

Serie Cuadernos de Psicología Reformada (3)

Estudios del Desarrollo
Humano y Socioambiental

AILED DANIELA MARENCO-ESCUEROS
COMPILADORA

BARRANQUILLA, COLOMBIA

| **2018**

Ediciones
Corporación Universitaria

REFORMADA

©Ediciones Corporación Universitaria Reformada.

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de este libro incluido el diseño de la cubierta, ni su inclusión en sistemas informáticos, ni su transmisión o reproducción por cualquier mecanismo o medio sin permiso previo del sello editorial.

158. Marengo-Escuderos, Ailed Daniela, 2018.

A9A(l) Estudios del desarrollo humano y socioambiental. [Organizado por] Marengo-Escuderos, Ailed Daniela (Comp.); Serie Cuadernos de Psicología Reformada N° 3. Barranquilla: Ediciones Corporación Universitaria Reformada, 2018.

252 p. 21.5 x 17.4 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-958-56184-3-5

I. Estudios Ambientales y Gestión del Riesgo para el Desarrollo Sostenible. 1. El ideal de la gestión del riesgo. 2. Experiencia y aprendizajes de la respuesta ecuménica humanitaria en el terremoto de Ecuador. 3. Consolidación organizativa de los recicladores. 4. La educación en los desastres, afectación y representación sobre su papel en el desarrollo humano. II. Avances en estudios del desarrollo humano en los contextos pedagógico, clínico y sociológico. 5. Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA. 6. Religiosidad como factor protector de la dependencia de alcohol y cigarrillo en universitarios. 7. El suicidio en la Adolescencia. 8. Ansiedad ante los exámenes y Engagement Académico. 9. Discapacidad motora y Resiliencia en adultos.

Compiladora:

©Ailed Daniela Marengo-Escuderos

Asistente Editorial

©Laura Isabel Rambal Rivaldo

Diagramación e impresión:

Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S. – Xpress Kimpres
Bogotá, D.C.

CONTACTO

Dirección de Investigaciones

Área de publicaciones y difusión del conocimiento

Carrera 38 N° 74-179.

Teléfono: (+57) (5) 3610432 Ext: 537

Barranquilla

Distrito Especial, Industrial y Portuario

Atlántico - Colombia

www.unireformada.edu.co

Impreso y hecho en Colombia

Printed and made in Colombia

Contenido

Introducción

Parte I: Estudios Ambientales y Gestión del Riesgo para el Desarrollo Sostenible

- 1 El ideal de la gestión integral del riesgo de desastres: aspectos políticos, económicos y sociales
Ailed Marengo-Escuderos 10
- 2 Experiencia y aprendizajes de la respuesta ecuménica humanitaria en el terremoto de Ecuador
Milton Mejía 23
- 3 Consolidación organizativa de los recicladores: Lecciones aprendidas desde un estudio de caso en Colombia
Marlenny Díaz Cano y Diana Magaly Correa Valero 41
- 4 La educación en los desastres, afectación y representación sobre su papel en el desarrollo humano. El caso del municipio de Campo de la Cruz, Atlántico
Omar Vivas Cortés, Lizeth Pérez y Valeria Nariño 88

Contenido Descriptivo

Introducción

Parte I: Estudios Ambientales y Gestión del Riesgo para el Desarrollo Sostenible

1	El ideal de la gestión integral del Riesgo de Desastres: aspectos políticos, económicos y sociales	
	Sinopsis del capítulo	10
	Desarrollo económico y político frente a GIRD.....	11
	El apoyo social como herramienta de superación al desastre	17
	Conclusión.....	19
	Referencias.....	22
2	Experiencia y aprendizajes de la respuesta ecuménica humanitaria en el terremoto de Ecuador	
	Introducción.....	23
	Efectos del terremoto y la coordinación ecuménica.....	24
	Intervención humanitaria.....	27
	Apoyo psicosocial basado en la comunidad	31
	Voluntarios y voluntarias.....	33
	Relaciones y alianza.....	35
	Valoración y aprendizajes.....	37
	Referencias.....	40
3	Consolidación organizativa de los recicladores: lecciones aprendidas desde un estudio de caso en Colombia	
	Resumen	41
	Introducción.....	42
	1. Los Recicladores.....	45
	1.1 Protección de recicladores.....	46
	2. La organización comunitaria como ejercicio participativo.....	49
	3. El reciclaje organizado	52
	3.1 La actividad del reciclaje.....	55
	Estudio de caso.....	60
	4. Asociación de recicladores de Lisboa	67
	5. Hallazgos referidos a la eficacia del componente participativo	73

Conclusiones.....	80
Referencias.....	85
4 La educación en los desastres, afectación y representación sobre su papel en el desarrollo humano. El caso del Municipio de Campo de la Cruz, Atlántico	
Sinopsis del capítulo	88
Desarrollo humano, educación y estructura social	91
Desarrollo humano, desastres y educación	95
Desarrollo humano, educación y los efectos del desastre en Campo de la Cruz – Atlántico	99
Representaciones sociales del desastre y de la atención	106
Conclusiones.....	114
Referencias.....	117

Prólogo

Una vez más Cuadernos de Psicología Reformada sale a la luz con dos temas de pertinencia y relevancia. El cambio climático, negado por algunos, constituye un enorme desafío para nuestra reflexión y acción. Exige de nosotros, un esfuerzo para su comprensión y también cambios en nuestra postura existencial, estilo de vida y valores fundamentales. Uno de esos cambios tiene que darse en la conceptualización, hoy cuestionamos el uso de “medio ambiente” para referirnos a la relación del ser humano con la naturaleza. Una de las mejores expresiones en torno a esta reflexión proviene del teólogo reformado alemán Jürgen Moltmann (2015).¹

A diferencia de las sociedades agrarias, la moderna sociedad industrial no está orientada a la armonía con los ritmos y los ciclos de la naturaleza, sino que se basa en la expansión y el progreso de los proyectos humanos. El nuevo antropocentrismo reprime la antigua orientación hacia el cosmos. De este modo, la naturaleza de la tierra se transforma en el medio ambiente de la civilización, y los ambientes de vida de los restantes seres vivos acaban siendo integrados en el medio ambiente humano. **Nada destruye más la naturaleza que el hecho de reducirla a ser el medio ambiente del ser humano.** (p. 45, negrita nuestra).

Este primer cambio en nuestra comprensión nos indicará, cuáles son los valores fundamentales por los que se orienta nuestra civilización científico-tecnológica y sobre todo deshacernos de esa idea, que ha tenido tantos efectos nocivos, de considerar que el ser humano es “corona de la creación” y por lo tanto con derecho a ejercer poder sobre la naturaleza. Por el contrario, nos invita a comprendernos como parte integral de esa naturaleza y nos advertirá que el futuro de la naturaleza está ligado al futuro de la humanidad.

En ese sentido, urge reorientar también nuestra comprensión de los “desastres naturales”, eventos presentes desde el origen de la vida:

1 Moltmann, J. & Boff, L. (2015) ¿Hay esperanza para la creación amenazada?, Maliaño (Cantabria). Editorial Sal Terrae.

inundaciones, erupciones volcánicas, terremotos; lo que ha hecho la diferencia e incrementado la vulnerabilidad de los seres vivos en relación con dichos fenómenos. Por esa razón, hablamos de “riesgo”, al decir del especialista en atención de estos casos, Erwin Garzona, en un comunicado privado a propósito de la reciente catástrofe en Guatemala con el Volcán de Fuego: “los eventos son naturales, pero el evento es “solamente” una amenaza, no causa por sí solo un desastre. Se requiere que existan grupos sociales vulnerables ante tales amenazas”.

Una de las causas de la vulnerabilidad radica en el sistema económico excluyente que obliga a muchas familias a construir sus casas o establecerse en las llamadas zonas de riesgo. Pero también hay un riesgo que es ocasionado por la acción humana, la corrupción de las personas al frente de los entes encargados de las medidas de prevención y de la elaboración de normativas que alejen la posibilidad que un evento natural pueda convertirse en desastre. *La corrupción es el verdadero desastre...*

Los capítulos en esta primera parte expresan de manera clara lo que en esta introducción afirmamos. También nos ilustran de cómo la educación de la población en sistemas de prevención puede ayudar a salvar a seres vivos y bienes materiales. Por otra parte, también nos muestran cómo las acciones de solidaridad post evento hacen que el riesgo de daño sea menor.

Tenemos también un ejemplo de trabajo cooperativo asociado que no solamente ayuda en el cuidado de la naturaleza, sino que puede ser una forma rentable para los cooperantes.

La segunda parte del cuaderno desarrolla la temática de Salud Mental, abordado desde situaciones que se constituyen en problemas de salud pública: el tratamiento del VIH/SIDA, el consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, el suicidio en adolescencia, el estrés ocasionado por las exigencias académicas y la discapacidad motora y la resiliencia en adultos.

Teniendo en cuenta las anteriores temáticas y su implicación en el bienestar psicológico de los individuos, cobran importancia los servicios de apoyo a la salud mental de los distintos grupos sociales, es aquí donde los procesos preventivos se vuelven cruciales en el abordaje de las conductas de

riesgo desencadenadas por conflictos aportando así en la mejora de la calidad de vida del ser humano. De acuerdo con lo mencionado vale la pena anotar que, en la reciente clasificación de enfermedades de la OMS, se incluye como un problema de salud mental “la dependencia de los videojuegos”. Traigo a colación este tema porque aparece como un desafío o en los términos que hemos utilizado antes, un “riesgo”. La exposición de niños, niñas y adolescentes al bombardeo a través de redes sociales, imágenes, uso de aparatos tecnológicos los ponen en estado de vulnerabilidad. Los trastornos derivados de problemas ligados a la salud mental son cada día más crecientes, en ocasiones exceden la capacidad de atención y aún más de prevención.

La visión que aporta el cuaderno a este asunto es de carácter holística y coherente con la filosofía institucional de la Corporación Universitaria Reformada, su abordaje es humanístico con fuerte valoración del componente de intervención social. Sabemos el papel importante que juegan estos aspectos para que la vulnerabilidad pueda ser superada por la cooperación solidaria.

Esperamos que la lectura y análisis de este cuaderno nos haga más conscientes de estos dos grandes asuntos que nos afectan y sobre los cuales, la acción posible redundará para mejores condiciones de vida. Para la Corporación Universitaria Reformada es un gran privilegio poner a disposición de la comunidad esta herramienta.

Milciades Púa Gómez

Vicerrector de Asuntos Académicos y de Investigación

mpua@unireformada.edu.co



**Estudios Ambientales
y Gestión del Riesgo para
el Desarrollo Sostenible**

Capítulo 1

El ideal de la gestión integral del riesgo de desastres: aspectos políticos, económicos y sociales



Ailed Daniela Marengo-Escuderos (a)

^{a)} Psicóloga, Corporación Universitaria Reformada (Colombia). Magíster en Psicología (Universidad del Norte). Departamento de Investigaciones, Unidad de publicaciones y difusión del conocimiento, Corporación Universitaria Reformada (Barranquilla, Colombia).

Sinopsis del capítulo

Cuando hablamos de “riesgo”, “gestión” y “vulnerabilidad”, nos referimos a toda una cadena de hechos entrelazados que representan al final un indicador del poder de manejo de una sociedad frente a las amenazas. En un primer momento podemos seguir la corriente que define los eventos naturales, como todo aquel fenómeno que se desarrolla dentro de la naturaleza y que son generados por las mismas condiciones ecológicas en grandes proporciones de acción. Cuando estos eventos se encuentran se presenta una elevada probabilidad de ocurrencia estableciendo así una amenaza, si esta amenaza no es controlada y el evento ocurre trayendo consigo grandes pérdidas a nivel social, económico e individual a una comunidad se define la situación como un desastre

Cómo citar este capítulo: Marengo-Escuderos, A. (2018). El ideal de la gestión integral del riesgo de desastres: aspectos políticos, económicos y sociales. En: A. D. Marengo-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 10-22). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

(Baena, 2011), que traen consigo niveles de catástrofe que traen consigo una desestabilización individual y los sistemas social establecidos.

A lo largo del tiempo, aquellas creencias religiosas y fatalistas frente a la presencia de un riesgo de desastre han quedado en el olvido como posible explicación y forma de intervención a los hechos, para darle paso a las interpretaciones más dinámicas, interactivas y sociales (Lavell, 2007). Es decir, el riesgo de desastres es visto hoy en día como una construcción propia que va caracterizando a cada sociedad, que de por sí genera formas propias de incidencia, afectación y recuperación; esto explicaría las diferencias de los niveles de impacto y pérdidas individuales por comunidad, país o ciudad.

Desarrollo económico y político frente a GIRD¹

El ser humano como individuo en la sociedad, en el día a día presenta múltiples escenarios de interacción social, en los cuales desarrolla las habilidades construidas a través de la experiencia y el tiempo, así se va presentando una construcción social y física de los medios necesarios para el desarrollo económico. Es un hecho el que cada sociedad va avanzando de manera o a un ritmo diferente, pero en general su desarrollo aumenta a la vez que la capacidad de disminución de todos los aspectos inseguros o que conllevan a condiciones precarias de forma de vida y afecten su calidad —que deben ser identificados como necesidades prioritarias en todos los contextos sociales—, vaya en aumento (Lavell, 2007).

Es precisamente a través de las necesidades, que cada sociedad va creciendo y de acuerdo a lo que muchas veces podríamos llamar “improvisación” se van estableciendo las condiciones de acomodación estructural en donde intervienen de manera decisiva aspectos políticos, locativos y productivos para la toma de decisiones que terminan afectando a toda una comunidad que puede o no puede verse directamente relacionada con dichas corrientes. A medida que se entienda esta concepción social, se entenderá que las explicaciones a todos los estados de riesgo de desastres se encuentran entrelazados con los diferentes modelos de desarrollo económicos, que al final son los que determinan las

1 Siglas usadas para definir la gestión integral del riesgo de desastres por economía de espacio.

formas de crecimiento y de proyección, siendo así estos los que en primera medida deben ser intervenidos y modificados en pro de un estado de riesgo de desastres de menores o nulas proporciones (Audefroy, 2007). Por desgracia muchas de esas decisiones que son tomadas teniendo en cuenta los intereses productivos, no contemplan las repercusiones subsiguientes a su aplicación entre ellas el riesgo y su gestión implicando necesariamente que las relaciones sociales y de interacción cotidiana se creen bajo un estado permanente y particular de vulnerabilidad y riesgo (Thomas, 2011).

Si bien es cierto que todos los estados de riesgos de un desastre son permanentes, cuando una población es víctima de un desastre, el nivel de daño sufrido puede ser medido de acuerdo a las condiciones presentadas antes, durante y después de ocurrido el evento (Lavell, 2007; Thomas, 2011), es decir que el riesgo no se encuentra definido de manera única por las características del desastre, sino que además se observa el nivel de cambio o transformación producto del evento. De acuerdo a lo anterior podemos afirmar, que los daños sufridos no son más que el reflejo del nivel —económico y social— en que cada población se encuentra y la forma en que los aspectos políticos, locativos, productivos y administrativos están evaluando, interviniendo y atendiendo los posibles riesgos de manera progresiva; es así como y siguiendo lo dicho por Calderón (2001) establecemos de manera categórica que los desastres no son naturales, ya que *“no ocurren, se manifiestan”* (p.17), así bien todos los riesgos que se presentan se encuentran finalmente contruidos de manera social aunque su desarrollo sea por aspectos ambientales (Cardona, 2008).

Todo los riesgos antes de ser tratados deben ser identificados de acuerdo al momento de desarrollo en el que se encuentren, se han documentado cuatro momentos importantes en este ciclo continuo, es llamado ciclo porque partimos del hecho de que aunque la mayoría de los desastres son llamados naturales o fenómenos, como hemos registrado éstos en su mayoría pueden estar en permanente seguimiento, control o ser estudiados y por tanto muy rara vez se presentan sin haberse anunciado de una manera u otra.

Para este trabajo hemos tomado como guía o base la clasificación que realiza Cardona (2008) de estas fases y las hemos adaptado a las necesidades actuales de una sociedad como la colombiana y que se han evidenciado en toda la revisión documental del problema que se han evidenciado en toda la

revisión documental del problema. De acuerdo con la situación particular en la que se encuentre el estado de riesgo podemos encontrar las siguientes fases:

*Conocimiento*², esta fase comprende actividades de capacitación en primer lugar de todos los actores encargados de la dirección y atención frente al riesgo y luego de la comunidad que puede ser afectada por un desastre o que se encuentra en riesgo, esto con el fin de promover y concientizar por mejores prácticas que impacten el desarrollo o diario vivir de los habitantes.

Prevención, esta etapa es determinada por todas aquellas actividades que se realizan para en primer lugar evitar la aparición de un riesgo y en dado caso que existan reducir al máximo la probabilidad de ocurrencia de un desastre.

Atención pos-evento o respuesta a la emergencia, esta etapa se caracteriza por la ayuda reactiva frente a la presentación de un desastre, en donde se procura garantizar de manera humanitaria, con organismos de socorro y entes territoriales disponibles que poseen todas las cualidades y experticia, la seguridad de la población implicada que en muchas ocasiones puede significar las grandes pérdidas económicas y humanas.

