar el ordenador e





Internet principalmente para: jugar y chatear con sus amigos y amigas, bajar música y películas. Un uso secundario es sacar apuntes, escribir trabajos y buscar información. Por otro lado, la investigación de Amorós, Buxarrais y Casas (2002) señala que el principal uso que hacen del teléfono móvil es jugar y enviar mensajes cortos a sus amigos y amigos”.

Este último estudio arroja, además, resultados sobre la relación entre el uso académico y escolar de las TIC y la familia. En ellos, se señalan aspectos como: El grado de implicación de la familia, la frecuencia de la participación familiar en los deberes escolares de las y los adolescentes. El grado de uso de las TIC por parte de padres y madres. El valor que otorgan padres y madres al uso de ordenadores e Internet, como acto de aprendizaje escolar.

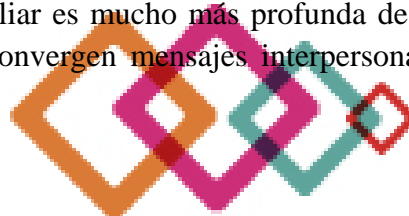
En este sentido, debe considerarse que el acceso a las TIC por parte de madres y padres aún es limitado, ya que se encuentran escasamente familiarizados con esta tecnología. Generalmente delegan la responsabilidad de enseñar a las y los adolescentes, la formación el uso y aprovechamiento de las TIC a los centros educativos.

La población adolescente utiliza las tecnologías de la información y la comunicación principalmente para actividades de ocio, entretenimiento y de relación con sus pares. Este uso de las TIC pone en manifiesto la gran flexibilidad que presentan estas tecnologías para transformarse y adquirir las dimensiones que las y los usuarios les quieran dar.

De acuerdo a lo anterior, se hace evidente la necesidad de profundizar sobre la importancia de la familia en la sociedad y la relevancia de la comunicación en la interacción humana. Para Lorente S, Bernete F, Becerril, D (2004). “La familia es el entorno socializador más importante y más relevante para los jóvenes”, es allí donde se aprenden los códigos comunicativos básicos para la interacción social, aunque en buena lucha y tensión con el otro gran agente socializador que es cada vez más agresivo, sobre todo en el entorno urbano y escolar, cual es el grupo de iguales. La comunicación familiar está definida por las interacciones que establecen los miembros de una familia y que gracias a ello, se establece el proceso de socialización o culturización que les permite desarrollar habilidades sociales que son fundamentales para el proceso de reinserción en la sociedad a la cual pertenece. Esta comunicación va a depender de su contexto familiar, de su estructura y dinámica interna.

Gallego, S (2006) define la comunicación familiar como el proceso simbólico transaccional de generar al interior del sistema familiar, significados o eventos, cosas y situaciones del diario vivir. Es un proceso de influencia mutua y evolutiva que incluye mensajes verbales y no verbales, percepciones, sentimientos y cogniciones de los integrantes del grupo familiar. La interacción ocurre en un contexto cultural, ambiental e histórico y tiene como resultado crear y compartir significados, en un proceso que es a la vez estable, constantemente cambiante, de interpretación simultánea a varios niveles.

Como se puede observar, la comunicación familiar es mucho más profunda de lo que parece, tiene una estructura compleja en donde convergen mensajes interpersonales





directos y una multitud de mensajes simbólicos o no verbales valiosos, que dan sentido a un mensaje y calidad en las interacciones sociales.

Es así como padres / cuidadores y adolescentes, requieren de la interpretación y sensibilidad para lograr adecuados niveles de comunicación familiar. El nivel de comunicación familiar va a depender del tipo de apertura y flexibilidad que tengan los adultos en su relación con sus hijos. Uno de los roles de los padres está referido a la comunicación que establecen entre ellos y sus hijos.



PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN NIÑOS PERTENECIENTES A ESCUELAS PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA



Synella Montaña Niebles
Universidad Autónoma del Caribe

INTRODUCCION

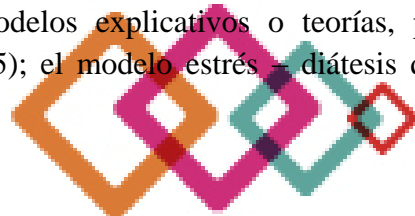
En esta presentación se muestran los avances de un proyecto de investigación cuyo objetivo es determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas que pertenecen a escuelas públicas de la ciudad de Barranquilla, a partir de la evaluación de los síntomas mediante el instrumento Childhood Depression Inventory (Cuestionario de depresión infantil) desarrollado por Kovacs, y adaptado por Del Barrio y Carrasco, 2004. Se pretende caracterizar la sintomatología en función de variables tales como: edad, género, grado escolar, estrato socioeconómico; además de identificar el nivel de prevalencia de acuerdo a las dos subescalas que conforman el CDI: disforia y autoestima negativa.

FUNDAMENTACION CONCEPTUAL

Al respecto de una definición, la depresión infantil es considerada una entidad clínica ampliamente aceptada por la comunidad científica que guarda analogía con la depresión en adultos (Shaw, 1988). Este mismo autor considera que existen factores genéticos, bioquímicos y psicosociales que influyen en su aparición.

Es importante aclarar que en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM – IV (1994) y DSM – V (2013) no se especifica la depresión infantil como un trastorno o alteración del estado de ánimo, sino que señalan que en los niños y adolescentes se presentan síntomas análogos a la depresión en adultos. Al respecto, De la Portilla (2006) menciona que los criterios del DSM – IV no aplican para el diagnóstico en niños, pues en estos más bien se considera síntomas llamados “equivalentes depresivos” los cuales debutan con una amplia gama de manifestaciones según la edad. Carballo et al. (2010) son más explícitos al destacar que el término “equivalentes depresivos” hace referencia a los síntomas depresivos que presentan los niños con mayor frecuencia, y que son similares a los de los adultos, por ejemplo: alteración de la conducta (hiperactividad, irritabilidad, agresividad, delincuencia), quejas somáticas, enuresis y dificultades escolares.

Existen diversas perspectivas que han abordado el estudio de la Depresión: psicodinámica, neurobiológica, conductual y cognitivo conductual. Sus exponentes han ofrecido una explicación del fenómeno mediante modelos explicativos o teorías, por ejemplo, el modelo de pérdida de objeto (Freud, 1915); el modelo estrés – diátesis que





integra los genes de la vulnerabilidad y genes de la resistencia con el efecto de los eventos vitales adversos temprano (Nemeroff, 1999, citado en Sadek y Nemeroff, 2000); modelo de privación de reforzamiento (Skinner, 1964, citado en Herrera, 2008; Lewinshon, 1974, citado en Carvalho y Hopko, 2011; la Teoría de la desesperanza - TD de la depresión cuyo fundamento consiste en un modelo cognitivo de vulnerabilidad- estrés (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989); la Teoría de la depresión (Beck, 1979, citado en Beck et al, 2005) integrada por un modelo cognitivo de la depresión sobre el cual se fundamenta conceptualmente este estudio.

Los supuestos teóricos que constituyen la base del modelo cognitivo de la depresión de Beck, cuyos aportes hacen parte de la Perspectiva Cognitivo – Conductual explican las conductas de un individuo como producto de sus cogniciones y su forma de estructurar el mundo, las cuales se basan en actitudes o esquemas que se desarrollaron a partir de experiencias anteriores (Beck et al, 2005). Se considera que el individuo que desarrolla una depresión probablemente vivió experiencias negativas tempranas que originaron en él esquemas cognitivos inadecuados sobre los cuales interpretará y responderá de forma distintiva a situaciones similares a las vividas en la infancia.