Rehabilitación y reconstrucción, como su mismo nombre lo dice en esta etapa de la gestión del riesgo se comienza un proceso de recuperación de todas las pérdidas sociales, económicas, civiles y de infraestructura, además se procura por una restauración óptima que mejore las condiciones anteriores y que así se eviten daños de iguales magnitudes en futuras ocasiones, en este punto y como ciclo vemos la articulación adecuada de estas tres fases donde esta última se convierte en últimas en una forma de prevención futura pos-evento.

Cuando el Estado, Gobierno y sociedad han reconocido y se han apropiado de su papel como actores principales en los procesos de identificación de la vulnerabilidad y en todas y cada una de las fases de intervención en el ciclo

2 Esta etapa es llamada por el autor preparación y estaba ubicada en un segundo momento, pero la hemos integrado con algunos aspectos adicionales que consideramos deben ser tenidos en cuenta al inicio de la GIRD.

permanente del riesgo; deben procurar por prevenir mediante un esfuerzo conjunto la ocurrencia de los eventos o calamidades y en el peor de los casos, experimentar el menor daño material o humano posible cuando el riesgo es inminente sin olvidar dar la máxima atención posible durante los eventos, así se cumple el principal objetivo que establece una “correcta” GIRD (Audefroy, 2007; Baena, 2011; Cardona, 2008; Thomas, 2011). Específicamente hablando esa gestión del riesgo se consigue con el establecimiento de políticas y acciones concretas de conocimiento, atención, reducción y mitigación con miras a la disminución de la amenaza (Hezer et al., 2002), así como la mejora en la calidad de vida y bienestar de una sociedad, por medio de la cual cómo su mismo carácter de “pública” se integren todos los agentes gubernamentales y no gubernamentales como responsables de su correcta ejecución y respetando el capó de aplicación de cada uno de los conocimientos involucrados con miras al verdadero desarrollo integral de la sociedad.

La gestión de riesgo de desastres planteada de forma integral tiene como uno de los factores decisivos a la hora de tomar decisiones el adecuado manejo de los recursos económicos, en Colombia se ha demostrado una asociación entre el nivel de vulnerabilidad de cualquier comunidad y el incorrecto manejo de su dinero público (Baena, 2011). Desde esta perspectiva, entramos a entender la importancia de que ese manejo de recursos no vaya en contradicción con las prioridades y las condiciones establecidas previamente para la disminución del riesgo, puesto que la concepción y percepción social del mismo y la forma en que el nivel de vulnerabilidad sean tenidos en cuenta a la hora de diseñar y generar una política pública, ideológicamente garantizaría una condición segura para el desarrollo de la labor cotidiana de una población aunque —y como lo mencionamos anteriormente— se encuentre en permanente riesgo (Smith & David, 2009).

Por el contrario de lo anterior, en la mayoría de los casos estas preferencias se encuentran guiadas hacia sectores privilegiados o con el mayor nivel de movimiento económico, que muy seguramente se encontraron con mayor y mejores condiciones de resguardo frente a cualquier amenaza o condición de desastre (Cardona, 2003; Thomas, 2011) que en sumatoria no representaría una pérdida igual o mayor a la que tendría un gran porcentaje de víctimas. Bien dirían Susman, O’Keefe y Wisner (1983) que las clases sociales ejemplificaban la vulnerabilidad de manera certera porque estas se encuentran diferencialmente en riesgo

debido a su naturaleza económica y en el peor de los casos a su no preparación educativa ante los desastres.

Lo anterior sólo demuestra cómo las características que definen a cada sector no siempre son tomadas en cuenta para la definición de políticas públicas que garanticen una completa cobertura, en especial para aquellos sectores menos favorecidos, que al final son los que merecerían o necesitarían una mayor atención, protección y acciones de mejora ya sean estructurales, educativas o sociales. Es por lo anterior, que muchas de las sociedades se rigen a partir de la falsa premisa que sugiere que la dirección de los aspectos económicos muchas veces va o debería ir en contra de la protección de la población, puesto que este tópico interfiere con los niveles altos de crecimiento y desarrollo de un país. Hewitt (1996) plantea que “(...) *la distribución de daños en desastres refleja principalmente el orden social que produce, reproduce y regula las actividades humanas*” (p. 11).

Prueba de lo anterior es lo manifestado por Lavell (2007) quien expone que las pequeñas naciones o poblaciones marginadas, que se caracterizan por condiciones de marginalidad social, expropiación, opresión política y explotación, casi siempre son las más afectadas hasta el punto de alcanzar niveles altos de degradación del medio ambiente, con pérdidas calculadas alrededor del 200% del PIB anual en un evento de desastre, lo que financieramente hablando expone un gran esfuerzo de recuperación frente a poblaciones con mejores condiciones debido al impacto mayor causado. Toda la situación anteriormente marcada se encuentra agrupada en un modelo de riesgo que se centra especialmente en la economía y la política, dejando de lado o con menor prioridad la protección humana y sus necesidades prioritarias, este modelo se ha denominado “*concurrentia y relajación*” en el que se actúa luego de la ocurrencia del evento o a puertas de la amenaza inminente (Cardona, 2003).

Sin embargo y pese a todas las situaciones que se pudieran presentar, no todos los estados de riesgo de desastre logran volverse una realidad, pero ¿En qué depende que esto sea así?, precisamente de la falta de orientación y esfuerzo del individuo por reducir al máximo todas las amenazas, que vendría siendo el primer pilar en la toma de decisiones certeras y reales para la solución de los estados de riesgo.

Ahora bien, cuando todos estos estados de vulnerabilidad, amenazas y riesgos de desastres han sido estudiados y analizados en el marco de una concepción y percepción social, pueden ser concretados en una política pública (Hezer, et al., 2002) de manera que no represente las diferencias sociales y económicas anteriormente descritas, así también establece unos lineamientos adecuados para la disminución de los estados de riesgo en futuras situaciones similares (Thomas, 2011).

Cuando se trabaja en políticas que garanticen verdaderamente la GIRD deben tenerse en cuenta una serie de aspectos que vinculados proyectarían en teoría que cada uno de los niveles de la sociedad, las responsabilidades individuales y grupales, las decisiones administrativas, entre otros, trabajen de la mano para obtener resultados positivos, con menores atenciones de desastres y mayores prevenciones del riesgo. Para este caso, nos seguiremos apoyando en Cardona (2008) quien realiza una enumeración de dichos puntos de manera clara y que a nuestro parecer recogen los puntos clave que se encuentran actualmente en la construcción de acciones para la GIRD:

- a. Conocimiento de las diferentes amenazas que se encuentran en la zona, su origen, su nivel de daño, incidencia y probabilidad de ocurrencia de un desastre producto de estas.
- b. Diseñar y comunicar estrategias para reducir las amenazas como medida de prevención se pueden adecuar, modificar, recuperar, reforzar, la infraestructura de las comunidades y su crecimiento, reordenamiento territorial, controlar el manejo de los espacios naturales y su intervención o modificación, fortalecer las condiciones y manejo de los espacios locales para eventos masivos, engranaje de los niveles administrativos.
- c. Poder para predecir, pronosticar, medir y comunicar de manera oportuna toda la información posible de cualquier tipo de cambio climático de algún evento que pudiera tornarse catastrófico, así como noticias continuas durante los eventos de desastres.
- d. Deben crearse mecanismos que puedan ser responsables de la evaluación y seguimiento de manera técnica organizada de todos los

procesos de GIRD en organizaciones, personas y aspectos materiales, tanto antes como después de un desastre.

- e. Para poder garantizar la prevención o reducción de las consecuencias de un desastre producto de un riesgo ya existente y la aparición de nuevos riesgos, deben crearse estándares y guías normativas permanentes sobre todo aquel proyecto que pueda sugerir medidas especiales, por ejemplo, construcción, ordenamiento territorial, modificaciones ambientales, entre otros.
- f. Incorporar en todo el sistema educativo desde temprana edad, cátedras que fomenten la educación ambiental de forma integral que procuren plasmar a largo plazo en la sociedad el conocimiento, la atención, reducción y mitigación de los desastres.

El apoyo social como herramienta de superación al desastre

La clasificación que se genera del riesgo de acuerdo con los contextos que termina afectando luego de la ocurrencia de un evento de grandes proporciones, como el económico, político, educativo y social han sido abordados de manera amplia en investigaciones anteriores. Sin embargo, una de las que mayor repercusión posee es la consecuencia social que se genera desde lo mental y emocional, puesto que su naturaleza no puede ser prevista, ni tratado o recuperado de manera tan rápida o superficial como los aspectos anteriormente descritos. Teniendo en claro las implicaciones y aspectos políticos y económicos necesarios para una gestión del riesgo de desastres adecuada, podemos centrarnos en la importancia de no olvidar la esencia de las víctimas e implicados.

Este tipo de eventos que en la mayoría de los casos son considerados catástrofes por sus grandes magnitudes de desastre y por los cambios producidos sobre la calidad de vida de sus víctimas, se convierten en los acontecimientos de mayor repercusión sobre las esferas que definen la composición física y psicológica que componen las formas de construcción social entre individuos y finalmente de una sociedad. La ruptura de las interacciones sociales cotidianas son el claro ejemplo del mayor efecto social registrado en un desastre, obviamente porque los espacios, rutinas

y simbologías que permitían esta construcción se ven modificados o simplemente se genera una separación entre los actores más centrales dentro de las redes (Fouce & Sánchez, 2002). Como seres sociales las personas tendemos a obtener mayor nivel de resiliencia y adaptación de acuerdo a las redes sociales que se posean, se ha encontrado evidencia de que el aspecto o coste social en el proceso de recuperación luego de un desastre, siempre será mayor o más delicado por las implicaciones humanas y emocionales que este significa (Caram & Pérez, 2004; Cohen, 2006).

En este sentido, los desastres que exponen a los seres humanos a cambios bruscos e inesperados de su vida cotidiana, producen explícitamente *problems in living*, son problemas o afectaciones que si bien —en la mayoría de los casos— no sugieren cuadros patológicos extremos y por lo tanto no necesitan tratamiento clínico u hospitalario, si sugieren cambios en la forma de crear lazos sociales nuevos, continuar con los anteriores y finalmente acomodarse a las situaciones estresantes que se genera mientras se encuentra en el ciclo del riesgo y las demás consecuencias subsiguientes (Baisden & Quarantelli, 1981). Esta línea de pensamiento se apoya en la idea de que el apoyo social son todos aquellos recursos instrumentales, afectivos y emocionales que son aportados a un individuo por comunidades, familiares y amigos íntimos que se relacionen entre sí, estas deben poder ser percibidas y por tanto reales (Lin, Dean & Ensel, 1986).

Este aspecto ha sido muy documentado por tanto no puede ignorarse, las redes de apoyo social deben ser construidas teniendo en cuenta los aspectos funcionales y estructurales, cuando se han determinado la función de cada uno de los actores y las características de composición (que tan importante es cada actor, que nivel de intermediación se juega, que tan densa y fuerte-es), los recursos que otorga —positivos o negativos— se puede diagnosticar el nivel de calidad social que se posee.

La calidad de la red de apoyo social que posee un individuo es uno de los recursos que mayor beneficio otorga en la recuperación o afrontamiento de una situación de desastre, ya que ésta en gran medida determina el nivel de adaptación a los cambios, también provee de recursos de todo tipo y marca directamente el desenlace positivo o negativo de la recuperación. Para que

efectivamente se produzca un apoyo positivo en la persona que ha sido víctima de un desastre, los recursos sociales con los que se cuentan deben ir de la mano con la percepción social y características culturales que se tenían previamente. Los ejemplos más claros de la afirmación anterior son aquellas situaciones en donde los habitantes de una población no permiten una reubicación, aunque el riesgo inminente sea alto, puesto que crea en ellos “(...) *desarraigo, rotura de redes sociales y laborales, pérdida de identidad y exclusión*” (Caram & Pérez, 2004, p. 53).

Para que estos casos de rompimiento de los lazos sociales que dificultan el nivel de adaptación no se presenten o por lo menos que no se terminen convirtiendo en situaciones que impliquen mayor daño sobre la víctima, se sugiere que los grupos sociales que son intervenidos cuenten con un el apoyo de las instituciones encargadas que implementen medidas de solución con un grado de sensibilidad y eficacia elevados que vayan a favor del respeto de las condiciones y características particulares, la historia y las metas futuras, de esta forma y garantizando el surtimiento de un apoyo de calidad se contendría el aumento de los síntomas “normales”, en los procesos de atención y recuperación a los implicados. En resumen, una red social de calidad debe poder lograr garantizar el “(...) *reconocimiento de la familia, cultura y religión; vulnerabilidad a los efectos de la pérdida y separación del entorno; relación del entorno y procesos de trauma*” (Cohen, 2006, p. 115).

Conclusión

Todo lo anteriormente descrito, nos lleva a determinar varios aspectos importantes para que una sociedad sea capaz de crear y aplicar correctamente y de manera integral una política pública para la gestión del riesgo de desastres: primero, cada uno de los campos de acción que ameriten interacción dentro de una sociedad como el económico, político, educativo, sanitario y social que determinan los puntos clave en el desarrollo de la sociedad, deben ser pensados desde una manera preventiva, es decir es necesario que las acciones o decisiones que sean pensadas como un conjunto, de manera transversal, en la que se crucen todos los programas, propuestas y temáticas.

En vez de lo anterior, actualmente las políticas son puestas en marcha como aspectos aislados o independientes, sin tomar en consideración las futuras implicaciones sobre otros, esta situación que ocurre la mayoría de las veces en un país como Colombia cede ante los procesos productivos privilegiados y sus decisiones. Puesto que como bien dice Lavel (2007) los desastres son pensados en el imaginario político *como una manifestación y problema no resuelto en el marco de los modelos de desarrollo impulsados histórica y actualmente* (p. 2). Así también Thomas (2011), expresa que:

(...) una concepción —actual— del riesgo asida fundamental o exclusivamente al papel establecido por el evento natural, desplaza el diseño de políticas públicas hacia la construcción de obras de infraestructura orientadas a disminuir el impacto del evento y no a identificar las condiciones sociales, políticas, económicas o institucionales que hacen a las comunidades vulnerables ante ese evento en particular. (p. 137)

Como reflexión inicial este punto nos abre las puertas a la concepción del desarrollo humano y social como un punto auto-sostenible logro idealmente alcanzado gracias a la integralidad de cualquier plan de desarrollo y políticas públicas bien pensadas y ejecutadas.

En segundo lugar, podemos ahondar un poco más en la importancia de los elementos políticos y sociales, cuando se desea comprender las causas y las diferentes funciones de los posibles riesgos y de la ocurrencia de los desastres, cuando los modelos y planes de desarrollo han sido pensados de manera que integren todos los niveles importantes, se ha definido por así decirlo parte de la identidad de dicha sociedad, puesto que cada plan correctamente diseñado expresa un modelo propio para la GRD, obviamente esto marca una ruta única, una huella individual de actuación frente a los posibles hechos presentados (Lavell, 2008).

Lo anterior claramente demuestra que ningún plan de GRD que haya sido efectivo en determinada población y que se haya caracterizado por respetar y ayudar a cada uno de los sectores implicados sea igualmente efectivo en otra población, claramente porque éste no ha sido diseñado con las particularidades de la nueva población. Es así como, se tumban aquellas “vivezas” de algunos dirigentes que muchas veces fácilmente adoptan modelos

prácticamente iguales que han sido bien ejecutados en otras ciudades, sin tener en cuenta cuáles son esos riesgos o amenazas, las herramientas utilizadas para la prevención, atención y recuperación, que la mayoría de las veces se encuentran basadas en la construcción de obras.

Por otro lado, es igualmente importante la atención directa que se le debe brindar a las víctimas de los desastres y las condiciones sociales que se deben garantizar en un proceso de recuperación y mitigación, no siempre los desastres pueden ser prevenidos, puesto que esto depende de la capacidad humana netamente de disminuir los momentos y situaciones de riesgo, se crean espacios de intervención directa a la comunidad para brindar mayor seguridad; uno de los aspectos que ha sido mayormente marcado como atenuante son las redes de apoyo social. Cuando se garantiza el menor nivel de traumatismo y cambio social en una víctima de desastres se otorga una mejor actitud de afrontamiento de los habitantes.

Hoy en día en Colombia son muchos los retos que quedan en el escritorio frente a la integralidad de la gestión de riesgo de desastres, pero el hecho de identificar dichos aspectos o falencias debe ser tomado como una oportunidad de corregir en el mediano y largo plazo para la adaptación de las políticas públicas existentes y así poder llegar a la creación de nuevas estrategias administrativas, sociales, educativas y económicas que vayan de la mano. Como bien declaro Baena (2011) una política pública integral y la gestión del riesgo de desastres, no pueden dejar de lado ninguno de los aspectos aquí tratados, así como otros que dependiendo de la comunidad sean relevantes puesto que al ser determinantes para su desarrollo no deben estar *por fuera del juego*, con esto se garantiza la calidad de vida y el bienestar de la atención de los riesgos, amenazas y desastres; además de que se puede llegar a pensar por qué no en un futuro donde los riesgos de desastres naturales que de cierta manera han sido provocados por la ignorancia, abandono u olvido del hombre de ciertos aspectos, puedan no presentarse.

Claramente este es un futuro muy lejano si no aprendemos una cultura de gestión del riesgo con características ideales, en donde sólo la naturaleza, lo imprevisto e impredecible se presente en donde contáramos con las herramientas para que sean eventos de mínimo impacto y con una rápida atención y recuperación que permitan proteger lo más posible a los implicados.

Referencias

- Audefroy, J. (2007). Desastres y cultura: Una aproximación teórica. *Revista Invi*, 60 (22), 119-132.
- Baena, C. (2011). Restos de Colombia frente a la gestión del riesgo de desastre natural. *FORUM*, (2), 91-108.
- Baisden, B. & Quarantelli, E. (1981). The delivery of mental health services in community disasters: An outline of research findings. *Journal of Community Psychology*, 9, 195-203.
- Calderón, G. (2001). *Construcción y reconstrucción del desastre*. México: Ediciones Plaza y Valdés.
- Caram, M. & Pérez, S. (2006). Entre el riesgo ambiental y el riesgo social: buscando una salida a la tenencia irregular. *Revista Argentina de Sociología*, 4 (6), 50-64.
- Cardona, O. (2003). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. "Una crítica y una revisión necesaria para la gestión". *LA RED*. Recuperado de: http://www.desenredando.org/public/articulos/2003/rmhcvr/rmhcvr_may-08-2003.pdf
- Cardona, O. (2008). Medición de la gestión del riesgo en América Latina. *Revista Internacional Sostenibilidad, Tecnología y Humanismo*, 3, 1-20.
- Cohen, R. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970-2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25 (1), 109-117.
- Fouce, G. & Sánchez, J. (2002). Intervención psicosociológica en situaciones de estrés agudo: consideraciones teóricas y sugerencias para la intervención en situaciones de emergencia. *Anuario de Psicología*, 33 (1), 63-78.
- Hezer, H., et al. (2002). *Convivir con el riesgo o la gestión del riesgo*. LA RED. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Lavell, A. (2007). *Apuntes para una reflexión institucional en países de la Subregión Andina sobre el enfoque de la Gestión del Riesgo*. Apoyo a la Prevención de Desastres en la Comunidad Andina (PREDECAN). Disponible en: <http://www.comunidadandina.org/predecana/doc/r1/docAllan2.pdf>
- Lavell, A. (2008). *Una visión de futuro: la gestión del riesgo*. San José de Costa Rica: Inédito.
- Lin, N., Dean, A. & Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.
- Smith, K. & David, P. (2009). *Environmental hazards. Assesing risk and reducing disaster*. Nueva York: Routledge.
- Susman, P., O'Keefe, P. & Wisner, B. (1983). Global disasters, a radical interpretation. En: Hewitt, K. (Ed.). *The idea of calamity in a technocratic age* (pp. 264-283). New York: Allen & Unwin Inc.
- Thomas, J. (2011). Desarrollo y gestión integral del riesgo: ¿una contradicción histórica? *Revista de Geografía Norte Grande*, 48, 133-157.

Capítulo 2

Experiencias y aprendizajes de la respuesta ecuménica humanitaria en el terremoto de Ecuador



Milton Mejía ^(a)

a) Teólogo, Corporación Universitaria Reformada (Colombia). Magíster en estudios teológicos de McCormick Theological Seminary en Chicago, Estados Unidos. Doctorando en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Costa Rica, líder del grupo de investigación OIHDPZ. Líder de investigación del grupo OIHDPZ. Corporación Universitaria Reformada.

Sinopsis del capítulo

Compartimos en estas páginas la experiencia y los aprendizajes de la respuesta humanitaria que el Consejo Latinoamericano de Iglesias-CLAI, como miembro de ACT Alianza dio a los daños producidos por el terremoto de Ecuador en abril de 2016. ACT Alianza es una coalición global de más de 140 iglesias y organizaciones ecuménicas que trabajan juntas en más de 100 países para lograr cambios positivos y sostenibles en la vida de las personas en condiciones de pobreza o marginación, independientemente de su religión, opinión política, sexo, orientación sexual, raza o nacionalidad y de conformidad con los estándares humanitarios internacionales más alto (Acerca de ACT Alianza).

Cómo citar este capítulo: Mejía, M. (2018). Experiencias y aprendizajes de la respuesta ecuménica humanitaria en el terremoto de Ecuador. En: A. D. Marengo-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 23-40). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

Compartir esta experiencia y los aprendizajes, creemos que es importante hacerlo ya que se tiene la concepción que las iglesias y organizaciones cristianas cuando realizan una acción social y humanitaria lo hacen para hacer proselitismo religioso. Por esta razón como parte de esta alianza creemos importante compartir nuestra acción y aprendizaje mostrando que es posible actuar como iglesias y organizaciones cristianas, manteniendo nuestra identidad y realizar una acción humanitaria cumpliendo con los principios y normas humanitarias internacionales que promueve ACT Alianza.

Efectos del terremoto y la coordinación ecuménica

El terremoto de Ecuador del 16 de abril de 2016 ocurrido a las 18:58, con epicentro en el cantón Pedernales, Provincia de Manabí, tuvo una magnitud de 7,8 grados en la escala de Richter. Fue el sismo más destructivo en Ecuador desde 1987. A pesar de la magnitud de del terremoto y a que el epicentro se situó a 27 kilómetros de la pequeña ciudad costera de Muisne (al oeste de la provincia de Esmeraldas), con una profundidad de 20 kilómetros, en este cantón se reportaron únicamente afectación en las viviendas y edificaciones. Aun cuando el epicentro tuvo lugar en un área rural remota, varios pueblos en las provincias costeras se vieron afectados. Como efecto directo, hubo 670 personas fallecidas y miles de personas desplazadas viviendo en albergues temporales o refugiados donde familiares o amigos. El Gobierno declaró el “estado de excepción” por 6 provincias: Esmeraldas, Manabí, Santa Elena, Guayas, Santo Domingo y Los Ríos (Final Narrative Reporting, 2017).



Fuente: Zona de terremoto y ubicación de Muisne. Imagen tomada de: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/internacionales/potente-sismo-en-ecuador-cause-decenas-de-muertos-1471596.html>

Desde el momento que tuvimos información del terremoto, el personal del CLAI, con sede en Quito, Ecuador y el equipo de la oficina de Acción de las Iglesias Juntas - ACT Alianza, para América Latina y el Caribe cuya oficina está en el Salvador empezamos a coordinar la respuesta de las iglesias y organizaciones ecuménicas a esta emergencia. Esto posibilitó en Ecuador la presencia de un equipo de personas representantes de ACT Alianza, la Federación Luterana Mundial-FLM, el Programa de Atención a Desastre de la Iglesia Presbiteriana de los Estados Unidos-PDA y Diakonie Katastrophenhilfe-DKH quienes en comunicación con personal del Christian Aid, ICCO, Amity Foundation y la Iglesia Evangélica Luterana de América-ELCA empezaron a planear una respuesta solidaria conjunta como familia ecuménica (Respuesta ecuménica al terremoto en Ecuador 2016).

De esta forma, el CLAI se constituyó en el receptor de los organismos internacionales ecuménicos que llegaron a Ecuador para evaluar la emergencia e intentar responder adecuadamente. Esto hizo posible que las personas encargadas de emergencia de ACT Alliance, la Federación Luterana Mundial, PDA y por Personal del CLAI realizaran dos visitas las zonas donde hubo afectación por el terremoto para evaluar daños y necesidades de las comunidades. Poco después, de realizada las visitas a la zona afectada en la provincia de Esmeraldas se identificaron las necesidades prioritarias de estas comunidades, ya que los daños sufridos por el terremoto agravaron la difícil situación en la que viven sus habitantes, pues se evidencio aún más el estado de pobreza en las que se encontraban.

Con esta verificación y con la información recolectada en el campo, junto con DKH se definió la presentación de una solicitud a la oficina de ACT Alianza de manera conjunta, pero con acciones e intervenciones en diferentes zonas de la provincia de Esmeraldas; De esta manera el CLAI definió realizar su intervención en la cabecera cantonal de Muisne – Isla de Muisne donde sus habitantes perdieron sus viviendas y enseres y se identificó que no había mucha presencia del Estado o de otras organizaciones no gubernamentales-ONGs. Con esta intervención el CLAI, fue la única organización que hizo presencia constante dentro de la Isla en la etapa posterior al terremoto.



Fuente: diario El Universo. Isla de Muisnes, donde el CLAI realizó la intervención. (2016).

Adicionalmente en el mes de julio el Gobierno publicó la resolución No. SGR-073-2016 para la reubicación de los habitantes de la isla de Muisnes y la declaración de zona de riesgo, lo que significa el retiro paulatino de las instituciones públicas lo cual empezó a afectar los derechos de los pobladores en temas como desarrollo infantil, servicios públicos, participación ciudadana y dificultad en la comunicación oficial. A pesar de existir esta restricción específicamente para la Isla de Muisnes, el Gobierno Nacional inició en el mes de noviembre la construcción de un puente Peatonal y para Moto-taxis el cual comunica al Continente con la Isla; se espera que esta obra esté finalizando en el mes de marzo de 2017, dicho puente permitirá a la comunidad de la isla trasladarse más rápido y fácil al continente en caso de alguna emergencia o alerta de Tsunami.

Para la población en general, la construcción de este puente y la falta de planes e información clara sobre la reubicación, ha tenido como consecuencia que muchas personas abandonen totalmente los albergues y regresen a sus casas para reconstruirlos poco a poco ya que no cuentan con ayuda de parte del gobierno nacional y local; y por otra parte muchas personas con mayor pobreza han optado por quedarse en los albergues ya que ahí cuentan con la alimentación asegurada a pesar de las restricciones y riesgos que estos albergues generan.

En temas de seguridad, para la comunidad y para el personal que trabajo en el proyecto, durante todos los meses de implementación del proyecto se presentaron varias réplicas y sismos de mediana magnitud, los cuales afortunadamente no generaron daños materiales en la zona centro y norte de la provincia de Esmeraldas. La constante actividad sísmica provocó en la población en un inicio temor, pánico e incertidumbre, pero después paso ser algo cotidiano para ellos, representando esto un reto en el proceso de implementación del proyecto teniendo en cuenta la poca formación y capacitación de las comunidades frente a una posible emergencia.

Intervención humanitaria

Ante esta situación, el CLAI, en coordinación con DKH y con apoyo de ACT Alianza implementó una respuesta a la población afectada por el terremoto durante el periodo abril – diciembre 2016. El trabajo se concentró en la Isla de Muisne, donde acompaño a una población cercana a las 2800 personas, las cuales recibieron apoyo en atención psicosocial basada en la comunidad, fortalecimiento de capacidades en agua saneamiento y promoción de la higiene, se entregaron filtros para la purificación del agua de consumo humano, y kits de limpieza e higiene personal. Como parte de su estrategia de intervención se conformó, capacitó y apoyó un grupo de voluntarios y voluntarias, en su mayoría jóvenes de la isla de Muisne, quienes fueron sujetos activos durante el periodo de implementación del Appeal.

El CLAI constituyó un equipo de trabajo de personas para hacer la intervención donde participaron una encargada de la coordinación general del proyecto, otra responsable de la atención sicosocial, una más que trabajó en saneamiento ambiental e higiene, una administradora de los recursos y quien escribe. Como equipo inicialmente definimos que los barrios de Santa Rosa, San Pedro, San Pablo, la invasión y bella Vista sería la zona en la cual se realizaría la intervención, teniendo en cuenta el nivel de vulnerabilidad y afectación (vivienda) que estos y su población habían tenido; Posteriormente se amplió el trabajo hacia otros zonas de la isla, las cuales no presentaban gran afectación en sus viviendas, pero se identificó la necesidad de apoyo psicosocial; además que el acceso al agua es un tema que afecta a la isla en general; por esta razón se desarrolló el trabajo en los barrios de las Florida , Américas y progreso, atendiendo así más del 50% de la Isla.

Después de las visitas de campo realizadas, se pudo identificar en los barrios las siguientes necesidades:

- 1) la falta de servicios básicos, ya que no existen condiciones sanitarias mínimas al interior de la Isla, razón por la cual los desechos humanos y animales se vierten sin tratamiento alguno a los manglares elevando la contaminación orgánica.
- 2) la dificultad de acceso a agua apta para el consumo humano para la población de la isla; ya que algunos de los pozos adecuados para la extracción del agua colapsaron después de la emergencia, razón por la cual la población depende en gran medida del suministro de cargueros o carro tanques y de la compra de tanques de agua.

Sobre el agua, se encontró en la población recolecta y consume el agua proveniente de: 65% agua lluvia; 20% Agua de pozo; 8% Agua entubada; 3% agua de poma o bidón; 3% de Carro tanque, de igual manera se identificó que de las 398 familias únicamente 281 de ellas realizaban algún tipo de tratamiento (cloro) al agua antes de consumirla, lo que significa que el 29% de la población consumía el agua sin tratarla.

- 3) La necesidad de fortalecer los liderazgos locales y la organización comunitaria, así como la falta de espacios lúdicos de recreación y de formación comunitaria.

De la población encuestada, el 74% manifestó estar afectada emocionalmente después del terremoto; 64% manifestaron que hay estrés en la familia y un 67% manifiesta que el – ella o algún miembro de su familia tiene dificultada para dormir, por último, se identificó que el 91% de la población no ha recibido Apoyo Psicosocial, únicamente el 9% ha recibido algún tipo de ayuda principalmente por parte de un psicólogo en el Hospital

A partir de este diagnóstico se definieron dos áreas de trabajo que se desarrollarían durante la intervención por parte de CLAI la cuales fueron apoyo en agua potable, saneamiento ambiental, higiene personal y acompañamiento psicosocial basado en la comunidad.

Como parte del proceso de implementación se hizo la socialización del proyecto, así como la caracterización de 398 familias que vivían en la Isla, encontrando que en promedio las familias están compuestas por 4 integrantes; de igual manera de estas familias, 18 de ellas tienen al menos un integrante con Discapacidad; 356 familias manifestaron tener algún tipo de afectación en sus viviendas de las cuales 161 vivienda están agrietadas y 165 fueron destruidas.

Con esta información recolectada, iniciamos a plantear las diferentes estrategias de intervención para para las dos áreas que se definieron; teniendo siempre en cuenta que trabajaríamos de manera simultánea y complementaria las dos áreas, además que buscamos siempre dejar capacidades instaladas en la comunidad.

De igual manera iniciamos con el proceso de identificación y conformación del grupo de voluntarios, el cual se integró y consolidó con 27 personas miembros de la comunidad, quienes desde un inicio fueron formados y capacitados en el manejo preventivo del agua, hábitos de higiene y atención psicosocial. Las áreas de intervención que se atendieron consistieron de los siguientes aspectos: ***Saneamiento ambiental e higiene.***

Para trabajar de esta área, iniciamos con la realización de talleres con las diferentes comunidades, los temas desarrollados en los diferentes talleres son:

- Talleres de promoción de aseo e higiene.
- Talleres de manejo de residuos sólidos.
- Jornadas de prácticas de higiene.
- Talleres de uso y manejo de filtros de agua.
- Jornadas de limpieza espacios comunitarios.
- Visita de seguimiento uso de filtro de agua.
- Jornadas de entrega filtros, kits, tanques y pilas cerámicas de repuesto.

Filtros de agua

De igual manera, realizamos el primer análisis de agua el cual nos sirvió como soporte para escoger la mejor opción del tipo de filtro a entregar en la comunidad, teniendo en cuenta varios aspectos como el acceso repuestos,

valor, duración y garantía del mismo; así se definió con la comunidad el uso de un filtro de agua con pila de arcilla y baño de plata coloidal, las cuales disminuyen en un alto porcentaje la presencia de heces fecales y bacterias, brindando de esta manera el acceso a un agua segura para el consumo humano.

La comunidad se organizó para la compra de los filtros y realizamos la entrega de 700 filtros purificadores de agua en los barrios donde hicimos presencia, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1.

Santa Rosa	182	700
San Pedro- San Pablo	128	
Bella vista	43	
Invasión	125	
Progreso	63	
Florida- Américas	159	

KITS de aseo e higiene

Se entregaron 1400 Kits en total, 700 kit de aseo y 700 kit de higiene; estos kits fueron definidos teniendo en cuenta las normas internacionales y además contó con la participación y aprobación de la comunidad, de esta manera garantizamos que los elementos entregados tengan un adecuado uso por parte de la comunidad; como resultado los kits contaron con los siguientes elementos:

KIT DE ASEO	KIT DE HIGIENE
1 Balde de aseo	1 Toalla de baño grande
1 Escoba de cerda plástica de 30 cm	3 Jabones para cuerpo
1 Trapeador de 40 cm	1 Jabón líquido 200 ml
1 Desinfectante con aroma	2 crema de dientes

KIT DE ASEO	KIT DE HIGIENE
1 Frasco Creolina de 200 ml	4 Cepillos dentales suaves
3 Mascarillas	3 Afeitadoras tipo Prestobarba
2 Pares de guantes plásticos	8 Rollos de papel higiénico (2x4)
2 Detergentes en polvo de 200 gr	1 Toalla de cuerpo tamaño mediano

Pila cerámica de repuesto para filtro

En total se entregaron 700 unidades de pilas cerámicas de repuesto para el filtro de agua, de esta manera aseguramos el acceso a un agua segura, por un periodo mínimo de un año, dependiendo del uso, manejo, limpieza y agua utilizada para filtrar.