El modelo cognitivo de la depresión de Beck está compuesto por tres componentes: triada cognitiva, esquemas y distorsiones cognitivas. La triada cognitiva consiste en tres visiones que tienden a ser negativas en el sujeto depresivo. La primera de ellas se refiere a la visión de sí mismo, la cual lleva al sujeto a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo. La segunda está relacionada con sus experiencias, las cual interpreta de forma negativa considerándolas inalcanzables. La tercera visión es acerca del futuro, el cual percibe que estará lleno de frustraciones, penas y fracasos (Beck et al, 2005).

Un segundo componente del modelo cognitivo se refiere a los “esquemas”. Beck et al (2005) explican que cualquier situación está compuesta de estímulos ante los cuales el individuo atiende selectivamente a los específicos, los combina y conceptualiza la situación. Los esquemas serian la base que regulan las interpretaciones que las personas hacen de un conjunto de situaciones. En otras palabras, a partir del esquema se transforman los datos provenientes del medio en cogniciones (idea con contenido verbal o gráfico). Los esquemas pueden permanecer inactivos por algún tiempo y ser activados por inputs ambientales.

Un tercer aspecto a revisar de este modelo hace referencia a los errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas. Estas distorsiones son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización o minimización, personalización y pensamiento absolutista y dicotómico. El individuo depresivo tiende a organizar la realidad sobre un tipo de pensamiento inmaduro o primitivo, cuyas características son el de ser extremo, negativo, absolutista y moralista e invariable. “La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema” (Beck et al, 2005, p. 22).

Un aspecto resaltante de la teoría cognitiva de la depresión es que integra los aspectos más importantes del ambiente del individuo, como lo son la familia, amigos,





compañeros, entre otros. Bandura (citado en Beck et al, 2005) señala que la conducta de una persona influye sobre otros individuos, y a su vez, las acciones de estos sobre la persona.

METODOLOGIA

En este plano, este estudio se caracteriza por ser de tipo descriptivo, con diseño transversal. El propósito de la investigadora es describir el fenómeno de la depresión infantil en función de conceptos a medir que también se denominan variables, las cuales no serán manipuladas. Se limita únicamente a analizar y describir el fenómeno tal como se da en el contexto escolar y la recolección de datos tendrá lugar en un solo momento. En este caso, el objetivo es medir la prevalencia de sintomatología depresiva en niños y caracterizar el fenómeno según variables como edad, género, grado escolar, estrato socioeconómico.

En relación a la población, está la conforman niños y niñas de 7 a 12 años en etapa escolar que cursan 2°, 3°, 4° y 5° de básica primaria en Instituciones Educativas Publicas de la ciudad de Barranquilla. Inicialmente la población (N) asciende a 57.040 estudiantes que pertenecen a 149 instituciones distribuidas en las zonas Riomar, Norte centro histórico, Suroccidente, Suroriente y Metropolitana de la ciudad.

Para obtener la muestra de instituciones educativas públicas y de estudiantes a evaluar se empleó, inicialmente, un muestreo no probabilístico por cuotas donde se seleccionaron intencionalmente 15 instituciones: el 33% son instituciones pertenecientes a la zona Suroriente de la ciudad, 33% a la zona Suroccidente y 33% a la zona Norte centro histórico. Esta selección redujo la población a 6.317 estudiantes, se tuvo en cuenta que las instituciones pertenecieran a zonas de fácil acceso y de bajo riesgo para la investigadora y que brinden educación para ambos géneros (hombre y mujer).

Posteriormente, empleando un muestreo probabilístico simple con un nivel de confianza del 95% y error máximo admitido del 5% se determinó un tamaño de muestra de 376 estudiantes de 2° a 5° de primaria, que corresponde al número de sujetos a evaluar. Para la posterior selección se tendrá en cuenta que sean niños y niñas entre 7 y 12 años de edad, que se encuentren matriculados oficialmente, y que tengan un nivel básico de lectura y escritura. Se excluirán los estudiantes que se reporten con alteraciones psicológicas o dificultades cognitivas.

Para hacer más precisa la muestra, se decidió usar el muestreo probabilístico estratificado, el cual consiste en dividir a la población en subpoblaciones o estratos y seleccionar una muestra por cada estrato (ver Tabla 1). Entendiendo que la población es de 6.317 estudiantes y que el tamaño de muestra es de $n= 376$. La fracción para cada estrato fue de 0.0595. El total de la subpoblación se multiplicó por esta fracción constante y así se obtuvo el tamaño de muestra para cada división.

Luego de haber definido el tamaño de la muestra, se procederá a visitar los centros escolares elegidos, y de acuerdo al consentimiento de éstos de participar en la investigación





se pedirán las listas de los estudiantes para cada grado escolar, esto con el objetivo de elegir aleatoriamente los niños y niñas a quienes se evaluará.

Tabla 1:
Estratificación de la muestra

ESTRATO POR INSTITUCION	INSTITUCION	TOTAL POBLACION* (<i>fh</i>) = 0.0595	MUESTRA
1	Técnico Nacional de Comercio	519	31
2	Colegio Paraíso	260	15
3	Colegio de Barranquilla CODEBA	479	29
4	Colegio Pestalozzi	326	19
5	Colegio Boston	143	9
6	Colegio La Salle	306	18
7	Colegio Karl Parrish	495	29
8	Colegio Alexander Von Humboldt	248	15
9	Escuela Normal Superior la Hacienda	877	52
10	Colegio Inocencio Chinca	202	12
11	Colegio Buenos Aires	341	20
12	Colegio Maria Auxiliadora	824	49
13	Colegio San José	466	28
14	Colegio Marco Fidel Suarez	517	31
15	Colegio la Alboraya	314	19
		N= 6317	n= 376

Por último, y en relación al instrumento de recolección de datos, se utilizará la adaptación española del Inventario de Depresión Infantil – CDI (Kovacs, 1992), realizada por Del barrio y Carrasco (2004). Este instrumento está basado en la teoría de la depresión de Beck, consta de 27 preguntas con un formato tipo Likert con tres opciones posibles de respuesta (0,1,2), donde 0 indicaría ausencia de síntomas, 1 síntomas moderados y 2 síntomas severos. El CDI evalúa síntomas depresivos como el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia (Alcántara, 2010). En esta versión del CDI, estos síntomas se encuentran integrados en dos subescalas: Disforia y Autoestima negativa. El punto de corte que se sugiere es de 19 puntos, es decir, se considerará que presentan sintomatología depresiva los sujetos que puntúen igual o superior a 19 puntos en las respuestas.

REFERENCIAS

Abramson, L., Alloy, L. y Metalsky, G. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3), 211 – 222.





American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª. Ed.). Washington, DC: Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª. Ed.). Washington, DC: Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª Ed). Bilbao: Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer.

Carvalho, J. y Hopko, D. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric*, 42, 154 – 162.

Carballo, J., Figueroa, A., García, I., Soutullo, C. y Zalsman, G. (2010). Trastornos depresivos. En C. Soutullo. & Mª. L. Mardomingo. (Ed.), *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp.45 – 167). Buenos aires: Medica Panamericana.

Del barrio, V y Carrasco, M. (2004). *Inventario de depresión infantil – CDI* (2ª Ed). Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Freud, S. (1915). *Duelo y Melancolía*. Obras completas (Vol. 7). Buenos aires: Amorrortu Editores.