Tanque para almacenamiento de agua lluvia

Teniendo en cuenta la información recolectada en la caracterización inicial, se entregaron 700 tanques para el almacenamiento de agua y 700 baldes pequeños para su manipulación a las familias participantes del proyecto; de esta manera las familias cuentan con un tanque adecuado para el almacenamiento del agua.

La población total beneficiada fueron 700 familias, las cuales recibieron una (1) unidad de cada elemento entregados en el proyecto; Lo que representa un promedio de 2.800 personas que han mejorado su calidad de vida, cuentan con un medio de acceso a agua segura por más de un año y han mejorado sus prácticas de higiene, gracias a los elementos entregados y a las capacitaciones recibidas.

Apoyo psicosocial basado en la comunidad

El soporte para trabajar esta área se dio por medio de una capacitación con todas las personas que estábamos involucradas en la implementación del proyecto. Esta capacitación fue facilitada por una persona de la Iglesia Sueca quien trabajo lo que es el apoyo psicosocial basado en la comunidad y los principios rectores de ACT Alianza en las intervenciones humanitarias.

En esta capacitación quedo claro que “el apoyo psicosocial basado en la comunidad es un enfoque en el que el socorro humanitario integra aspectos psicosociales en la respuesta. El bienestar psicosocial depende de muchos aspectos de la vida de una persona. Para sentirse bien, las personas confían en la interacción social, la estimulación mental y el aprendizaje, la seguridad y la integridad física, y las creencias religiosas y espirituales. Se deben atender sus necesidades materiales, biológicas y psicosociales en cuanto a alimentos, agua, refugio, saneamiento y salud física y mental” (Apoyo psicosocial, 2011).

Por esta razón para realizar la atención psicosocial en la comunidad, no solo partimos de la información ya identificada en la caracterización que realizamos en los barrios, sino que además iniciamos el levantamiento de una línea de base de manera conjunta con un grupo de miembros de la comunidad que posteriormente se organizarían como voluntarios. Dicha información nos permitió que como grupo validáramos nuestras percepciones frente a las necesidades reales de las personas y la comunidad, pues si bien a pesar del terremoto, las comunidades manifiestan necesidades relacionadas directamente con este evento natural, en la comunidad existían otras temáticas que podíamos trabajar a nivel personal, familiar y comunitario, lo cual nos permitiría fortalecer los liderazgos locales.

De esta manera identificamos la importancia de fortalecer sus capacidades tanto psicológicas como sociales, las cuales se encontraban ya deterioradas; por esta razón se definió trabajar de manera específica el aspecto personal y familiar en el contexto comunitario de manera articulada. Esto permito empezar a lograr una reparación integral en lo personal y en la vida familiar que se reflejó en un cambio de actitud hacia la participación comunitaria.

Temáticas desarrolladas con la comunidad.

- Expresión de Sentimientos.
- Identidad Cultural y derechos en situación de emergencia.
- Estrés y Adaptación.
- Autoestima.
- Motivación.

- Superación Personal.
- Comunicación Efectiva.
- Gestión de Riesgo

Estos talleres fueron realizados con las familias participantes del proyecto que hicieron parte del área de saneamiento ambiental e higiene y se extendió la invitación a los demás miembros de los barrios en los cuales teníamos presencia, por esta razón al iniciar el proceso y durante su desarrollo contamos con la participación de personas, de la comunidad que fueron integrándose y fortaleciendo los lazos comunitarios entre los vecinos.

Al finalizar el proceso contamos con la participación de 871 personas en el área de apoyo psicosocial basado en la comunidad superando la meta establecida, lo que demostró el impacto que tuvimos en la comunidad; además de contar con la participación de 336 niños, en dos (2) actividades específicas para ellos.

Por otra parte, se realizó un trabajo articulado con un grupo de voluntarios, el cual participó de las actividades y de manera diferenciada, recibieron una capacitación adicional. El proceso anterior, se desarrolló a través de unos encuentros o talleres los cuales tuvieron siempre la característica de ser estación de formación y al mismo tiempo espacios ludicos.

Voluntarios y voluntarias

Al iniciar el proyecto se identificaron personas con liderazgo local con los cuales iniciamos la socialización del proyecto, al mismo tiempo algunos miembros de la comunidad se iban acercando nosotros poco a poco, razón por la cual cuando realizamos la invitación para hacer parte del grupo de voluntarios del proyecto, contamos con la participación de 32 personas, las cuales fueron formadas en manejo preventivo del agua, hábitos de higiene y atención psicosocial; con el paso del tiempo este grupo fue disminuyendo y se consolidó con 27 personas quienes finalizaron todo su proceso.

El objetivo con este grupo de voluntarios fue el fortalecimiento de liderazgos locales, por esta razón este grupo recibió talleres en saneamiento

ambiental e higiene y apoyo psicosocial basado en comunidad de manera paralela a los desarrollados con las comunidades, puesto que una de las estrategias para el logro del objetivo fue la formación de formadores o formar a los voluntarios para que fueran ellos quienes realizaran y lideraran los talleres con las comunidades; eso sí, siempre con el acompañamiento del personal de campo de CLAI.

Para el trabajo con estos voluntarios contamos con el apoyo de Equipo Metodista de Ayuda Humanitaria de Chile- Emach, quien además de trabajar temas psicosociales con la comunidad realizó talleres específicos con los voluntarios del proyecto. Los talleres adicionales para los voluntarios fueron:

- Identidad y territorio
- Gestión de Riesgo de Desastres (GRD)
- La Organización
- El Equipo de Trabajo
- El Árbol de Problemas (Diagnóstico Comunitario).
- Taller de Liderazgo y Participación
- Taller Comunicación en Situación de Emergencia
- Juego de Roles
- Taller Refuerzo Trabajo en Equipo

Por otra parte, y teniendo en cuenta que este grupo de voluntarios de cierta manera realizaron un trabajo para el proyecto en sus comunidades, con este grupo trabajamos temas de auto cuidado; razón por la cual realizamos con ellos una salida psicosocial, la cual permitió que estuvieran en un espacio distinto al de la isla y pudieran compartir con sus pares en otro contexto, así mismo aprovechamos el espacio para reforzar valores tales como, confianza, compromiso, comunicación y ayudar al otro.

De igual manera, realizamos con el grupo una actividad de cierre, con la cual se culminó el proceso de capacitación con los voluntarios en el que permitió observar los alcances realizados a lo largo del proyecto. Quedo evidenciado que construyeron un grupo, en el que, sin importar sus situaciones personales, consiguieron avanzar como equipo de trabajo y unificaron sus roles en pro de la comunidad.

Por último, a este grupo de voluntarios y voluntarias, pudimos entregarles a cada uno de ellos y ellas un reconocimiento por su dedicación, empoderamiento y apoyo a las actividades, responsabilidades y demás acciones lideradas por ellos mismos en su comunidad; dicho reconocimiento fue lograr cumplirles un deseo (entregarles algo material) que dadas las circunstancias y condiciones económicas, no era de fácil acceso para ellos; de esta manera entregamos a cada uno un obsequio y un aporte económico como reconocimiento por el trabajo desarrollado durante el voluntariado.

Relaciones y alianzas

Durante la implementación del proyecto este fue socializado a representantes de iglesias en la región y a líderes de las Iglesias metodista y luterana a nivel nacional, además de colectivos ciudadanos como “Creemos Ecuador”, con la finalidad de sumar esfuerzos en favor de las comunidades en el cantón Muisne de la Provincia de Esmeraldas - Ecuador. También fuimos invitados a participar en las reuniones de coordinación con el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES, en el cantón Esmeraldas, donde se presentaron las metas y objetivos del proyecto, con la finalidad de establecer nexos de coordinación con el Estado Ecuatoriano. El Proyecto llegó a ser parte del Equipo Humanitario Local de la Provincia de Esmeraldas, un espacio importante de cooperación y reflexión con las Organizaciones No Gubernamentales que estaba operando en la zona de desastre. A partir de estas reuniones el Proyecto se fortaleció con la planificación de actividades conjuntas, de mayor cobertura y mejor calidad.

Estas relaciones han permitido una mayor eficacia por las alianzas que el Proyecto ha realizado tanto con la sociedad civil, como con el Estado, con ONGs de Ecuador e internacionales. Si bien las instituciones y organizaciones con las cuales se trabajó fueron pocas, han sido las necesarias y donde la relación ha sido de confianza y reciprocidad. La lista de organismos aliados durante el desarrollo del Proyecto es la siguiente:

- Equipo Metodista de Ayuda Humanitaria de Chile. EMAH-CH. (apoyo técnico en temas de apoyo psicosocial).

- Fondo Ecuatoriano Populorum Progreto. FEPP. (apertura de contactos iniciales, taller conjunto de apoyo psicosocial).
- Dirección Cantonal del Ministerio del Ambiente de Muisne. (apoyo logístico, préstamo de local, préstamo de mobiliario y equipos).
- Organización No Gubernamental HIAS. (colaboración en temas de apoyo psicosocial)
- Directivas barriales de Muisne. (participación comunitaria).

La mayor alianza se realizó con la comunidad dado que las personas en esta región tradicionalmente han sido tratadas como objetos, ellos reconocen también sus debilidades organizativas y que no han sido capaces de desarrollar procesos de protagonismo social para su desarrollo, sin embargo, el Proyecto ECU 161, ha potenciado sus capacidades. Esto se ha tenido que enfrentar en un inicio a la falta de experiencia y malas experiencias anteriores en temas de participación con ONGs.

Para garantizar las buenas relaciones una de las características del Proyecto fue el cumplimiento estricto de la palabra por parte de los técnicos de campo y la política estricta de no crear expectativas sobre aspectos que no se van a cumplir, por no ser parte del presupuesto ni plantear actividades que no estaban relacionadas con la intervención. De esta forma la misma comunidad reconoció que “El Proyecto y sus técnicos no han utilizado la demagogia, ni el engaño para motivar la participación de líderes y familias damnificados por el terremoto”.

La alianza con la comunidad incluyó la constante presencia del personal del proyecto en cada uno de los barrios, este ha sido uno de los factores clave que han creado un vínculo de confianza en la gente; y, de forma recíproca el equipo que trabajó en la implementación en todo momento ha confiado en la comunidad y sus capacidades, se asignaron a las personas responsabilidades organizativas y logísticas. En muchas ocasiones las personas han sorprendido con su espíritu de trabajo y su colaboración desinteresada.

La cooperación entre ejecutantes del proyecto y la comunidad logró un cambio de ánimo, generando un espíritu de optimismo y esperanza, lo cual logró cambiar el entono comunitario dado que se elaboraron murales, mingas y arreglo del parque de Santa Rosa en conjunto con la comunidad

logrando reconocimiento del impacto que produjo el proyecto, lo cual brindó legitimidad ante el conjunto de la población.

Valoración y aprendizajes

Durante la evaluación de la intervención realizada durante el mes de enero de 2017 con participación de representantes de ACT Alianza, DKH y el CLAI, Rosa Matamoros representante de la oficina de América Latina y del Caribe de ACT, después de escuchar a la comunidad y ver el trabajo que se realizó durante la implementación del Appeal manifestó: “Esta metodología de trabajo fue exitosa, puesto que eran personas de la comunidad las que acompañaban a la comunidad. El voluntariado se sintió integrado y útil en la recuperación de su comunidad, y valoraron positivamente la confianza que depositó CLAI en ellos y ellas, además se sintieron importantes y útiles para su comunidad. Otro aspecto importante fue el fortalecimiento de capacidades, “no vinieron solo a dar, sino que, a transmitir un mensaje, otras organizaciones venían solo a tirar paquetes.” Las personas participantes valoraron significativamente el aprendizaje que obtuvieron en atención psicosocial basada en la comunidad, así como en higiene y saneamiento. El alto compromiso del grupo de voluntarios y voluntarias fue clave en el éxito obtenido en la respuesta brindada, hay aún muchos retos por superar, pero también un gran deseo de la población y del voluntariado de ser sujetos activos en su proceso de recuperación material y emocional” (El voluntariado, 2017).

En general se valoró que quedan muchos aprendizajes sobre como las iglesias podemos hacer una intervención humanitaria ya que al escuchar los testimonios de las personas que recibieron apoyo, acompañamiento y al grupo de voluntarios y voluntarias expresaron: “El CLAI vino a darnos un mensaje que somos personas con dignidad y derechos, nos ayudó a organizarnos como comunidad y aprendimos a vivir con confianza y saber qué hacer ante el miedo de los temblores que seguimos sintiendo” (El voluntariado... 2017). Desde nuestra perspectiva este es el mensaje del evangelio que necesita estar presente en toda acción de servicio a las comunidades independientemente de su religión, afiliación política, sexo, orientación sexual, raza o nacionalidad.

Algunas de las lecciones aprendidas que valoramos y permitieron el logro de las metas establecidas, fueron:

- El contar con un equipo apropiado de profesionales con diferentes disciplinas y personas con experiencia que trabajaron de manera articulada; ya que no diferenciamos al interior del grupo de trabajo las áreas de saneamiento ambiental y apoyo psicosocial, lo que permitió articular actividades donde se trabajaron las dos temáticas de manera conjunta.
- La presencia constante e integración del equipo implementador con la comunidad en la zona de intervención permitió el reconocimiento y construir confianza con la comunidad durante la ejecución del proyecto. Como resultado contamos con una alta participación y compromiso de la comunidad en la ejecución del proyecto.
- El cumplimiento a la comunidad de los servicios definidos en el proyecto logró que el CLAI obtuviera un alto reconocimiento como una organización de confianza por los habitantes de la isla y las autoridades locales.
- El construir y cumplir con los acuerdos, consensos y agendas realizadas entre el personal de campo que convivió con la comunidad, la coordinación de CLAI y con las comunidades que participaron en el proyecto.
- El ajuste del proyecto a la realidad encontrada en el momento de la implementación facilitó hacer una intervención acorde a las necesidades y lo requerido por las comunidades. Esto se logró con un monitoreo constante de la ejecución del proyecto donde el equipo de voluntarios y la comunidad participaron.
- El darle a la comunidad y sus líderes un rol dentro del proyecto, la oportunidad de manifestar y dar sus apreciaciones, el hacerlos partícipes en la toma de decisiones; generó empoderamiento y apropiación de la comunidad en los procesos. En este proceso fue clave el grupo de personas voluntarias.
- La implementación de estrategias y actividades de bajo costo, el motivar el aporte local y promover actividades conjuntas con organizaciones de la comunidad permitieron maximizar los recursos.
- El reconocer la dinámica cotidiana de la población permitió la planeación de las actividades propias del proyecto, ya que dependiendo de las mareas del mar había participación en las actividades. (si la marea es baja las personas van a recolectar conchas y no participan en los talleres).

- El implementar estrategias de participación para la recreación, formación y capacitación de las personas de manera accesible, clara y abierta, sirvió para que la gente demostrara su alegría y se incrementara la asistencia a los talleres y reuniones.
- Como observamos que las iglesias y organizaciones cristianas presentes en la isla no tenían personal capacitado en la atención humanitaria la relación con ellas exigió que se clarificara el carácter humanitario de la intervención con lo cual se evitó que estas hicieran proselitismo religioso o rechazaran personas por su opción política o sexual.
- ACT Alianza y el CLAI necesitan fortalecer la capacitación en diaconía humanitaria que permita brindar formación para iglesias y organizaciones cristianas, en temas emergencia, gestión del riesgo, aplicación y uso de códigos de conducta y otras normas humanitarias.

Como equipo de trabajo fuimos conscientes que no realizamos una intervención humanitaria tradicional ya que estamos comprometidos con el paradigma y el código de conducta de ACT Alianza. En esta perspectiva para el CLAI fue una experiencia nueva ya que desde que se organizó esta alianza es la primera vez que realizamos una intervención humanitaria bajo su cobertura. Esto implicó tensiones ya que fue necesario romper con prácticas de anteriores intervenciones humanitarias y garantizar un equipo de trabajo conocedor de los códigos y con experiencia de trabajo con ACT Alianza para garantizar los resultados obtenidos.

Por esta razón, estas lecciones aprendidas tienen como objetivo que se empiece a construir marcos de referencia para que las iglesias y organizaciones cristianas puedan fortalecer su intervención y participación en intervenciones humanitaria cumpliendo los códigos y principios éticos internacionales para este tipo de proyectos.

La experiencia muestra que después de nueve meses de presencia en la Isla observamos que ha habido cambios en las personas, las comunidades y quienes participamos de la intervención. Estos cambios son evidentes cuando se comparte con quienes participaron en el proyecto, las personas de la comunidad aprendieron a manejar el miedo, saben qué hacer y cómo ayudar a otras personas ante los constantes leves temblores con lo que se convive y en medio de la reactivación en sus actividades cotidianas, al

tiempo que se incrementa la población dentro de la isla tanto en el día como en la noche.

Referencias

Final Narrative Reporting (2016). Respuesta ecuménica al terremoto de Ecuador. Ecuador Earthquake ACT Appeal ECU161. Act Alliance. Recuperado de: <http://www.claiweb.org/index.php/archivo/11-noticias/123-respuesta-ecumenica-al-terremoto-en-ecuador>

Consejo Latinoamericano de Iglesias (2017). El voluntariado en la respuesta humanitaria en el terremoto en Ecuador (2017). Ecuador. Act Recuperado de: <http://www.claiweb.org/index.php/15-para-banner-home/209-el-voluntariado-comunitario-en-la-respuesta-humanitaria-en-el-terremoto-en-ecuador>

Apoyo psicosocial basado en la comunidad para los programas de ACT Alianza. Principios rectores. Comité Ejecutivo de ACT el 14 de diciembre de 2011. Ecuador. ACT Alianza. Recuperado de: <http://178.62.114.239/wp-content/uploads/2015/07/ACT-CBPS-Guiding-Principles-SPANISH.pdf>

Para conocer más sobre los componentes de la implementación de este proyecto les invitamos a ver los siguientes videos:

Reportaje del proyecto: <https://www.youtube.com/watch?v=zrbQHE-mDf0>

Componente sicosocial: <https://www.youtube.com/watch?v=H2nfiyx7pFw>

Componente wash: <https://www.youtube.com/watch?v=pesxNQb7hvQ>

Sobre voluntarios y voluntarias: <https://www.youtube.com/watch?v=G3XEIB2Fcc0>

Capítulo 3

Consolidación organizativa de los recicladores



Marlenny Díaz Cano ^(a)

Diana Magaly Correa Valero ^(b)

a) Investigadora asociada Universidad Sergio Arboleda Santa Marta. Colombia. Grupo de Investigación Joaquín Aarón Majarrés categoría A COLCIENCIAS. Abogada, Universidad Nacional de Colombia, magister en planificación y administración del desarrollo Regional, Universidad de los Andes, cursando doctorado en Sociología Universidad de la República de Uruguay, docente derecho ambiental.

b) Abogada, Universidad de Caldas, magister en Antropología Universidad Nacional de Colombia, estudiante de doctorado en UNIVALI y becaria CAPES, en Brasil. Profesora de derecho ambiental en la Universidad de Caldas Colombia. Investigadora en Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos.

* Proyecto que hace parte de la investigación marco sobre “Análisis del componente participativo de Políticas públicas sociales” que incluyó las siguientes etapas: Primera (2005) sobre Política pública de Aseo, patrocinado, por la Universidad de los Andes, a través del proyecto: “Organización comunitaria en torno al reciclaje”.

Resumen

El artículo muestra resultados de investigación del proyecto Medio ambiente y comunidades con tres fases de desarrollo, una de las cuales evaluó el impacto de la política

Cómo citar este capítulo: Díaz-Cano, M. & Correa-Valero, D. (2018). Consolidación organizativa de los recicladores. En: A. D. Marengo-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 41-87). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

pública de aseo en la población recicladora de Colombia. Dentro de los hallazgos encontrados se evidenció la importancia dada a la consolidación organizativa de los recicladores informales, como vía para superar su precariedad y rechazo social. Buscando identificar experiencias aprendidas en este tipo de procesos que pudieran orientar el diseño de política pública en el tema, se desarrolló un estudio de caso con dos organizaciones de recicladores de las ciudades de Bogotá y Bucaramanga, cuyos principales hallazgos aportan no solo a la visibilidad y comprensión de los problemas de este grupo poblacional vulnerable, sino también a la valoración de sus logros, manifiesto en proyectos exitosos de reciclaje que les ha permitido mejorar su calidad de vida, pasando por un arduo camino de pelea por sus derechos en una sociedad que solo recientemente está reconociendo su valía.

Introducción

La basura ha sido un problema público que ha llegado a las agendas de gobierno principalmente por ser un problema ambiental. No obstante, también tiene implicaciones sociales que involucra a un grupo específico de la población conocido como recicladores, quienes a través de sus procesos organizativos han encontrado no solo una fuente de ingresos económicos sino una vía para superar la marginalidad y el estigma social que han tenido que padecer por muchos años.

Desde el año 2003 los recicladores han sido protagonistas de batallas jurídicas³ en las que han logrado, entre otros aspectos, ser reconocidos como población vulnerable y en consecuencia que el Estado este obligado a eliminar o disminuir su condición de exclusión y desigualdad a través de Acciones Afirmativas cuyo objeto es “*conseguir una mayor igualdad sustantiva entre grupos sociales con problemas de discriminación o de desigualdad de oportunidades*” (Colombia Corte Constitucional (2000, Marzo), “Sentencia C-371”, M.P Dr. Gaviria Díaz, C., Bogotá). Dando cumplimiento a esta orden las

3 El proceso más conocido es el de la ciudad de Bogotá por el despliegue de medios que tuvo. Sin embargo, no ha sido el único pues a partir de la normativa que obligó a los municipios a generar los Planes integrales de gestión de residuos (Colombia Presidencia de la República 2002 Decreto 1713) se generó una avalancha de concesiones del servicio de aseo en varias ciudades del país, con similares enfrentamientos entre la administración pública y los recicladores.

diferentes regulaciones normativas sobre el servicio de aseo han incluido el apoyo a la consolidación de las organizaciones de recicladores como una acción afirmativa tacita que posibilita el ejercicio de sus derechos a la participación en mejores condiciones de igualdad.



Fuente: proexpansión.com, reciclame.net, www.escri-net.org

De dos escenarios posibles de observación del ejercicio de las acciones afirmativas: el primero en la política pública y el segundo al interior de las organizaciones de recicladores, se escoge el segundo, con el objetivo de dar respuesta entre otras a las siguientes preguntas: ¿Qué factores o criterios identifican una organización consolidada? ¿Por qué problemas y aciertos pasan las organizaciones en su proceso de consolidarse? Siendo el apoyo a la consolidación organizativa una acción afirmativa que en criterio del estado les permite a los recicladores ejercer de mejor manera su derecho a participar ¿cómo perciben y asumen las organizaciones el tipo de participación que promueve la política pública sobre el servicio de aseo? y ¿Qué estrategias han desarrollado cada una de las organizaciones para articularse a los espacios de participación propiciados por la política pública local y desarrollar sus expectativas de organización comunitaria?

La estrategia investigativa definida para dar respuesta a estas preguntas aborda la revisión documental y el estudio de caso sobre dos organizaciones representativas de recicladores de las ciudades de Bogotá (Lisboa,) y Bucaramanga: (Cooperativa de Trabajo Asociado Reciclaje y servicios, Coopreser) cuyos criterios de selección incluyeron: Liderazgo en el sector, dedicación exclusiva a la actividad del reciclaje, figura organizativa (inscrita en cámara de comercio y tiene estatutos), mínimo 5 años de trabajo, Intermediación o presencia de un aliado externo que apoya el proceso de consolidación (con

dinero o especie, capacitación) dicese Organización no gubernamental ONG, Universidad, organismo de cooperación o institución gubernativa. El estudio completo en la última etapa tuvo una duración de dos años.

Se diseñan instrumentos de investigación entrevista y encuesta acompañados de una guía para registro de historia de vida sobre un total de 110 personas asociadas. Como guía de indagación se incorporan los criterios de la matriz de consolidación organizativa de la Fundación Corona, (Fundación Corona, 2000, p.8) y los factores de eficacia del componente participativo de las políticas públicas de aseo, en su segundo bloque que hace referencia a las organizaciones (Díaz, C, 2014). No siendo posible por requerimientos de extensión presentar aquí todos los hallazgos para cada aspecto de la matriz y los factores de eficacia, se escogen los más relevantes en criterio del autor, de lo cual resultan dos aspectos principales: consolidación gestión organizativa y el del componente participativo. El resultado derivado de la aplicación de los instrumentos encuesta y entrevista se muestran en tablas que en el proceso de análisis de datos fueron ingresados a una base de datos que constituyo un sistema de seguimiento y evaluación de las organizaciones, cuya ponderación se muestra en cada tabla y que deriva en resultado final de su consolidación identificado con color en la gráfica síntesis.

- 2.9	3.0- 4.0	4.1 – 5.0
MALO	MODERADO	BUENO
DEFICIENTE	REGULAR	EXCELENTE

El desarrollo del artículo se presenta en dos bloques , el primero introduce un planteamiento analítico en torno a aspectos que se consideran fundamentales para entender el proceso de las organizaciones de recicladores: primer bloque : 1.Quién es el reciclador, 1.1 cómo se le ha protegido, 2. La Organización Comunitaria como ejercicio participativo, 3 El Reciclaje Organizado, 3.1 La actividad del Reciclaje; Segundo Bloque: Estudios de caso 1.Coopreser y 2 Lisboa, que presenta los más relevantes hallazgos derivados de la aplicación de los instrumentos de investigación, y finaliza con las principales conclusiones

1. Los Recicladores

La figura del reciclador generalmente asocia la escena de grupos de personas recogiendo basura en basureros a cielo abierto o guiando su carreta y caballo disputándole lugar a los autos en las grandes ciudades. En Colombia, según datos de la Asociación Nacional de Recicladores (ANR) existen aproximadamente 100.000 familias que deriva su sustento del aprovechamiento de los residuos.⁴ Su aporte al problema de la basura solo ha sido reconocido recientemente, aunque solo para el caso Bogotá, una de las cuatro ciudades de mayor producción de basura en el país, su actividad representa la recuperación de más de 600 toneladas diarias de materias primas para la industria, evitando que 18.000 toneladas mensuales de residuos sólidos, en promedio, lleguen a los rellenos sanitario (Asociación de Recicladores de Bogotá (ARB) 2002).

Pero tener ese reconocimiento no ha sido un proceso fácil pues los recicladores han tenido que soportar el rechazo de la población de los sectores donde han tenido que trasladarse al ser cerrados los botaderos a cielo abierto en que desarrollaban sus actividad.⁵ Dicho rechazo los enfrenta a un nuevo desplazamiento por parte de quienes se oponen a su presencia alegando la recuperación del espacio público, la seguridad y la limpieza de las áreas ocupadas.

4 En Bogotá, así como en el resto de las grandes ciudades de Colombia, la historia de los recicladores tiene su origen en los procesos migratorios del campo a la ciudad. Desplazadas por la pobreza y la violencia de las zonas rurales, muchas familias campesinas se vieron forzadas a migrar a las grandes ciudades donde encontraron en el reciclaje una estrategia de supervivencia. (Banco Interamericano de Desarrollo (BID) 2010, p.30)

5 A pesar de que la normatividad ambiental (Decreto 1713 de 2002) prohibió la presencia de recuperadores en los rellenos sanitarios, los datos de la Asociación de recicladores de Bogotá (ARB) determinan que el número de personas que en la actualidad siguen trabajando en los botaderos recolectando material para vender a los recicladores es de 6000 solo en Bogotá cifra que aumento debido al fenómeno del desplazamiento.

1.1 Protección del Reciclador

La sentencia de tutela T 724 de 2003 de la Corte Constitucional con magistrado ponente Dr. Jaime Araujo Rentería, de fecha veinte (20) de agosto de dos mil tres (2003), marca un hito importante en la defensa de los derechos de las organizaciones de recicladores. En ella se exige al Estado reconocer su situación de desigualdad y en consecuencia aplicar a su caso la doctrina de las Acciones Afirmativas, entendidas como:

Todo tipo de medidas o políticas dirigidas a favorecer a determinadas personas o grupos ya sea con el fin de eliminar o reducir las desigualdades de tipo social, cultural o económico que los afectan, bien de lograr que los miembros de un grupo sub representado, usualmente un grupo que ha sido discriminado, tengan una mayor representación, con el fin de conseguir una mayor igualdad sustantiva entre grupos sociales con problemas de discriminación o de desigualdad de oportunidades (p.16)⁶.

Continuando con los lineamientos garantistas marcados por la sentencia de tutela T 724 de 2003, con Magistrado ponente Dr. Jaime Araujo Rentería, y su Auto de desacato 268 de 2010⁷ la Corte Constitucional de Colombia, incluye expresamente a los recicladores en los grupos señalados por la doctrina como

6 Al respecto ver, además, Colombia Corte Constitucional (2000, marzo) “Sentencia de Constitucionalidad C, 371”, M.P. Dr. Gaviria Díaz, Carlos, Bogotá; donde se indica que asegurar la protección de los derechos de los vulnerables o excluidos bajo esta figura “constituye el desarrollo del precepto Constitucional del artículo 13.2 que señala como una obligación del Estado: promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, adoptando medidas a favor de grupos discriminados o marginados; de manera que las diferentes autoridades del Estado estén obligadas, cuando se encuentran en presencia de grupos en condiciones de marginalidad y discriminación, a adoptar todas aquellas medidas necesarias para lograr una mayor igualdad sustantiva, incluyendo en sus decisiones tratamientos acordes con tales situaciones () sancionando los abusos y maltratos que contra ellas se cometan”. (Constitución Política de Colombia (1991) Art 13, citado en sentencia C 371 de 2000 de la Corte Constitucional de Colombia).

7 Emitido dentro del incidente de desacato a la sentencia T 724 de 2003, instaurada por la ARB. En dicho auto la Corte verifica el incumplimiento de su fallo por parte de los entes administrativos encargados del servicio público de aseo en Bogotá. Los beneficios de este reconocimiento se extienden a todo el grupo poblacional de recicladores.

Sujetos de Especial Protección Constitucional, que plantea: “Otorgar a lo particular un significado relevante, que se manifiesta en el respeto a lo diferente y distinto o en la promoción de quien se encuentra frente a los demás en una posición de debilidad social o desigualdad en su relación de poder material., En un caso quien es diferente habrá de mantenerse y respetarse como tal. En el otro, quien posee menos fuerza deberá ser auxiliado con el objeto de ver realizados los derechos fundamentales.” (Corte Constitucional de Colombia (2010, julio) “Auto 268” M.P Dr. Henao Pérez Juan Carlos, Bogotá).⁸

Altamente lucrativa, se excluye de cualquier participación a quienes ejercían esta actividad por años. (Colombia Corte Constitucional (2009, abril), “Sentencia T 291.” M.P Dra. Reales G, Clara H, Bogotá).

Fabio Velásquez señala que “Las condiciones de pobreza y marginalidad colocan a los recicladores en una situación de vulnerabilidad frente al riesgo de exclusión que significa estar imposibilitado y/o inhabilitado para el ejercicio de derechos sociales y no tener influencia en decisiones colectivas”⁹, (Velásquez, 2005, p.4). El Auto 275 de 2011 refuerza tal situación incluyendo dentro de sus

-
- 8 Y reitera citando la sentencia de unificación SU 225 de 1998 que “En el Estado social de Derecho, la comunidad política debe un trato preferencial a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta y están impedidos para participar, en igualdad de condiciones, en la adopción de las políticas públicas que les resultan aplicables. (..) Como sujetos de especial protección se incluye además a la mujer, la tercera edad, los discapacitados, los reclusos, los indígenas y minorías étnicas, los homosexuales, las personas en estado de indigencia, y los desplazados; enumeración que no es limitada dado que se va ampliando cada vez que el problema jurídico incluye casos de inequidad o desigualdad que coloca a grupos poblacionales en condición de vulnerabilidad social” (Colombia Corte Constitucional (1998, Mayo), “sentencia SU 225” M.P Dr. Cifuentes Muñoz. Eduardo, Bogotá). Ver además Colombia Corte Constitucional (2008 mayo) “sentencia de Tutela T282”. M.P Dr. González Cuervo Mauricio, Bogotá).
- 9 Y en lo que a recicladores respecta, si bien la pobreza es una arista importante de vulnerabilidad, la exclusión es un aspecto de mayor trascendencia al analizar las políticas sociales orientadas hacia este sector pues traspasa la connotación de desigualdad económica llegando a la esfera cultural y social. Al respecto Buenaventura de Sousa Santos (De Sousa citado por Fleury Sonia (1998) plantea que: “la noción de exclusión abarca la de pobreza, pero la sobrepasa, La pobreza es una forma de exclusión, en nuestros países, tal vez la más importante, pero no la única”(p.10).

consideraciones referidas a la actividad del reciclador, las características que Yung asigna a los grupos oprimidos:

“i) Los beneficios derivados de su trabajo o energía van a otras personas sin que éstas les recompensen recíprocamente por ello (explotación); ii) están excluidos de la participación en las principales actividades sociales lo que en nuestra sociedad significa básicamente un lugar de trabajo (marginación); iii) viven y trabajan bajo la autoridad de otras personas (falta de poder); iv) como grupo están estereotipados y, a la vez, su experiencia y situación resultan invisibles en el conjunto de la sociedad, por lo que tienen poca oportunidad y poca audiencia para expresar su experiencia y perspectiva sobre los sucesos sociales (imperialismo cultural); v) los miembros del grupo sufren violencia y hostigamiento al azar merced al miedo o al odio hacia éste. (Yung Iris (1996) citada en Colombia Corte Constitucional (2011 diciembre) “Auto 275” M.P Henao Pérez, Juan Carlos Bogotá, p.32).

En su calidad de vulnerable y por ende sujeto de especial protección constitucional el reciclador debe estar focalizado dentro de las políticas públicas sociales, las cuales de acuerdo a Velásquez Fabio (2005) deben tener por objetivo *“garantizar igualdad de oportunidades para todos en el ejercicio de sus derechos, en particular de los derechos sociales, asegurar los medios para el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y especialmente de los sectores excluidos y vulnerables”*¹⁰ (p. 50).