Hernández, C.R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill.

Herrera, E. (2008). *Depresión infantil*. Neiva, Colombia: Editorial Universidad Surcolombiana.

Sadek, N. y Nemeroff, Ch. (2000). Actualización en neurobiología de la depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64(3), 462 – 485.

Shaw, J. (1988). Depresión durante la infancia. *Clínicas médicas de Norteamérica*, (4), 887-902.



PERFIL NEUROPSICOLÓGICO EN FUNCIONES EJECUTIVAS DE LOS ASESINOS Y LOS HOMICIDAS



Juan Camilo Urazan Chinchilla

jcurazan@uniboyaca.edu.co

Melisa Parra Fonseca

mparra@uniboyaca.edu.co

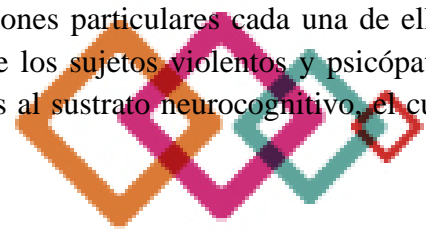
Universidad de Boyacá

INTRODUCCIÓN

Colombia es un país, donde la violencia en sus distintas formas preocupa cada vez más a la comunidad en general, ahora bien, en el país las conductas violentas son cada vez más comunes y actualmente se consideran un problema de salud pública, estas se presentan en muy distintos niveles, los cuales van desde la violencia intrafamiliar hasta los crímenes y homicidios ya sean por hurto o por cualquier otro motivo y se evidencian en las calles colombianas. Si se realiza una mirada a la fenomenología de la violencia, esta se describe como un fenómeno complicado, el cual tiene raíces diversas, donde se incluyen factores como los son los biológicos, psicológicos, y sociales, que se mezclan en una compleja y delicada interacción. Por otra parte, el estudio de los factores biológicos que predisponen a la violencia ha cobrado gran impulso en los últimos años gracias a la aplicación de nuevos métodos de ciencias como lo son la Psiquiatría, las Neurociencias Cognitivas, y la Genética Médica, que junto a los métodos de las Ciencias Sociales van a permitir especificar la participación de estos factores biológicos en las conductas agresivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En la revisión de los escritos que resalta el estudio de los homicidas y asesinos en serie, se ha señalado que los elementos encontrados en los análisis de casos puntuales indican la importancia de los factores biológicos, y en particular lo que enmarca el funcionamiento cerebral en relación a la conducta violenta; en los últimos años se han venido realizado diversos estudios que apuntan a que existe un daño en la anatomía y/o en el funcionamiento cognitivo de la corteza prefrontal (CPF), especialmente en áreas prefrontales orbitales/mediales las cuales han sido identificadas en poblaciones asociadas a homicidios y conductas violentas. Desde lo que comprende la literatura, la CPF ha sido dividida en tres para su estudio en diferentes áreas, entre las cuales están la dorsolateral, la orbitomedial y la prefrontal; de igual forma cada una de las tres regiones se ha subdividido funcionalmente en regiones más específicas, con funciones particulares cada una de ellas (Fuster, 2008). La evidencia empírica ha mostrado que los sujetos violentos y psicópatas muestran una diversidad de anomalías correspondientes al sustrato neurocognitivo, el cual





más recientemente evidencia una relación con la disfunción de las funciones ejecutivas y de forma consecuente de la CPF, aun así algunos autores señalan una la disfunción de la amígdala y de la corteza orbitofrontal más específicamente (Mitchell, Colledge, Leonard & Blair, 2002). El proyecto busca la interacción y el conocimiento del perfil neuropsicológico de un homicida y asesinos en serie para abarcar a fondo características de procesos cognitivos, funciones ejecutivas, Praxias y Gnosias. Se hará visitas a la cárcel modelo de Bucaramanga, para la interacción con el recluso, se le realizara una entrevista previa y la aplicación de pruebas neuropsicológicas que se realizaran a lo largo de las visitas para construir un espacio de tratamiento. Se ha realizado un número considerable de estudios a nivel social en este tipo de perfil, pero se ha dejado de lado la parte biológica y funcional del sujeto. Ya que en estudios pasados se ha encontrado que las funciones ejecutivas de dicho perfil son bajas; en el comportamiento psicótico se encuentran ciertas funciones neuropsicológicas y para ello estructuras específicas en el cerebro, con este estudio se identificara como están trabajando esas estructuras en dichas funciones y a qué punto puede afectar a el sujeto, de igual forma el vacío teórico en esta temática es de una relevancia significativa a la hora de pensar la prioridad de hacer este tipo de investigaciones.

OBJETIVOS

General: Elaborar el perfil neuropsicológico de los asesinos y homicidas.

Específicos

Identificar las características neuropsicológicas del subproceso de funciones ejecutivas, automonitoreo en los homicidas y asesinos. Identificar las características neuropsicológicas del subproceso de funciones ejecutivas, control ejecutivo en los homicidas y asesinos. Identificar las características neuropsicológicas del subproceso de funciones ejecutivas, inhibición y mantenimiento de una actividad en los homicidas y asesinos.

METODOLOGIA

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es de corte cuantitativo y se adhiere al diseño de investigación descriptivo acorde con lo propuesto por Sampieri, Fernández, Baptista (1991), puesto que se pretende describir y establecer las características neuropsicológicas del proceso de Funciones ejecutivas. **POBLACIÓN Y MUESTRA:** Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia los participantes de la presente investigación son internos (40) pertenecientes al establecimiento penitenciario y carcelario de medina seguridad de la ciudad de Tunja. **FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:** Test y pruebas Neuropsicológicas (Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, Test de Fluidez verbal FAS).





RESULTADOS

Se espera encontrar alteraciones en los subprocesos de automonitoreo y control ejecutivo, al igual que en inhibición, esto correspondiente a los estudios de neurociencias consultados para esta temática.


CONCLUSIONES

Se puede concluir con base a la teoría revisada que esta población tiene una incapacidad en la integración de los procesos de razonamiento, emociones y más concretamente la aparición de síntomas como la impulsividad, inatención, dependencia ambiental, perseverancia patológica y déficit en la autorregulación, que son característicos del síndrome disejecutivo.

BIBLIOGRAFIA


- Corkin, S., Sullivan, E. V., & Carr, F. A. (1984). Prognostic factors for life expectancy after penetrating head injury. *Arch Neurol.*, 41, 975-977.
- Delis D. C., Kramer J. H., Kaplan E., y Ober B. A. (1987). *California Verbal Learning Test*. San Antonio, Tex.: The Psychological Corporation.
- Fairchild G, Van Goozen SH, Calder AJ, Stollery SJ, Goodyer IM. (2009). Deficits in facial expression recognition in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry*; 50: 627-36.
- Fairchild G, Van Goozen SH, Stollery SJ, Aitken MRF, Savage J, et al. (2009). Decision making and executive function in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and control subjects. *Biol Psychiatry*; 66: 162-8.
- Fairchild G, Van Goozen SH, Stollery SJ, Goodyer IM. (2008). Fear conditioning and affective modulation of the startle reflex in male adolescents with early-onset or adolescenceonset conduct disorder and healthy control subjects. *Biol Psychiatry*; 63: 279-85.





EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE UN PROGRAMA DE JUSTICIA
RESTAURATIVA POR PANELES DE IMPACTO DIRIGIDO A INTERNOS DEL
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE MEDIANA
SEGURIDAD DE LA CIUDAD DE TUNJA

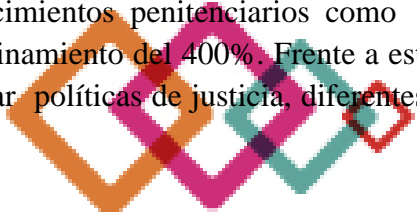
Néstor Ricardo Ávila Murillo
Luz Adriana Arévalo Gil
Diana Marcela Ibáñez Torres
Yury Marcela Ríos León
Universidad de Boyacá
nesavila@uniboyaca.edu.co



Ramírez (2012), al referirse al problema carcelario colombiano establece que uno de los más graves problemas que afronta el gobierno y ante todo la sociedad colombiana, es el hacinamiento en el que hoy se encuentran los detenidos en las cárceles del país, pues si continúa avanzando sin control podría originar graves conflictos de orden público de una mayor gravedad que los que hasta ahora existen por esa causa. De acuerdo con el autor, para apreciar cuál es la magnitud del problema es suficiente comparar dos cifras, para observar cómo ha aumentado la población carcelaria en Colombia en los últimos años. Según un informe de la Defensoría del Pueblo, en el año 2000 purgaban pena de prisión en las cárceles colombianas 51.548 reclusos y ya en el año 2012 la población carcelaria llega a 130.610 individuos, lo que indica que está aumentando a un ritmo del 8% anual, es decir, que aproximadamente se duplica en un lapso de 9 años.

Cesano (2003), plantea que las penas de prisión constituyen un fracaso histórico, puesto que no solamente no socializan, sino que, a partir de las investigaciones sociológicas desarrolladas desde el enfoque del interaccionismo simbólico, las cuales han aportado valiosos datos demostrando que lo que realmente sucede es que la dinámica de los establecimientos penitenciarios y carcelarios marca una pauta para que el interno en su interacción diaria adquiera nuevos conocimientos frente a lo que es la comisión exitosa del delito y en ese orden de ideas el funcionamiento social de las cárceles constituye un factor de riesgo ante la reincidencia, lo cual se configura como una de las principales razones para que exista el hacinamiento que actualmente se reconoce como una de las principales razones de la problemática carcelaria existente en Colombia.

Partiendo de lo anterior Matta (2013), establece un estudio de las razones que marcan la pauta para la existencia de la problemática penitenciaria en Colombia, encontrando que una de las principales razones es el hacinamiento, en donde se encuentra que alcanzó un nivel del 54.5%, es decir, que para una capacidad de 75.726 cupos, hay una población carcelaria de 113.890, encontrando establecimientos penitenciarios como la prisión de Riohacha que alcanzan un porcentaje de hacinamiento del 400%. Frente a estas cifras el autor pone de manifiesto la necesidad de diseñar políticas de justicia, diferentes a



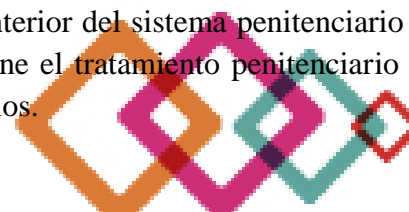


la aplicación de medidas punitivas y programas que generen una prevención de la reincidencia al ser entendida como uno de los principales factores de las cifras de hacinamiento existentes que hacen que de acuerdo con la cantidad de personas encarceladas, Colombia ocupe el puesto 13 en el mundo; y en términos de sobrepoblación, el octavo lugar.

Por su parte Cepeda (2013), en su intención de generar un análisis de la problemática carcelaria que actualmente existe en Colombia, cita a Michael Reed quien se configura según el autor como uno de los grandes especialistas en la investigación del sistema carcelario y penitenciario colombiano, quien argumentó: “Día tras día el hacinamiento carcome el cuerpo y el espíritu de miles de hombres y mujeres presos. Día tras día el Estado mantiene en edificios decrepitos a miles de humanos como vacas rumbo al matadero. El espacio ardiente de sitios que llaman Bellavista y Villahermosa destruye minuto a minuto la humanidad de jóvenes que se vuelven viejos en el encierro. Segundo tras segundo, la vida de un preso transcurre bajo peligro de enfermedad o de muerte. El encierro en estas condiciones vuelve loco a cualquiera”. Una vez Cepeda (2013), cita lo planteado por Michael Reed, marca la pauta para argumentar que está demostrado que ni la construcción de nuevas cárceles, ni la privatización del sistema son medidas adecuadas para resolver la problemática carcelaria existente en Colombia.

Así mismo el Centro de Investigaciones Sociojurídicas (CIJUS), desde los aportes realizados por Gaitán (2000), pone de manifiesto que la difícil situación que se vive en las cárceles no es solo el producto de la ineficacia de la justicia para resolver la situación jurídica de quienes se encuentran en ellas, sino que responde a aspectos más complejos, determinados por una política criminal represiva e improvisada, en la que prevalece la privación de la libertad como recurso para combatir el problema de la delincuencia sin dar cabida a la participación de mecanismos alternativos de justicia en los procesos penales, lo que permitiría en gran medida desaturar el sistema judicial. Así mismo se ha constatado que la cárcel responde de forma mínima a lo que la legislación penal considera especialmente grave y perturbador del orden público como lo es la falta de reparación para las víctimas, lo que marca la pauta para que la autora rescate lo planteado por Michel Foucault: “la prisión es por tanto un instrumento de reclutamiento para el ejército de los delincuentes, sirve para esto. Desde hace siglos se dice: La prisión fracasa puesto que fabrica delincuentes. Yo diría más bien: la prisión triunfa puesto que eso es lo que se le pide”.

Por su parte Arango (2013), pone de manifiesto que el problema de hacinamiento carcelario en Colombia, tiene una historia de aproximadamente 14 años la cual se asocia con la intención de resocializar al reo, la cual se queda solamente en un concepto y no en una realidad. De acuerdo con Fernández (2012), la causa del hacinamiento carcelario, hoy elevado a niveles sin precedentes, no es otra que el fracaso de la política criminal del estado, incentivada por el populismo del legislativo y la crisis de la justicia penal, lo que hace evidente que la existencia de contradicciones al interior del sistema penitenciario que se denotan en primera instancia en la finalidad que tiene el tratamiento penitenciario y la forma en la que funcionan los establecimientos carcelarios.

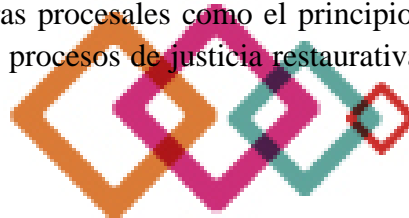




Frente a la finalidad del tratamiento penitenciario, el Código Penitenciario y Carcelario en Colombia establece el cumplimiento de las obligaciones del estado colombiano de proteger la vida, integridad física, dignidad y seguridad jurídica de las personas privadas de la libertad, así como la de promover y facilitar su reinserción social. De acuerdo con la Sentencia T-286/11 el Tratamiento Penitenciario es el conjunto de mecanismos de construcción grupal e individual, tendientes a influir en la condición de las personas, mediante el aprovechamiento del tiempo de condena como oportunidades, para que puedan construir y llevar a cabo su propio proyecto de vida, de manera tal que logren competencias para integrarse a la comunidad como seres creativos, productivos, autogestionarios, una vez recuperen su libertad. Desde esto Arango (2013), establece que a través de la contradicción que se presenta entre lo que se supone debería pasar, es decir, generar un cambio en el reo y convertirlo en un ser social nuevamente mediante educación trabajo y oportunidades en las cárceles, y la realidad donde no existen suficientes beneficios para los presidiarios, donde la posibilidad de reformarse es mínima y donde se presenta una permanente violación de derechos fundamentales, se está demostrando una debilidad en los órganos de control que son responsables de tales problemas y por ende, tanto la rama judicial como la ejecutiva y la legislativa deberían actuar de forma acorde con ella. De esta manera, no se puede decir que el problema del hacinamiento carcelario es solo problema del INPEC y del sistema judicial, dado que cada rama tiene sus responsabilidades en la problemática carcelaria actual de forma tal que argumentar que la problemática se soluciona solamente a partir de la creación de nuevas cárceles hace que se dejen a un lado las responsabilidades de otros personajes involucrados.