Los estudios de caso hacen énfasis en la manera en que los recicladores, como grupo vulnerable y excluido, se organizan para pasar a formar parte de los incluidos, donde están las personas y sectores con mejores niveles de participación económica (empleo, ingresos y seguridad social), política (intervención en la toma de decisiones) y social (ejercicio de los derechos sociales).

10 Velásquez define Vulnerables como un grupo caracterizado por la inestabilidad que refleja el riesgo de estar en situaciones intermedias en el orden socioeconómico y en sus opciones sociales y políticas, representando el riesgo de pasar a ser excluido. Los excluidos son personas o grupos que se encuentran imposibilitados y/o inhabilitados para el ejercicio de sus derechos sociales de manera que no pueden influir en las decisiones colectivas. (p.51)

2. La organización comunitaria como ejercicio participativo

Mary García Castro (2000) identifica dos sentidos de la participación: la fuerte y la débil: En el sentido fuerte, implica una posibilidad real y el acto concreto de concurrir a la determinación, en un plano de relativa igualdad con los demás miembros, de los objetivos principales de la vida de la colectividad, del destino de recursos y beneficios. (...) En el sentido débil, significa tomar parte, exista o no para el sujeto la posibilidad real de intervenir eficazmente en las decisiones de mayor relieve que se toman en los centros de gobierno de la colectividad en cuestión. (p.12).

De acuerdo con esta concepción existe solo dos formas de participar: con poder de intervención o sin él; sin existir grados intermedios; y aquí la participación “busca incorporar el pensamiento y la acción ciudadana a los procesos de decisión y operación del gobierno dentro de la referida gestión” (Morales, E. & Núñez, 2006, p. 85). Dicha esfera de gestión implica para el ciudadano asumir una posición activa y propositiva, y esto solo se logra a través de procesos de empoderamiento.¹¹

La Constitución de 1991 coloca en la cúspide de la categoría política al pueblo como origen de toda soberanía y define expresamente a la comunidad como la población objeto a cuyo servicio queda el Estado, mencionando expresamente a las organizaciones, entre estas las comunitarias, como los mecanismos válidos para hacer efectiva la participación.

Así mismo, la comunidad como categoría Constitucional es mencionada expresamente en varias ocasiones; inclusive se desciende del concepto genérico de -participación democrática-, al estadio más concreto de -participación de la comunidad- cuando, por ejemplo, se trata de la salvaguardia del medio ambiente y de la integración de los consejos nacional y territoriales de planeación. De esta forma, la comunidad adquiere una connotación concreta,

11 Francisco Liset Borrell, (1987) complementa este enfoque indicando que la intervención de los ciudadanos en la organización o en la actividad de la administración pública no implica integrarse en las estructuras burocráticas, pues (...) “El que participa actúa como ciudadano, preocupado por el interés general, y no como interesado personal y directo; por lo cual el contenido de su acción no es económico, sino político”. (p. 4).

de grupo humano localizado, de población objetivo de la acción del Estado y de población sujeto de su propio desarrollo.

Cada vez más la comunidad toma conciencia de que no puede ser solo sujeto pasivo de las acciones estatales. En este sentido se preocupa por buscar los canales participativos que le permitan dar a conocer sus propias expectativas y problemáticas. Surge entonces la estrategia de la organización como medio que permite trascender de lo individual a lo grupal demostrando que la unión hace la fuerza cuando de defender derechos y alcanzar metas comunes se trata.

La organización comunitaria es el factor que canaliza el potencial de participación y el desarrollo que la comunidad tiene. Por los procesos de interrelación de sus miembros, de fijación de objetivos colectivos y de acción grupal integrada, logra dinamizar a la comunidad inicialmente pasiva, hacia procesos de participación en sentido fuerte¹².

Los colectivos y agrupaciones en torno a objetivos comunes van constituyendo formas organizativas propias, con órdenes normativos, liderazgos y acciones coordinados que les permiten cumplir con sus fines.

Esperanza González (1995) define una organización comunitaria como “un grupo de individuos que se identifican con determinados intereses y que deciden actuar en común con el propósito de defenderlos y resolver de manera colectiva problemas compartidos. Las organizaciones constituyen escenarios donde se elaboran y ponen en ejecución iniciativas y/o propuestas y a partir de las cuales se establecen relaciones (de interlocución, cooperación, de conflicto, de negociación) con distintos sectores de la sociedad y con el Estado”. (p.2) En otras palabras, las organizaciones son instancias de representación de intereses e instrumentos de acción colectiva.

En este sentido las experiencias organizativas son construcciones sociales y culturales que configuran órdenes simbólicos, formas de ser y actuar en el mundo. El pertenecer a una organización hace que exista un “nosotros” que

12 Que trasciendan de lo comunitario a lo ciudadano y político en los términos de García Castro referenciados.

nos distingue de un “otros” diferencias presentadas en las concepciones, en las normas (implícitas o no), en los ritos, en las maneras de hablar, de vestir, etc.

La Corte en Autos 268 de 2010 y 275 de 2011 ,asocio el fortalecimiento de la organización comunitaria de los recicladores como una acción afirmativa que garantiza su derecho a participar ,resaltando en sus consideraciones que las organizaciones participan con desventajas que la administración debería haber eliminado o reducido para dar efectivo cumplimiento al principio de igualdad¹³, que cuando de poblaciones vulnerables se trata significa trato igual para iguales y diferencial para desiguales; de donde se remarca el alcance de las acciones afirmativas ,en cuyo escenario siguiendo a Rolfes M (1997) “la igualdad no debe ser de resultados sino que debe significar “poner en situación de obtener una igualdad en cuanto resultados” (p.55).

Las organizaciones comunitarias son experiencias que permiten que las comunidades compartan y desarrollen proyectos colectivos de manera solidaria, a través de la realización de diagnósticos, elaboración de planes y proyectos para mejorar la calidad de vida de los asociados. En su relación con el Estado, las organizaciones se constituyen en interlocutores que facilitan la comunicación y negociación sobre las perspectivas de desarrollo, ejecución, control y fiscalización de proyectos. Es importante retomar aquí el concepto

13 De dichas consideraciones se destaca, por ejemplo: “la participación de los recicladores no sólo los favorece a ellos brindándoles la posibilidad de obtener remuneración por su trabajo, sino que, por, sobre todo, beneficia a la colectividad (...). Esto contrasta con la situación de discriminación y marginación en la que se encuentran, pero es menester enfatizar que ambas sustentan y legitiman las acciones afirmativas que frente a ellos han de adoptarse. Ahora bien, a pesar de que el debate en torno a la cualidad de determinada acción afirmativa puede y debe ser amplio, (...), la participación real de estos grupos es un elemento que indudablemente debe tenerse en cuenta. (Corte Constitucional (2010 Julio) “Auto 268, p. 45” M.P, Dr. Henao Pérez, Juan Carlos, Bogotá) y “una de las actuaciones vulneradoras cometidas por la entidad demandada en ese momento redundaba precisamente en no haber incluido ninguna medida efectiva que permita la participación de la Asociación de Recicladores de Bogotá, como grupo marginado de la sociedad, tendiente al mantenimiento y fortalecimiento de la actividad que han venido desarrollando a través del tiempo, como medio de subsistencia. (...) aunque dichas asociaciones pueden contar con un saber hacer (know how), el esquema en que está planteada su participación le impide su aplicación. (Corte Constitucional (2011, diciembre) “Auto 275 pág. 53” M.P Dr. Henao Pérez, Juan Carlos, Bogotá).

de Cohen y Arato (1997) en el cual, las actividades desarrolladas en el marco asociativo, autogestionario, cooperativo o gremial no necesariamente constituyen acciones para la participación ciudadana, en tanto estas no supongan una relación con el Estado y, por ende, la necesidad del actuar en el ámbito público. (p.510).

Este tipo de participación es especialmente importante en el tema que nos avoca pues ha sido identificada expresamente por la Corte Constitucional como el tipo de participación que permite a los recicladores avanzar en procesos de consolidación organizativa¹⁴ para insertarse en los escenarios de participación abiertos por la normativa para el aprovechamiento de residuos. En dichos procesos la comunidad adquiere una connotación que va más allá de ser objetivo de la acción del Estado, convirtiéndose en sujeto de su propio desarrollo; Y desde este punto de vista, retomando a Cohen & Arato (1997), la organización comunitaria se constituye en el factor que canaliza el potencial de empoderamiento que la comunidad tiene (p. 431).

3. El reciclaje organizado

Se constituye en el paso que deja atrás el reciclaje informal al cual corresponden las escenas de las personas desarrollando su labor en los botaderos a cielo abierto o en las calles, sin ningún tipo de seguridad sanitaria, protección social ni propósito asociativo donde priman la atomización y la variabilidad en la actividad. Durante los años ochenta, el cierre de vertederos a cielo abierto y la construcción de un relleno sanitario, inaugurado en 1988, limitaron enormemente el acceso al material reciclable. Los vertederos a cielo abierto aglomeraban a un número importante de recicladores informales y fue su cierre lo que dio lugar a los primeros esbozos de organización. (BID 2010, p.31).

14 Consolidación organizativa que también ha sido expresamente resaltada como objetivo de las diversas normativas que han incluido el tema de los recicladores, generalmente atendiendo el llamado de atención de la Corte en el sentido de implementar acciones afirmativas que eliminen o disminuyan su exclusión, permitiéndoles participar más y mejor. Dentro de las principales normas se encuentran: ley 511 de 2003, Decreto 2965 de 2000, Decreto 1713 de 2002 Decreto 1505 de 2003, Decreto 838 de 2005, Ley 1259 de 2008 Ley 1450 de 2011 Art 251, Ley 1466 de 2011. Decreto 564 y la Política Nacional para los Planes de Gestión Integral de Residuos sólidos PGIRS y la Resolución 754 de 2014.

En el reciclaje organizado se consolida una agrupación con propósito que permite alcanzar objetivos comunes bajo las diferentes figuras cooperativas o asociativas, estructuradas bajo estatutos, personería jurídica y demás procesos legales que, si bien genera obligaciones, también crea derechos para los vinculados.

Los datos suministrados por ENDA América Latina, ONG que ha trabajado más de 15 años con los recicladores, caracteriza como sigue al grupo poblacional que viniendo del reciclaje informal acoge la opción organizada: Altos grados de violencia intrafamiliar y baja autoestima, relaciones tipo clan marcadas por alto grado de cohesión y apoyo que asegura la supervivencia en una actividad que les exige estar a la defensiva y luchar por el territorio ganado, similitudes con segmentos de población ubicados por debajo de la cota normativa del consenso moral y jurídico de la sociedad: prostitutas (os), gamines y delincuentes (infractores permanentes), entre otros, El acceso a los servicios asistenciales de salud es una de las mayores necesidades de esta población, si se tiene en cuenta su vulnerabilidad a accidentes y enfermedades de contagio, dado el medio y condiciones de trabajo. Sin embargo invierten muy poco en salud; solo el 13% solicita servicio en organismos públicos, el 27% se encuentra cubierto por el SISBEN¹⁵ y el restante 60% no está cubierto. En su escolaridad, si bien predomina el grado primario, los datos desde 1998 a la fecha, reflejan una marcada inclusión de personas con grado de secundaria, pasando de 18% en 1998, a un 27% en febrero de 2008. (ENDA 2008).

Desde esta perspectiva toma especial realce la dificultad con que las organizaciones de recicladores se han abierto paso para demostrar que son actores fundamentales en cualquier solución al problema de la basura, y sobre todo que sus procesos organizativos no solo involucran una opción de mejoramiento del nivel de calidad de vida, desde lo económico, sino también desde lo humano.

15 Sistema de identificación de beneficiarios del régimen subsidiario para acceso a servicios sociales.

En el paso del reciclaje informal al formal u organizado destaca la guía y liderazgo asumido por dos organizaciones que consolidan gremio en el país y ha sido ejemplo para otros procesos similares en Latinoamérica.

Asociación Nacional de Recicladores, ANR: Es una organización gremial de segundo grado reconocida legalmente mediante personería jurídica 661 del 10 de diciembre de 1993. Sus orígenes se remontan a 1986 año en el cual la ONG Fundación Social se da a la tarea de organizar a los recuperadores informales. Se encuentra integrada por 78 organizaciones de base, de las 106 que existen a nivel nacional, beneficiando aproximadamente a 23.400 recicladores en 15 municipios Colombianos.¹⁶

La organización presta el acompañamiento a los grupos informales de recicladores para que se constituyan en cooperativa, asociación o empresa asociativa de trabajo. Este proceso involucra charlas informativas, redacción de estatutos, capacitaciones y participación en eventos relacionados con el tema de la organización comunitaria y el reciclaje.

Un grupo informal de recicladores que esté interesado en pertenecer a la asociación debe en primer término constituirse en una de las formas asociativas o cooperativas, recibir una visita de un promotor de la ANR, que busca cerciorarse de la real intención de agruparse, y finalmente pagar una suma cercana a los \$80.000 pesos por la redacción de los estatutos y los gastos de desplazamiento de los capacitadores si es del caso. Dichos estatutos se presentan ante el departamento de Economía solidaria anteriormente Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas, DANCOOP, para su aprobación; Una vez han ingresado como asociados pagan una cuota mensual en tal calidad.

Asociación de Recicladores de Bogotá, ARB: Legalmente constituida en 1992 nace a raíz de la conformación de la Asociación Nacional de Recicladores con el objeto de representar específicamente a la población recicladora de la ciudad capital. La Asociación se encuentra conformada por 22 organizaciones que representan a unas 2.000 familias (unas 9.000 personas), aproximadamente

16 A saber: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Neiva, Ibagué, Pasto, Popayán, Buga, Armenia, Manizales, Pereira, Soledad y Sincelejo.

el 23% de los recicladores de la ciudad de Bogotá y el 66% de los recicladores organizados. (ARB 2010 Noviembre)¹⁷.

Como uno de sus logros se encuentra el trabajo político a nivel de Congreso y Concejo Distrital para revertir la medida que los dejaba por fuera de la licitación para la prestación del servicio de aseo en Bogotá y su participación en la redacción de la ley 511 “del reciclador” en trabajo conjunto con la ANR. A pesar que de dicha ley fueron eliminados 40 artículos de los inicialmente propuestos, fue un avance significativo en el reconocimiento de la labor del reciclador y su protagonismo como demandantes de la tutela que dio origen a la sentencia T 724 de 2003 de la Corte Constitucional (y sus Autos de desacato y seguimiento) que se constituye en el principal hito jurisprudencial de la defensa de los derechos de los recicladores.

3.1 La actividad de reciclaje

La descripción del funcionamiento de la actividad resulta relevante a la hora de analizar los procesos de consolidación de las organizaciones, pues nos permite apreciar las problemáticas a las que se ven enfrentadas en el escenario del mercado y la competencia, el cual junto con el del rechazo social y la invisibilización normativa, han sido los grandes obstáculos que han tenido que superar.

Hoy se reconoce que la basura representa “una oportunidad de ‘oro’ para el país. En primer lugar, porque su manejo adecuado evita la saturación de los rellenos sanitarios; en segundo lugar, porque es la fuente de empleo para 300.000 familias colombianas; y, tercero, porque genera negocios valorados en más de \$354.000 millones al año, pues el reciclaje representa más del 50% de la materia prima que se utiliza en la producción industrial, de acuerdo con cifras de la Andi y de la Asociación Nacional de Recicladores de Bogotá”. (Dinero (en línea) (2009, Noviembre) Revista Económica).

En una ciudad como Bogotá que mueve entre el 30% y el 50% de los volúmenes recuperados con destino a las diferentes industrias, los grandes

17 Datos suministrados en la página institucional de la ARB consultados en noviembre de 2010. <http://asociacionrecicladoresbogota.org/>.

compradores que dominan el mercado se ocupan del vidrio, el papel-cartón y la chatarra; mientras que los pequeños se ocupan de los sectores de plásticos y textiles que son mercados secundarios.¹⁸ El proceso de compra y venta de estos materiales reciclables se desarrolla con cuatro actores: la empresa que compra, el intermediario quien tiene las conexiones con la empresa y coloca los precios de compra, los generadores de residuos y finalmente los recicladores¹⁹.

Para la empresa que adopta el reciclaje como una práctica de producción, la ganancia se ve representada en ahorros directos de operación y descuentos tributarios por dicha actividad.²⁰ El reciclaje también resulta atractivo para las empresas de servicios públicos domiciliarios al verse favorecidos con la aplicación de los principios de recuperación de costos y eficiencia económica, previstos en el esquema privatizador de la ley 142; dado que en el escenario tarifario actual los costos en que una empresa incurra para adoptar tecnologías limpias o procesos de reciclaje se recuperan a través del cobro directo al usuario en el rublo tarifario de gastos de operación.

La participación del actor industrial es netamente comercial y el contacto directo con las organizaciones es casi nulo pues la comercialización del producto está siempre mediada por el intermediario. Para este sector el reciclaje

18 A pesar que hoy día la recolección que más se publicita es la de los recicladores, esta es la que menos peso tiene en la cadena, debido a que la mayor parte del volumen se transa entre grandes generadores, como impresores, fábricas de empaques, grandes superficies y centros comerciales, a los cuales la industria les compra directamente el material. (Magdalena Otálora, Asociación Nacional de Industriales ANDI).