Buscando alternativas a la problemática carcelaria existente, los ámbitos académicos han encontrado validez en la aplicación de mecanismos alternativos de justicia y de manera específica en la implementación de programas de justicia restaurativa. En el mundo han existido experiencias que han puesto de manifiesto la aplicación de la justicia restaurativa a los contextos carcelarios. Cesano (2003), examinó la posibilidad de adoptar en el derecho penal argentino programas de justicia restaurativa como una alternativa a las penas privativas de libertad. Desde esta perspectiva, el autor pone de manifiesto que los orígenes de esta tendencia se dan en Europa en los años setenta, como una respuesta frente a la crisis de los sistemas penitenciarios, buscando con ello una utilización más acotada y racional de las penas privativas de libertad. Esta búsqueda de sustitutos penales para la prisión asumió la utilización de procedimientos de mediación penal.

Actualmente en Europa continental, dentro de los marcos de la legislación procesal penal común, existen distintos modelos legislativos que han receptado propuestas mediadoras para el derecho penal. Programas con esos matices también pueden observarse en Gran Bretaña y en Canadá. Frente al objetivo de estudio de Cesano (2003), consistente en identificar la factibilidad de aplicar este tipo de justicia en los procedimientos penales argentinos, el autor concluye que la existencia de figuras procesales como el principio de oportunidad marcan la pauta para que sean factibles los procesos de justicia restaurativa al interior de los procesos penales argentinos.





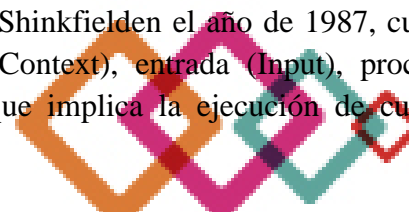
Por otro lado Barros (2010), establece que ante el déficit unánimemente reconocido de la pena privativa de libertad, que se denota de manera clara ante lo que el autor denomina “su ilusoria propuesta de rehabilitación”, además de la decadencia de los modelos de control autoritarios y la notoria incapacidad del derecho penal tradicional de orden punitivo o represivo de vencer los desafíos de la criminalidad contemporánea, se visualiza cada vez más en el ámbito del proceso penal, la percepción de que se impone un cambio profundo en el paradigma de la justicia criminal, con la adopción de nuevos conceptos, de estrategias más eficaces y legítimas, entre las cuales se incluyen las formas o vías alternativas de punición y de resolución de conflictos, en especial a través de medidas constructivas como la mediación la conciliación y los mecanismos alternativos de justicia.

Según Barros (2010), la implementación de programas de justicia restaurativa está empezando a observarse como válido al interior de los establecimientos penitenciarios y carcelarios de América Latina, lo que implica una labor de información y sensibilización de la comunidad carcelaria (reclusos, custodios, directores, etc.) y de las víctimas, así como de los representantes de la comunidad y demás actores del proceso: abogados, fiscales y jueces ya que es un largo camino que exige seriedad y competencia.

Desde lo anterior la idea de investigación que se plantea al interior del semillero Galúa, perteneciente al programa de Psicología de la Universidad de Boyacá, tiene como objetivo: “Evaluar el funcionamiento de un programa de Justicia Restaurativa por Paneles de Impacto, dirigido a internos del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Mediana Seguridad de la Ciudad de Tunja”.

Los Paneles de Impacto se conciben como un foro en los que participan personas que han sido víctimas de delitos. En dicho foro las víctimas narran a los victimarios que hacen parte del público, como el delito al que fueron sometidos generó un impacto en sus vidas, la de sus familiares, amigos y vecinos. Los paneles suelen incluir a tres o cuatro víctimas, cada una usa alrededor de 15 minutos contando su historia sin prejuicios o ánimos de culpabilizar al interior de su relato, para lo cual las víctimas participantes deben estar previamente preparadas antes del desarrollo del panel, en pro de que su discurso se direcciona de manera correcta hacia lo que es el impacto del delito y no hacia los prejuicios que este pudo haber ocasionado frente a personas con antecedentes delictivos, ya que el público del panel estará conformado por personas cuyas vidas se han enmarcado por una dinámica delictiva (Oficina de programas de Justicia de Estados Unidos, 2012).

Metodológicamente, la idea de investigación que se trabaja actualmente al interior del semillero Galúa, es de corte cualitativo de diseño evaluativo, pretendiendo en esta establecer un proceso metodológico para generar una propuesta que responda a las necesidades y requerimientos del Programa de paneles de impacto a diseñar y evaluar, así como a las características y limitaciones que existen en la realidad para su funcionamiento (Correa, Puerta y Restrepo, 2002). El procedimiento se adhiere al modelo CIPP de investigación evaluativa, propuesto por Stufflebeam y Shinkfielden el año de 1987, cuyas siglas provenientes del inglés significan: Contexto (Context), entrada (Input), proceso (Process) y producto (Product) -Bausela, 2003-, lo que implica la ejecución de cuatro





etapas para llegar al diseño y evaluación del programa que se pretende.

Referencias

Arango Recio L. (2013) El hacinamiento carcelario en Colombia. Coyuntura Política Colombiana [Revista electrónica]. Recuperado desde: <http://politicacolombiana2013.wordpress.com/2013/04/14/el-hacinamiento-carcelario-en-colombia/>

Barros Leal, C. (2010) La ejecución penal en América Latina y el Caribe: Realidad y desafíos. Recuperado desde: <http://www.derechocambiosocial.com/revista001/ejecucion.htm>

Britto Ruiz, D (2010) JUSTICIA RESTAURATIVA: Reflexiones sobre la Experiencia de Colombia. Recuperado desde: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Especiales/SRPA/JR-en-Colombia.pdf>

Belloso Martín, N. (2010) “El paradigma conflictivo de la penalidad la respuesta restaurativa para la delincuencia”. Revista Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho (CEFD). [Revista Electrónica] .Recuperado desde: <http://ojs.uv.es/index.php/CEFD/article/viewFile/189/217>

Brenes Quesada, C. (2009) JUSTICIA RESTAURATIVA: Una herramienta para la solución al fenómeno de la criminalidad costarricense. Recuperado desde: http://www.justiciarestaurativa.org/news/JUSTICIA%20RESTAURATIVA-1%20carlos.pdf/at_download/file

Castro Pineda M.C & Herrera Carrascal G.C. (1998) Política Penitenciaria y carcelaria en Colombia. Biblioteca Central [Centro de Documentación Electrónica]. Recuperado desde: http://www.usergioarboleda.edu.co/biblioteca/documentos/der_013.htm

Cepeda Castro, I (2013) ¿Estallido carcelario en 2013? El espectador [Periódico electrónico]. Recuperado desde: <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/estallido-carcelario-2013-articulo-404666>

Cesano, J.D (2003) De la crítica a la cárcel a la crítica de las alternativas. Scientific Electronic Library Online (Scielo). [Revista Electrónica]. Recuperado desde: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0041-86332003000200003&script=sci_arttext





Días Colorado, F & Gutiérrez de Piñeres de B, C. (2004) Aproximaciones a la justicia restaurativa .Recuperado desde: <http://psicologiajuridica.org/psj167.html>

Echeverri, M.C & Maca, D. Y. (2006) Justicia Restaurativa, contextos marginales y Representaciones Sociales: algunas ideas sobre la implementación y la aplicación de este tipo de justicia. pp 2.1-2.19. Recuperado desde: <http://www.justiciarestaurativa.org/news/Articulo%20JUSTICIA%20RESTAURATIVA%20Colombia.pdf>

Gaitán, O. (2000). Análisis de la situación carcelaria en Colombia. Bogotá: Ediciones UNIANDES.

García Leal, L. (2008) Diversificación de las formas de resolución de conflicto como política pública. Scientific Electronic Library Online (SciELO). [Revista Electrónica]. 15(2).Recuperado desde: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-62682008000100009&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

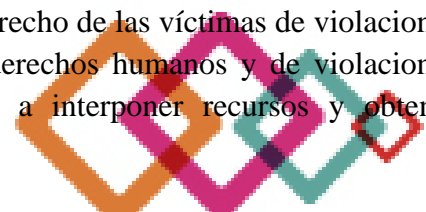
Matta Colorado, N (2013) Diez problemas y soluciones en las entrañas de la crisis carcelaria. El Colombiano.com [Diario electrónico]. Recuperado desde: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/1/10_problemas_y_soluciones_en_las_entranas_de_la_crisis_carcelaria/10_problemas_y_soluciones_en_las_entranas_de_la_crisis_carcelaria.asp

Mayorga Agüero, M. (2009) Justicia restaurativa ¿Una nueva opción dentro del sistema penal juvenil? Incorporación de los principios restaurativos dentro del proceso penal juvenil costarricense. Recuperado desde: <http://www.justiciarestaurativa.org/news/Tesis-Justicia%20Restaurativa.pdf>

McCold & Wachtel (2003) En busca de un paradigma: Una teoría sobre justicia restaurativa. International Institute for Restorative Practices. Recuperado desde: http://www.iirp.edu/iirpWebsites/web/uploads/article_pdfs/paradigm_span.pdf

Martínez Ramírez, E. (2012) El problema carcelario. El mundo.com.[Diario de internet]. Recuperado desde: http://elmundo.com/portal/opinion/columnistas/el_problema_carcelario.php

ONU (2005) Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener



reparaciones.

Recuperado

desde:

<http://www2.ohchr.org/spanish/law/reparaciones.htm>

Pascual Rodríguez, E. (2012) La mediación en el sistema penal: Propuestas para un modelo reparador, humano y garantista. Recuperado desde:

<http://eprints.ucm.es/16592/1/T33979.pdf>

Quiroga, M, Gorjón F.J & Sánchez, A (2011). Métodos alternos de solución de conflictos Herramientas de paz y modernización de la justicia. Editorial Dykinson, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid. 1a edición. Publicado en Madrid, España.

Recuperado

desde:

http://books.google.com.co/books?id=P6WvqoT7V1MC&pg=PA36&lpg=PA36&dq=resultado+restaurativo+QUIROGA+GORJ%C3%93N&source=bl&ots=N638gG Gbqf&sig=PykRiSRJTvPY4KeweuOXIkI-CxA&hl=es&sa=X&ei=P1_-UruzL4GmyQGgq4HgDg&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q=resultado%20restaurativo%20QUIROGA%20GORJ%C3%93N&f=false



LA JUVENTUD EN TRANSFORMACIÓN LEY 1622 “ESTATUTO DE CIUDADANÍA JUVENIL”



Felipe Escobar Arango
Dirección de Juventudes
feliesc1985@gmail.com

La participación juvenil favorece el escenario de construcción desde un nuevo enfoque, la perspectiva juvenil posibilita una construcción distinta siendo este el escenario favorecedor de la política, argumentos que pueden reconocerse como:

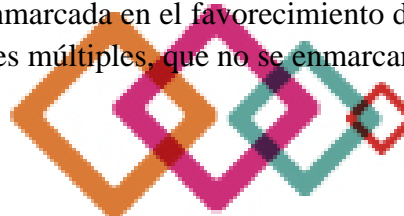
“La política de civilización debería restaurar las solidaridades, rehumanizar las ciudades, revitalizar el mundo rural, revertir la hegemonía de lo cuantitativo en provecho de lo cualitativo para que prime la calidad de la vida, debería propugnar lo mejor y no lo máximo, y, así, contribuir a reformar la existencia.” (Morín, 2011 p.62)

Por ende el espacio de participación y la construcción colectiva debe partir de una posibilidad de emergencia de nuevos saberes, nuevas estructuras organizativas y nuevos planteamientos que favorezcan el espacio de todos para “reformar la existencia”.

La ley 1622 nace tras la lucha de muchos líderes jóvenes y organizaciones juveniles debido a la representación social que se tenía de ellos, la cual estaba cargada de prototipos negativos como “el joven tiene problemas”, “el joven no sabe lo que hace”. Situación que iba generando en el joven una identidad de victimización y una percepción de exclusión de parte de la sociedad. Donde los jóvenes eran considerados como un “riesgo social” para el cual se debían generar estrategias de prevención que favorecieran la contención y construcción de espacios adecuados para que la sociedad no sea transgredida por estos sujetos que no logran comprender las reglas y los comportamientos adecuados. Siendo la participación política juvenil un escenario sencillo, construido únicamente por la voluntad del mandatario de turno.

Este es la concepción general aún se mantiene para los jóvenes. Sin embargo la ley plantea una nueva forma de concebir al joven, al menos jurídicamente. Luego de la firma del Estatuto de Ciudadanía Juvenil el 29 de Abril el panorama del joven en los espacios políticos cambió. En primera medida la ley se transformó de ser ordinaria a ser estatutaria, situación que obliga a los entes territoriales a implementar la ley. La concepción del mismo jurídicamente se plantea desde los 14 a los 28 años de edad, en este sentido el rango de juventud va a tener transformaciones en sí mismo, permitiendo al joven tener pasado (una historia que lo enmarque y le permita favorecer su identidad individual, social y cultural) y a la vez la posibilidad de proyectarse en un posible futuro.

Se plantea con mucha fuerza el enfoque diferencial, el cual nos va generando la responsabilidad a quienes trabajamos con jóvenes a transformar la visión y representación del joven, entender su realidad es entender su historia enmarcada en el favorecimiento de la creatividad, la diversidad y la construcción de identidades múltiples, que no se enmarcan en





un “deber ser social” sino que más bien permiten posibilitar la generación de un mundo nuevo.

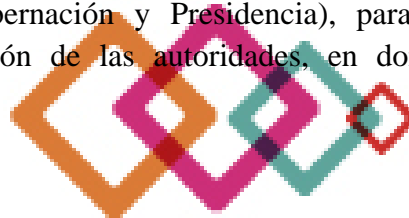
Otro principio fundamental es el de Territorialidad, el cual favorece la representación de los jóvenes de su territorio permitiendo construir un espacio reflexivo y constructivo a partir del encuentro de saberes propios del entorno que representa. La relación con la tierra ha marcado la construcción cultural y social de los pueblos, por ello el elemento del territorio permite que los jóvenes reconozcan su participación dentro de esta constante transformación socio-cultural, más en el momento histórico en que la globalización y la tendencia a la homogenización de patrones y estilos de vida ya hace parte de la juventud del planeta.

Y por último uno de los principios reglamentadores de esta nueva posibilidad con los jóvenes es la autonomía y la participación como ejercicio para la generación de oportunidades y la descentralización de los programas para los jóvenes, este principio plantea la necesidad de reorganizarse, puesto que es a partir del ejercicio de los jóvenes que se va a generar los espacios de cambio. Y desde la autonomía se organiza todo el sistema de participación de juventud, es decir la ley se construye en ejercicio con la voluntad y la cualidad de movimiento de cada uno de los jóvenes, siendo este movimiento el “motor” generador de cambio dentro de la búsqueda de estos escenarios de libertad para y por la juventud.

Los principales principios reglamentados mencionados anteriormente dan nacimiento a las medidas de protección, prevención y promoción de los derechos y deberes de los jóvenes. Estas medidas son las que van estructurando desde la oferta institucional y desde las necesidades de los jóvenes, por lo cual los jóvenes comienzan a tener participación y de esta forma se genera el desarrollo social y personal. Puesto como se afirma en el texto de cultura participativa y asociacionismo juvenil del Consejo de Juventud de España “la acelerada recomposición del complejo y delicado tejido cultura sobre el que descansan tanto el bienestar social como la convivencia democrática” es el espacio que se busca generar y a que a su vez permita mantenerse para el cambio desde y para la reconfiguración de una sociedad participativa joven y creativa.

De igual manera es importante hablar de la cualidad de la auto-organización para esto tomamos a Maturana (1999) Entendido como sistemas que se construyen y transforman a sí mismos constantemente, es por esto que el escenario de la nueva ley da un vuelco en la medida de la incursión de los jóvenes dentro de la construcción de escenarios participativos, comunitarios y la construcción de políticas públicas. Pero para esto es importante que se genere una organización que favorezca la participación de todos los actores, por esto nace el sistema de participación juvenil.

El SISTEMA DE PARTICIPACIÓN JUVENIL se plantea desde dos frentes uno de ellos es el subsistema institucional el cual está conformado por las instituciones formales, esta es la participación de la función pública (Alcaldías, Gobernación y Presidencia), para el desarrollo del subsistema es necesario la cualificación de las autoridades, en donde





comienzan a converger las realidades de los jóvenes y se gesten las acciones gubernamentales para la construcción de soluciones.

El otro frente es el subsistema de participación, esta está conformado por los espacios de participación de los jóvenes, los cuales son: Consejos Municipales de Juventud (Electos por voto popular, sin embargo por el proceso de reglamentación de estas elecciones se proyecta para el 2016), las Asambleas juveniles (Espacio de participación de rendición de cuentas para que los jóvenes conozcan los programas y estrategias que los entes territoriales promueven para los jóvenes) y por último las Plataformas Juveniles(espacio de participación de las practicas, dinámicas y organizaciones juveniles) escenario que se está promoviendo en la actualidad en toda la nación buscando que los jóvenes favorezcan la representación de su identidad desde acciones concretas como prácticas deportivas, culturales, ambientales, etc.

Para Maturana (1999) el sistema requiere una comunicación coherente y en correspondencia con su entorno o de otra manera tendera a desaparecer, por esto la ley en su implementación con todos los actores involucrados favorecerá la transformación de la realidad y a su vez permitirá la participación de los jóvenes que promuevan la inclusión de las practicas novedosas, escenarios conversacionales de las diversas realidades y el fortalecimiento de la ley como “colchón” de la juventud en escenarios políticos, sociales, culturales, etc. Que permita estar siempre en un proceso sin terminar, constante y continuo para la participación y la emergencia de un “Estado Juvenil”.

Referencias

Estatuto de Ciudadanía Juvenil (Ley 1622 del 2013)

Godoy, A y Franco, P (2012) Cultura participativa y asociacionismo juvenil. Edita Consejo de la Juventud de España. Madrid:Folia Consultores. Retomado de <http://andaluciaavanza.org/and/blog/?p=1000>.

Maturana, H. (1999) Transformación en la Convivencia. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.

Morin, E (2011) La Vía: Para el futuro de la humanidad. Barcelona: Paidós.



FACEBOOK ¿UNA RED SOCIAL?



Claudia Inés Bohórquez Olaya
Universidad de Boyacá
cibohorquez@uniboyaca.edu.co

A través de esta ponencia, se pretende hacer una reflexión sobre cómo una red social entra en nuestras vidas, hace parte de nuestra cotidianidad y se convierte en un medio a través del cual compartimos con los “amigos de Facebook” nuestra vida, nuestros recuerdos, nuestras preocupaciones, nuestra imagen, nuestras decisiones, nuestra intimidad y permitimos además que esas personas que hacen parte de nuestra red, opinen sobre eso que compartimos y de cierta manera influyan en la forma como nos mostramos ante ellos. En primera instancia partiré del slogan utilizado por Facebook, para promocionar su servicio y que es lo que a los usuarios les parece atractivo y los induce a convertirse en consumidores asiduos y a partir de ahí realizaré un disertación a través de la cual precisaré algunos conceptos y expondré algunas teorías que permitirán dar respuesta a la pregunta que se plantea en el título.

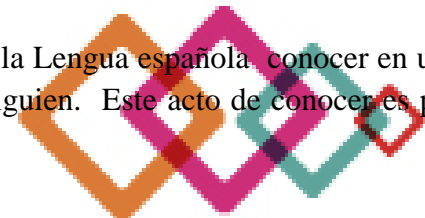
“Facebook te ayuda a comunicarte y compartir tu vida, con las personas que conoces”

Facebook es una red que propicia la comunicación, entendida esta en sentido funcional, como una interacción mediada por signos entre al menos dos agentes que comparten un mismo repertorio () y que tienen reglas semióticas comunes. En ese sentido entonces se infiere que evidentemente existe una comunicación. Pero si se incorpora a esta definición la visión pro social que la comunicación debe tener, entonces tendríamos que analizar si realmente Facebook se convierte para las personas en un sistema de apoyo y bienestar para los usuarios.

El tema de investigación que en este momento concentra nuestra atención, tiene precisamente que ver con este aspecto: ¿es Facebook realmente un red social de apoyo o solamente es un espacio que me permite exponer mi vida ante los ojos inquisidores de muchas personas, que se convierten en mis críticos a través de un “like” y que me presionan de una manera solapada a cambiar lo que para mí es correcto o válido en mi vida? Si esta es la situación entonces no estaríamos hablando de una comunicación real, sino de un espacio en el que Yo voluntariamente me expongo a la crítica, muchas veces destructiva, que atenta contra mi autoestima y que me orilla a tomar decisiones que en otras circunstancias ni siquiera hubiera considerado. Mis “amigos de Facebook” se convierten en este sentido en mis “enemigos”, pero Yo no me doy cuenta de ello, por cuanto caigo en el juego de la conducta de masas. “Si es bueno para los demás, debe ser bueno para mí”.

La otra parte del slogan habla de “compartir tu vida, con las personas que conoces”. Parto en este punto de la pregunta ¿qué significa conocer?

De acuerdo con la definición del diccionario de la Lengua española conocer en una de sus acepciones es tener trato y comunicación con alguien. Este acto de conocer es por





tanto un proceso complejo en el que intervienen aspectos biológicos, cerebrales, lingüísticos, culturales, sociales e históricos y no se puede dissociar de la vida humana ni de las relaciones sociales.

Desde esta perspectiva cuando hablamos de conocer a alguien, no hablamos solamente de cómo es ella o él externamente, ni de la descripción que superficialmente pueda hacer de esa persona. Hablamos de compartir, de conocer sus gustos, aficiones, su familia, su forma de ser y de pensar, su cosmovisión, sus anhelos, sus proyectos. Atendiendo a lo anterior me pregunto de nuevo si ¿realmente todas las personas con las que yo estoy compartiendo mi vida en la red son personas que yo conozco? Y en este punto la respuesta quizá es No.

Entonces ¿ante quién o quienes estoy exponiendo mi vida? ¿Qué me mueve a compartir mi vida con estas personas? ¿Por qué es importante para mí estar vinculado a la red social y esperar ser aceptado o aceptar a otras personas?, nuevas preguntas que nos remiten a otros análisis.

En primer lugar tendríamos que definir qué es una red social y tomaremos la definición que nos ofrecen Christakis y Fowler en ese orden de ideas una red social se entiende como un conjunto organizado de personas formados por dos tipos de elementos: seres humanos y conexiones entre ellos. Las redes sociales reales y cotidianas, evolucionan orgánicamente a partir de la tendencia natural de toda persona a establecer relaciones y a hacer pocos o muchos amigos, a tener una familia grande o pequeña y a trabajar en lugares donde se establecen relaciones anodinas o acogedoras.

Los mismos autores plantean además que las redes sociales tienen dos aspectos fundamentales: en primer lugar hay conexión, lo cual tiene que ver con quién está conectado con quien. Cuando un grupo se constituye como red, una red particular de vínculos conecta a sus miembros. Estos vínculos son complejos, pueden ser efímeros o durar toda la vida, pueden ser superficiales o profundos, pueden ser personales o anónimos. La forma de construir o visualizar una red depende de cuáles sean los vínculos que más nos interesen destacar.

En segundo lugar está el contagio que se relaciona con aquello que fluye por los vínculos. En ese orden de ideas puede fluir dinero, violencia, moda, felicidad, gustos etc. Cada una de estas cosas que fluyen se comporta de acuerdo con unas reglas.

Si queremos comprender por qué existen las redes sociales y cómo funcionan se requiere que comprendamos ciertas normas relativas a sus conexiones y a la forma en que se contagian: su estructura y su función.

En este orden de ideas explicare de manera sucinta estas reglas:

Primera Regla: somos nosotros quienes damos forma a nuestra red.

Los seres humanos organizan y reorganizan redes sociales continuamente. Tenemos una tendencia consciente o inconsciente a asociarnos con personas que se parecen a nosotros (Homofilia). “Cada oveja con su pareja”.

También elegimos la estructura de nuestras redes casi siempre de tres formas:

- En primer lugar decidimos a cuántas personas estamos conectados.





- En segundo lugar modificamos la forma en que nuestra familia y nuestros amigos están conectados

- Y en tercer lugar, controlamos en qué lugar de la red social nos encontramos hacia el centro o hacia los márgenes

Segunda Regla: Nuestra red nos da forma a nosotros.

Nuestro lugar en la red nos afecta, la vida de una persona sin un solo amigo es muy diferente a la vida de una persona con muchos amigos. Que tus amigos y otros contactos sociales sean amigos, también es muy relevante para tu experiencia vital.

Tercera regla: Nuestros amigos nos influyen

La forma de la red que no rodea, no es lo único que importa. Aquello que fluye por las conexiones también es crucial. Lo normal es que toda persona mantenga muchos vínculos directos con una gran variedad de gente, amigos, hermanos, primos, conocidos, compañeros de clase y del trabajo etc. Y cada uno de esos vínculos nos ofrece oportunidades de influir y de recibir influencias.

Cuarta regla: Los amigos de los amigos de nuestros amigos también nos influyen. Resultan que las personas no sólo copian a sus amigos, sino que también copian a los amigos de sus amigos y a los amigos de los amigos de sus amigos.

Quinta regla: La red tiene vida propia

Las redes sociales pueden tener propiedades y funciones que sus miembros ni controlan ni perciben. El fenómeno de la “ola”. Al igual que la Ola las redes sociales obedecen a reglas propias, a reglas que no tienen que ver directamente con las personas que las siguen.

En este orden de ideas comprender las redes sociales nos permite comprender de qué modo, en el caso del ser humano, el todo llega a ser mayor que la suma de las partes. Realizando un análisis de todo lo anteriormente expuesto, entonces tendríamos que decir que las redes sociales hacen parte de la vida del ser humano, de su cotidianidad, que estas tienen unas características muy particulares y que no nos podemos desvincular de ellas como seres humanos.

Que en la actualidad nos movemos en el mundo de las redes sociales que implican el “cara a cara”, la relación con el “otro” y las redes virtuales que en este momento ocupan un espacio muy importante de mi vida cotidiana.

Finalmente y para tratar de responder la pregunta que el título sugiere o quizá para plantear más interrogantes, propondría hacer un análisis de la siguiente frase utilizada en el libro Facebook: Facebook el nuevo fenómeno de las masas de Juan Faerman: “las redes sociales sirven para acercar a los que están lejos y alejar a los que están cerca” Y creo que empiezo a incursionar en una realidad que se está volviendo un motivo de preocupación, máxime cuando en estudios que realice en el año 2012 encontré que de 2.400 jóvenes Colombianos que contestaron un cuestionario online en torno al uso de la red social Facebook El 56. 52% pasa entre 2 y 3 horas diarias en Facebook y el 4.35% 5 horas o más, lo cual permite observar que entre los jóvenes el uso del Facebook es una práctica cotidiana y que en ocasiones demanda mucho tiempo de uso al día.





Siendo así entonces nos tendremos que detener a pensar que muchas veces Facebook nos “ahorra” un encuentro, una llamada o incluso algo tan impersonal como un e-mail. Por no mencionar que en nuestras sociedades latinas se han disminuido de manera notoria, los encuentros para el partidito de futbol, los asados familiares y otros eventos que preparábamos con mucho gusto, con el fin de reunir familiares y amigos.

¿Para qué propiciar encuentros con otras personas, si nos podemos encontrar abriendo nuestro navegador y mandándole un “abrazo virtual” a esa persona o personas, que consideramos importantes para nosotros?

Si lo analizamos a profundidad la mayoría de los “amigos” que tenemos en nuestro perfil de Facebook son perfectos desconocidos, de otra manera tendrían que saber qué nos gusta, cuáles son nuestros proyectos, nuestras necesidades, nuestros anhelos... Entonces para que nos está sirviendo estar conectados permanentemente en Facebook, ¿esto para qué nos sirve?, ¿por qué lo hacemos?

Reconocemos que es una realidad virtual (o una “no-realidad”), de la cuál echamos mano de manera cotidiana, entonces ¿qué necesidades satisface? Esa es nuestra búsqueda como investigadores, esas son las respuestas que esperamos encontrar a lo largo de nuestro trabajo.