19 Llegar directamente a la industria que compra es una labor difícil en palabras de Olga Lucia Espitia, trabajadora social vinculada a Coopreser desde 1992 y miembro de la junta de administración, llegar a venderle directamente a Cartón Colombia fue un proceso que demoró 10 años, hasta lograr que el generador almacenes Éxito les abriera el espacio.

20 Se hace tan beneficiosa la actividad que a finales de la década de los ochenta la mayoría de las grandes industrias de papel contaban con su propia bodega para recuperar. Ejemplo de este beneficio se ve en las estadísticas de los años 97-99-2000 de la industria papelera, donde se muestra que Smurfit, Cartón de Colombia logro un nivel del 60% de recuperación de materia prima, con un ahorro neto del 40% sobre los gastos de producción y operación.

no es un tema que adquiera connotaciones ambientales ni sociales;²¹ y a pesar de que ésta actividad les ahorra gastos en operación, la inversión que realizan en programas que incentiven la separación en la fuente y el mejoramiento de las condiciones de trabajo de los recuperadores es casi inexistente.

La entrega de material directamente a las organizaciones de recicladores es inusual pues los negocios que producen mayor cantidad de desechos tales como supermercados y mayoristas, organizan la recolección, selección, clasificación y el transporte a través de firmas especializadas asociadas a las grandes empresas de aseo. En lo que refiere al acceso, contrario a lo que generalmente se piensa los desechos que recolecta el reciclador no siempre son gratuitos y la mayoría de las veces debe comprarlos.²² Esta relación comercial ha tenido gran acogida entre los generadores pues, por un lado, representa un ingreso extra sobre material que anteriormente desechaban y por el otro, brinda rebajas tarifarias en cumplimiento de la reglamentación municipal que los motiva a entregar los residuos al reciclador.

Según Nhora Padilla,²³ líder de la ARB, cada reciclador se gana en promedio \$8.000 diarios por recolectar 300 kilos de material, que es la capacidad máxima que se recupera al día. En este canal, la cadena funciona de la siguiente manera: el reciclador callejero lleva el material a las bodegas intermedias, donde les pagan \$250 por kilo. De estas bodegas se envía a los grandes centros de acopio, donde pagan \$400 por kilo y de allí se envía a la gran empresa, donde la remuneración es de \$550 por kilo. Los ingresos derivados de la comercialización del producto disminuyen en la medida en que la asociación no disponga de bodega propia, pues deben pagar por su almacenamiento mientras el intermediario compra.²⁴ La misma

21 Datos obtenidos de la entrevista a ingenieros de las dos principales industrias del vidrio y del papel.

22 Es el caso específico de los residuos vidrio y papel que genera la cadena de almacenes EXITO, por los cuales Coopreser paga mensualmente \$ 400.000, datos a 2011 derivado de entrevista a líder de ARB

23 Recicladora máxima figura representativa de la Asociación de Recicladores de Bogotá y su directora, demandante en los procesos jurídicos que han originado las sentencias que reconocen los derechos de los recicladores en el país. Ganadora del premio Ambiental Goldman 2013. Datos a 2010.

24 El otro canal de recolección es a través de las empresas de aseo, que hacen parte de los programas de reciclaje de las Alcaldías y las empresas que se especializan en atender el segmento corporativo, en aseo de plazas públicas, por ejemplo.

líder ilustra además que si se toma el PET transparente como material de referencia, un reciclador organizado vende el kilo de PET a una bodega pequeña aproximadamente a 200 pesos colombianos (US\$ 0,10). La bodega pequeña, por su parte, adicionando el valor del lavado del material, vende el kilo de PET a una bodega especializada o de mayor tamaño a un precio aproximado de 600 pesos colombianos (US\$ 0,30). Esas bodegas, a su vez, venden el material a la industria, generalmente prensado, a un precio promedio de 900 pesos colombianos (US\$ 0,45). Si consideramos toda la cadena de reciclaje, observamos un incremento del 350% entre el precio inicial al cual el reciclador vende a los pequeños bodegueros y el precio final al cual la industria adquiere el material. (Nhora Padilla citada en BID (2010), (s.f), p. 32).

Otro factor que altera la ganancia neta que podría derivarse de la actividad de la comercialización del producto es la distorsión de precios que realiza el intermediario, quien le compra la materia prima a la organización a un precio inferior, de hasta un 50%, de lo que paga la empresa recicladora.

En cuanto a las fuentes de material la industria del vidrio y papel constituyen los mayores compradores del producto para reciclar, apareciendo muy recientemente otro comprador de material en la industria del plástico. Los hogares tienen que ver de dos maneras con la labor de las organizaciones: en primer término, son generador primarios de desechos, aunque en este sector se ubica el menor porcentaje de producto reutilizable dada la aun no aceptada cultura del reciclaje, y en segundo, la imagen positiva de la organización con la comunidad representa una fortaleza para las organizaciones.

El sector público no tiene una presencia significativa en lo que atañe al mercado de los residuos sólidos. Las prácticas al respecto (precios, alianzas, restricciones) están en su totalidad determinadas por la dinámica de la oferta y la demanda donde participan el sector industrial, los intermediarios y las organizaciones de recicladores. Este sector está representado por las administraciones municipales, quienes tienen a su cargo la prestación del servicio, las empresas oficiales de aseo, las industriales y comerciales del Estado y los entes administrativos que tienen por función la regulación y control el servicio de aseo a nivel local y nacional.

El panorama permite generalizar los siguientes aspectos que inciden en el éxito o fracaso de las organizaciones de recicladores, en lo que al escenario económico respecta:

- 1) Lo económico ocupa hoy día un alto nivel de importancia para las organizaciones, dado que la comercialización es una actividad fundamental para la sostenibilidad de los procesos internos de consolidación.
- 2) El reciclaje es un negocio rentable y su escenario de oferta y demanda se caracteriza por la existencia de un monopolio de compradores en el sector privado. La relación de estos monopolios con las organizaciones no es directa dada la presencia de terceros intermediarios, que distorsionan el mercado pagando el material a un menor precio.
- 3) Las organizaciones no inciden directamente en la determinación de los precios de compra y venta.
- 4) No es fácil asegurar la sustentabilidad de los proyectos organizativos a largo plazo si se depende exclusivamente del reciclaje.²⁵ Es por esto que las organizaciones deben diversificar su actividad incursionando con otros tipos de compradores, como el que se beneficia del reciclaje orgánico u otras actividades conexas como el aseo de edificios y calles.
- 5) El reciclaje no solo le trae beneficios económicos a las organizaciones, también es rentable para: las empresas que reciclan (ahorro en gastos de producción y operación) y las que venden material, (ingresos extras) para los intermediarios bodegueros que aprovechan la general falta de recursos de los recicladores para tener bodega propia, (ganan un sobre costo de venta al comprar a menor precio a las organizaciones) la comunidad (descuentos tarifarios) y finalmente para el mismo Estado que a través de esta práctica, logra un mejor tratamiento del problema público de la basura.

25 Del 100% de papel producido en los hogares solo el 20% alcanza a ser útil para el reciclaje. Dadas las condiciones de calidad, color, textura que se exige para considerarlo apto.

Estudio de Caso

Los aspectos hasta aquí presentados dan paso ahora a la descripción y caracterización del estudio de caso representado por dos organizaciones de recicladores en diferente nivel de consolidación, Coopreser en Bucaramanga y Lisboa en Bogotá. La aplicación de los instrumentos de investigación tuvo como eje principal indagar sobre los procesos internos de consolidación organizativa buscando consolidar lecciones aprendidas que puedan servir de guía para otras organizaciones de recicladores.

Tabla 1. Matriz de Consolidación Organizativa

Razón de ser
1. Una visión del contexto y de las posibilidades de la organización en él.
2. Una previsión del desarrollo institucional. Sus frutos son ya notorios.
4. Un proyecto corporativo nítido, sólido, convocante, asumido por el equipo de trabajo como el referente más importante de la acción institucional
Tecnológico
1. Hay una clara y definida especialización de la organización
2. Los temas que trabaja la organización tienen una alta valoración social.
3. La Organización goza de un alto reconocimiento por el profesionalismo y profundidad con que trabaja el tema en el que es especialista (el reciclaje).
1. La organización ha hecho innovación metodológica, probada en la experiencia y reconocida socialmente.
3. Hay procesos de investigación o sistematización que soportan y alimentan los diseños metodológicos.
Estructural
1. Hay una organización claramente diseñada para el logro de los propósitos institucionales

2. Dicho diseño ha demostrado ser adecuado en la práctica y es flexible para enfrentar los retos internos y externos que se presentan.
1. Hay criterios, instancias y mecanismos claramente definidos para la toma de decisiones.
2. Hay legitimidad interna en las decisiones que toman las instancias correspondientes.
1. Hay criterios, instancias y mecanismos claramente definidos para la asignación y coordinación de actividades y tareas
1. Son democráticos, explícitos y claros
3. Son conocidos, respetados y acatados por los miembros de la organización.
Psicosocial
1. Hay un alto compromiso de los miembros de la organización con la misión institucional y con sus responsabilidades específicas
2. El trabajo individual y colectivo desarrollado por los miembros de la organización es altamente productivo.
1. Los grupos informales dentro de la organización contribuyen a generar un buen clima de trabajo.
2. Hay niveles manejables de conflictividad interna que permiten invertir la mayor parte de la energía en el desarrollo de la misión.
1. Las instancias de dirección tienen un liderazgo con alta legitimidad externa e interna
2. Los ejecutores de los programas tienen liderazgo reconocido entre los destinatarios de sus acciones.
Gerencial
1. Existe un sistema definido, técnicamente sólido y participativo de planeación

2. Hay un ritmo permanente que orienta efectivamente la organización
3 Los niveles directivos y ejecutores tienen capacidad de planear su acción.
1. se cuentan con los recursos humanos, técnicos y financieros para operar por lo menos en el mediano plazo.
2. Hay un uso racional y un manejo transparente de los recursos.
3. Capacidad de hacer alianzas y buena elección de los aliados
1. Existe un sistema definido, técnicamente sólido y participativo de seguimiento y evaluación.
2. hay un ritmo permanente de los mecanismos que controlan efectivamente la organización.
3. Los niveles directivos y ejecutores tienen capacidad de hacer seguimiento y evaluación de su acción.
4. hay sistematización exitosa de experiencias y un proceso permanente de reflexión sobre las prácticas y metodologías de trabajo.

Fuente: Fundación Corona (2000).

COOPRESER Cooperativa de Trabajo Asociado Reciclaje y servicios Coopreser LTDA.

El objetivo de reubicar a los recicladores informales que se encontraban en el botadero a cielo abierto Carrasco, de la ciudad de Bucaramanga vinculó a la Universidad de Santander y la alcaldía en el año de 1987 el cometido cambio teniendo en cuenta que la mayoría acumulaba muchos años de experiencia en su actividad y se les dificultaba aprender un nuevo oficio; optándose mejor por fortalecer su labor a través de una opción empresarial que en el camino del trabajo asociativo, les permitiera alcanzar mejoras económicas, sociales y personales trabajando en equipo. Fue así como la idea de la Cooperativa fue tomando forma vinculando inicialmente 28 de los 170 recuperadores convocados.

Hoy día, luego de 24 años de constituida, Coopreser ha pasado de desarrollar pequeños contratos con la alcaldía de esa época para el barrido de calles y educación ambiental, a constituirse en una empresa líder en su sector prestando servicios a más de 35 barrios de la ciudad, ganar premios nacionales de reciclaje y como logro más significativo mejorar el nivel de vida

de sus ya hoy más de 160 socios que en otrora competían con los gallinazos del Botadero por las basuras allí depositadas.

Tabla 2. Ficha de datos Coopreser

Razón social	Cooperativa de Trabajo Asociado Reciclaje y servicios Coopreser LTDA
Tiempo de constituida	24 años
Iniciativa	En su inicio se vinculan dos intereses compartidos, por un lado, la administración de la época (1987) que requería los terrenos ocupados por los basureros en el botadero El Carrasco para comenzar las obras del relleno sanitario, y la UIS con su estudio socioeconómico que pretende mejorar las condiciones de vida del reciclador. La alcaldía llama a la UIS para que trabajen conjuntamente para lograr un traslado sin violencia. El desarrollo del estudio cambió su orientación de reemplazo de actividad, por la de consolidación de una cooperativa de recicladores que permitiera reubicarlos en mejores condiciones de salubridad, sociales y económicas.
Número de miembros y perfil	160 hombres y mujeres entre los 15 y los 60 años, propietarios cooperados, en proceso de educación y capacitación permanentes. Pertenecientes a los estratos 1 y 2. El 50 % de las mujeres son cabeza de hogar.
Domicilio, cobertura de acción	Bucaramanga Santander. Calle 19n 20-46, Sede propia donde funciona también la bodega Realizan su labor en 40 barrios.
Junta directiva y organigrama	Asamblea general de asociados ,Consejo de administración, Revisor fiscal Junta de vigilancia, Gerente ,Dpto. contabilidad, Contadora- tesorero Dpto. bienestar trabajo social , Dpto. servicios, Reciclaje aseo barrido bodega operarios No es miembro de la ANR.

Razón social	Cooperativa de Trabajo Asociado Reciclaje y servicios Coopreser LTDA
Servicios	Reciclaje en la fuente, educación Comunitaria, barrido de calles- recolección de basuras. Servicios de aseo en instituciones y hogares, atención de baños públicos, alquiler de utilería para reuniones sociales, alquiler de montacargas, empaque de alimentos
Nivel de Consolidación	Organización consolidada de acuerdo a la definición que para ellas da la matriz Corona: “haber logrado constituirse en torno a objetivos comunes y tienen sostenibilidad tanto en los resultados que producen como en su propia continuidad institucional. Lo que define su solidez es el desarrollo, la coherencia y el equilibrio entre los aspectos tecnológicos, estructurales, psicosociales y gerenciales resultado de un largo proceso de fortalecimiento”.

Procesos desarrollados con los Asociados:

- Dignificación del trabajo y preparación para nuevos campos laborales.
- Atención a necesidades de capacitación y resocialización. (Lectoescritura, autoestima)
- Adecuación al sistema de trabajo cooperativo.
- Generación y fortalecimiento de valores tales como el compañerismo, la honestidad, el auto cuidado, lealtad, tolerancia, respeto a sí mismo y a los demás.
- Elevación de autoestima, y búsqueda de mecanismos de crecimiento personal
- Preparación para la prestación del servicio de recolección de reciclaje en la fuente servicios de aseo en instituciones y residencias, barrido de calles y servicios afines
- Monitoreo permanente de conductas con miras a la prevención de: alcoholismo, drogadicción, maltrato infantil y conyugal y violencia interpersonal.

Aspectos que destacan como Organización Consolidada:

Los aspectos que obtuvieron mejores puntajes en el análisis de la matriz fueron el tecnológico y el de capacitación.

El aspecto tecnológico (áreas temáticas) -caracterizado por una clara y definida especialización de la organización, la alta valoración social del tema que trabaja y su profesionalismo-, alcanza un alto nivel, dado que la organización goza gran reconocimiento en la comunidad, con la que ha desarrollado una planificada labor de acercamiento “cara a cara” a través de programas de sensibilización ambiental.

Otro factor que suma puntos en el aspecto tecnológico es el interés de la organización por sistematizar su historia de vida y experiencia; al día de hoy cuenta con una importante base de datos que acumula información valiosa para las empresas de aseo o diseñadores de política. (Rutas, tipos y porcentajes de generadores, caracterización de los residuos, memorias de talleres con la comunidad, entrevistas).

La capacitación ha sido estrategia fundamental para mostrar resultados positivos en gestión y fortalecer su trabajo con los hogares²⁶, pues COOPRESER se ha hecho fuerte en temas como: técnicas de relaciones humanas, mercadeo, educación ambiental y gestión de residuos. Este aspecto obtuvo la calificación más alta pues gran parte de lo que es hoy en día la Cooperativa se debe al apoyo comunitario a su labor. La comunidad ha sido un bastión que les ha abierto puertas con el nivel administrativo o político y empresa privada. Por otro lado les ha permitido avanzar en la autosuficiencia financiera, pues los hogares son su primera fuente de material para reciclar.

La Universidad Industrial de Santander mantuvo un apoyo en capacitación a la Cooperativa hasta el año de 1993 a través de su grupo de pasantes de trabajo social. Dicho acompañamiento ha cesado debido a que Coopreser adquirió la estrategia del auto capacitación, a través de su equipo de profesionales de planta y demás miembros de la Cooperativa. La Cooperativa mantiene un rubro constante en su presupuesto anual para capacitación y esto les permite una continuidad en la misma, sin depender necesariamente de la que pueda conseguir gratuitamente. Se ha mantenido el enfoque de fortalecimiento institucional, orientado a que las capacitaciones tengan que ver directamente

26 Muestra la manera en que la cooperativa ha podido alcanzar el objetivo del reciclaje a través de un trabajo con los hogares consolidado gracias a la preparación que en relaciones humanas

con la labor del reciclaje en cada una de sus aristas ambiental, social y económica; esto quiere decir que, temas de interés particular, como podrían ser pintura, inglés o tejidos, no se han contemplado hasta el momento en lo programado.

Tabla 3.

Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
<p>La estrategia de auto capacitación a través de los mismos miembros de la cooperativa ha permitido afianzar su sentido de pertenencia y compromiso a la misma pues ven como gracias a su colaboración todo el equipo avanza.</p> <p>Por otro lado no ha permitido que el proceso de capacitación se detenga por no contar con apoyo externo.</p> <p>Dado que los capacitadores conocen día a día la problemática, logros y dificultades del grupo el diseño y desarrollo de los talleres y charlas se hace de una forma más personalizada y amena.</p> <p>El contar con ejes de capacitación claros permite alcanzar los objetivos propuestos desde el diseño mismo de los estatutos y llevar un sistema de seguimiento de acuerdo a metas a corto y largo plazo contempladas en el programa anual de capacitaciones.</p> <p>Un aspecto importante en este último punto es que siempre se destina un rubro para el efecto.</p> <p>Las temáticas siempre han girado sobre temas que consoliden la organización evitando así que otros temas desvíen de este objetivo principal.</p>	<p>Si bien son conscientes de la importancia que ha tenido el eje temático de las capacitaciones, en opinión de algunos miembros de la Cooperativa sería bueno que se vincularan otro tipo de temas más "lúdicos" a fin de tener espacios donde se puedan desarrollar otros intereses. Entre estos los más nombrados son, mecánica, corte y confección y belleza.</p> <p>Durante la aplicación de la bitácora diacrónica y la encuesta que observa el desarrollo de los talleres y la apropiación del concepto de participación respectivamente, se observa una falencia en capacitación sobre aspectos como participación ciudadana y conocimiento de la política nacional de residuos sólidos, este hecho puede a la larga repercutir en que los logros de la Cooperativa se queden a su interior manifestándose en una actividad netamente comercial sin un radio de acción más amplio.</p> <p>Este tipo de capacitación es importante pues ubica al reciclador en el escenario de la toma de decisiones no solo a nivel local sino nacional y le permite en determinado caso discutir las disposiciones que lo afectan en los mismos términos y escenarios de quien los diseña. No conocerlos limita en gran medida su desarrollo como actor político.</p> <p>Los datos arrojados por el cuestionario da muestra de un muy bajo conocimiento en temas importantes a la hora de defender derechos tales como que se entiende por una ley, su diferencia con los decretos, acuerdos o resoluciones como se pueden controvertir sus disposiciones y ante que ente.</p>

Fuente: Revisión Documental

4. Asociación de Recicladores de Lisboa

Este proceso se gestó a partir de la vinculación de la comunidad de recicladores del barrio Lisboa de la localidad de Suba de Bogotá, al proyecto presentado en el año 1998 por la ONG ENDA América latina ante el Ecofondo, denominado “Gestión Ambiental Urbana con énfasis en reciclaje solidario”, que buscó mejorar la calidad de vida de los recuperadores de la localidad de Suba a través del fortalecimiento de la organización comunitaria.

Dicho proyecto involucro a tres organizaciones de recicladores de la localidad de suba: Luz verde, Lisboa y La Campiña que en conjunto agrupan a más de 250 recuperadores que originariamente trabajaban informalmente en el botadero doña Juana y debido a su cierre se ven forzados a desarrollar su labor en otros lugares de la capital.

Lisboa se encuentra vinculada a la Asociación Nacional de Recicladores y a la Asociación de Recicladores de Bogotá y en conjunto han participado en las mesas de discusión y foros realizados por la administración en torno al plan maestro de residuos sólidos en la capital.

Desde una primera aproximación a la organización en 2009 a una más reciente en el 2012, el número de miembros había ascendido de 35 a 80 socios,²⁷ mantiene una gran representatividad en el gremio de Bogotá por incluir entre sus miembros a los recicladores más conocidos y más antiguos de la ciudad.

Tabla 4. Ficha de Datos Asociación Lisboa

Asociación Lisboa	
Razón social	Asociación de Recicladores de Suba-Lisboa
Tiempo de constituida	10 años

²⁷ Tabla 1. Matriz de Consolidación Organizativa

Asociación Lisboa	
Iniciativa	Inicialmente venían trabajando informalmente como grupo no asociado. ENDA los vincula dentro del proyecto que patrocina ECOFONDO (1998). Se comienza a trabajar con recicladores, familias y colegios del sector de Suba. Lisboa hace parte junto con la organización Luz Verde y Usaquéen de las tres comunidades de recicladores que son acompañadas por ENDA en su proceso de fortalecimiento.
Número de miembros	Toda la Cooperativa de recicladores de Suba tiene 260 socios, la fracción que se constituye en el estudio de caso – Lisboa-I Inicio con 25 hoy tiene 80 asociados
Domicilio, cobertura de acción	Barrio Lisboa de Suba. Realizan sus reuniones en la sede de la JAC del barrio. Radio de acción: Suba.
Junta directiva y organigrama	Junta de asociados, presidente. Mesa directiva, Grupos de trabajo (Administración y financiera-revisor fiscal contador y secretaria, proyectos-educación ambiental comercialización, relaciones interinstitucional coordina el trabajo con ENDA y potenciales socios Recientemente ingresan como miembros a la ANR y a la ARB Los órganos de dirección están conformados en su totalidad por recicladores, con lo cual se cumplen los lineamientos de la ANR para sus asociados
Servicios	Separación en la fuente, barrido de calles
Nivel de consolidación	En proceso de consolidación Son aquellas que han tomado la decisión y han dispuesto los medios necesarios para emprender un camino de fortalecimiento institucional como un proceso consciente, integral y a largo plazo. Iniciar este proceso de forma más consciente y con una visión más clara no es garantía de éxito, pero puede arrojar mejores resultados que la improvisación el desarrollo de iniciativas aisladas.

Fuente: Revisión documental

Procesos con los asociados:

- Desarrollo Humano Cambio de actitud frente al reciclador.
- Resolución de Conflictos Ambientales Adopción de prácticas de separación en la fuente.
- Gestión ambiental Incremento de porcentaje de materiales reciclables acopiados por los recicladores.
- Participación y Desarrollo Grado de capacidad propositiva y de negociación.
- Fortalecimiento Organizacional Nivel de reconocimiento de sus derechos, Nivel de gestión autónoma de la propuesta de reciclaje solidario.
- Liderazgo Fortalecimiento de una red interinstitucional de apoyo al reciclaje solidario con presencia de los recicladores.

Aspectos que presenta de las organizaciones en proceso de Consolidación:

- Hay un empeño por diseñar una organización adecuada para el logro de los objetivos institucionales.
- Hay un proceso de construcción, mejoramiento e implementación de criterios, instancias y mecanismos para la toma de decisiones.
- Hay un proceso de construcción de criterios, instancias y mecanismos para la asignación y coordinación de actividades y tareas.
- Hay un gran esfuerzo por definir procedimientos o reglamentos y ponerlos como referentes reales del comportamiento de los miembros de la organización.
- Los grupos informales asumen cada vez conscientemente la misión institucional como su referente de acción.
- Los ejecutores de los programas tienen liderazgo reconocido entre los destinatarios de sus acciones.
- La planeación, el seguimiento y evaluación son actividades dispersas, con debilidades notorias en lo técnico, de participación y en la asimilación y utilidad institucional.

Tabla 5.

Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
<p>El proyecto inscribe como indicador de fortalecimiento el Cambio de actitud frente al reciclador. Lo cual se considera importante y consecuente con el objetivo de lograr la sustentabilidad social de la organización</p> <p>El proyecto asociativo hace énfasis en la sensibilización ambiental y la concertación entre actores sociales, para incentivar prácticas de separación en la fuente a través de procesos que benefician ambiental, social y económicamente a la comunidad involucrada y que trasciendan del ámbito local y de la misma asociación. Esta estrategia genera un retorno de aceptación y valoración de su labor.</p> <p>Otro indicador de consolidación es el Nivel de gestión autónoma de la propuesta de reciclaje solidario, lo cual responde a la preocupación del intermediario porque una vez éste se retire del panorama concluido el proyecto bajo financiación, la organización pueda asumir sus procesos independientemente.</p>	<p>La organización posee estatutos pero en ellos no desarrollan una visión- misión. El objeto asociativo se limita a la actividad del reciclaje que se entiende como “el conjunto de procesos mediante los cuales se aprovechan y transforman residuos sólidos recuperados y se devuelven a los materiales su potencial de reincorporación como materia prima para la fabricación de otros productos</p> <p>Si bien a Cooperativa ha tenido éxito en su labor empresarial, el no concurrir a los escenarios de toma de decisiones debilita a futuro su proyección, pues la aísla de los escenarios donde se diseñe el destino de la prestación del servicio a 20 años en la ciudad.</p> <p>Los comienzos de la Asociación estuvieron marcados por un liderazgo individual del presidente que si bien logro cohesionar a los recicladores informales vicio los procesos participativos.</p> <p>Si bien la visión del intermediario ENDA es que el fortalecimiento de la persona es fundamento para que se desarrolle con éxito el proceso de consolidación de la organización, esta misma concepción ha sido de difícil asimilación para quienes debe continuar el proceso de consolidación una vez se retire ENDA.</p>

Aspectos a resaltar en la variable Organización- Gestión Comunitaria:

El primer hecho a destacar en lo que atañe a la dimensión Organización comunitaria es que la consolidación económica es el aspecto que más ocupa el tiempo y esfuerzo de las organizaciones nacientes pues de él depende en

gran medida su sostenimiento y autonomía dado el casi nulo apoyo estatal a sus procesos.

Un segundo hecho es que para dar pasos firmes en el camino de la consolidación, los dos estudios de caso tuvieron que trabajar fuertemente el problema de la baja autoestima. Las organizaciones trabajaron el tema diseñando estrategias que permitieran atacar los bajos niveles que al respecto se presentaban y que generaban consecuencias tales como falta de compromiso, deserción, violencia interna y discriminación de género, problemas éstos que al no atacarse a tiempo demostraron dificultar la intención asociativa²⁸.

La siguiente tabla permite apreciar la síntesis de resultados que Garrojo el sistema de seguimiento para las dos organizaciones (tabla 4) en lo que respecta a la variable consolidación organizativa de acuerdo a la guía de observación Matriz Corona en los aspectos que se seleccionaron como los más relevantes para el caso particular.

Tabla 4. Consolidación de la Organización Comunitaria

Dimensiones y Factores	Máximo Ideal	Puntaje Alcanzado	
		L	C
Consolidación social de la organización			
Reconocimiento positivo de su labor en el área de influencia.	23	8	23
Disminución de los niveles de rechazo social gracias a su acercamiento con la comunidad.			
Colaboración mutua			

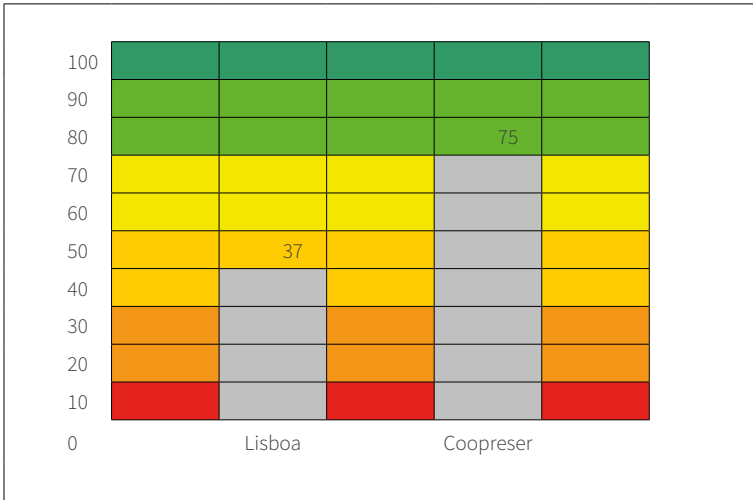
²⁸ A la par que se aborda satisfactoriamente este problema las dos organizaciones comienzan a vincular a más asociados y mejoran sus niveles de gestión. Al día de hoy es un hecho para Lisboa y Coopreser que no puede lograrse un desarrollo empresarial de la organización sin vincular al mismo el desarrollo humano de los recuperadores.

Dimensiones y Factores	Máximo Ideal	Puntaje Alcanzado	
		L	C
Consolidación Ambiental de la Organización.			
Cohesión organizativa en torno a la actividad del reciclaje.	23	12	20
Valoración misión visión ambiental			
Apoyo efectivo en GIRS			
Consolidación de la dimensión Política de la Organización.			
Apropiación de espacios determinados en la política.	31	15	9
Actor crítico y propositivo			
Incidencia en decisiones de política			
Interés por participar capacitado			
Consolidación Económica de la Organización.			
Gestión económica independiente.	23	2	23
Plan anual de inversión			
Entradas económicas constantes			
Ingresos productivos para los socios			
TOTAL	100	37	75

Fuente. Datos consolidados sistema de seguimiento y evaluación

* Indicador Directo. Se obtiene a partir de las dimensiones en negrilla

Gráfica 1. Consolidación de la Organización



Fuente: Datos Consolidados Sistema de seguimiento y evaluación

5. Hallazgos referidos a la eficacia del componente participativo

Existe una relación directa entre las fallas en los procesos participativos y la consolidación organizativa de los recicladores; este planteamiento responde sencillamente a que quien no participa se aísla y disminuye por tanto sus posibilidades de defender sus derechos y lograr que se incluyan en la agenda pública sus problemas. Esta misma relación ha sido reconocida por la misma corte Constitucional tal como se observó, cuando llama la atención a los entes públicos por no generar acciones afirmativas que permitan una mayor y mejor participación²⁹ de los recicladores como premisa de respeto a su derecho a la igualdad.

Los hallazgos en este punto determinan que hay un alto grado de desconocimiento de los espacios de participación ofertados por la política pública³⁰, lo cual significa -en lo que respecta al diseñador de política-, que no se ha promovido eficientemente su pedagogía o que esta se ha dificultado por

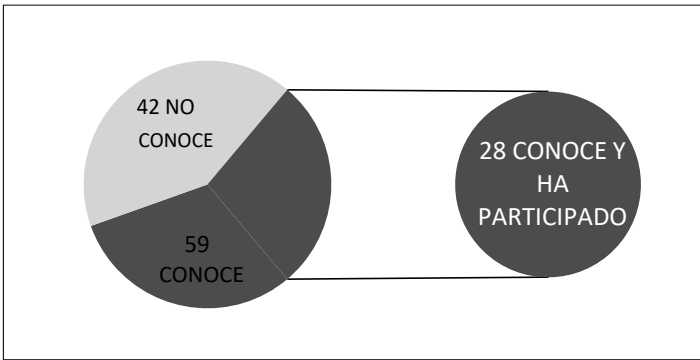
29 Fuente: Datos Consolidados Sistema de seguimiento y evaluación

30 Incluye los constitucionalmente determinados cabildo,

la complejidad de la descripción normativa (definición, forma de vincularse, operatividad)³¹ y – en lo que refiere a la actividad de la organización- que no se ha fortalecido la necesidad de su conocimiento o simplemente que no hay interés por conocerlos ni aprehenderlos.

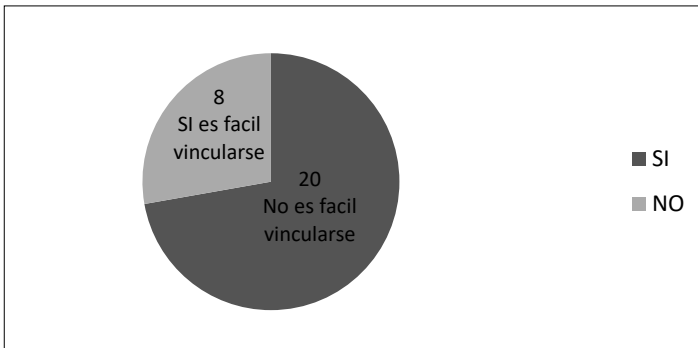
Las siguientes gráficas (gráfica, 2, 3 y 4) dan cuenta de este hallazgo:

Gráfica 2. Conocimiento de las instancias o mecanismo de participación.



Fuente: Aplicación de entrevista libre sobre 101 recicladores

Gráfica 3. Facilidad de uso del mecanismo o vinculación a la Instancia



Fuente: Resultados sobre entrevistados que manifestaron conocer el mecanismo o instancia de participación y haber participado a través de él (28).

31 Que se plantea en un lenguaje técnico o jurídico difícil de entender

Las organizaciones perciben una relación directa entre su participación en los escenarios de poder y su fortalecimiento como organización, pero no consideran que esa posibilidad de incidir en las decisiones de política sobre su actividad política pueda lograrse a través de los espacios de participación existentes.

Por ejemplo en la instancia del comité de control social de SPD el poder que puede tener el vocal de control es muy poco sino nulo, dado que sus funciones son taxativas y enmarcadas en un radio de acción limitado. Su participación en la mesa directiva de las empresas de SPD se limita a opinar y dar a conocer las expectativas de los usuarios sin poder de decisión ni voto. La operatividad del cabildo y de la junta de acción comunal es engorrosa y limitada cuando de cambiar rumbos de política se trata. La veeduría quizás podría ser un poco más ágil pero igualmente se ve enfrentada a los grandes actores económicos que pugnan por hacer valer sus intereses.

A la par consideran que al no propiciarse su participación en la discusiones previas a la emisión de las normas que regulan la prestación del servicio de aseo, sus expectativas no se ven reflejadas en las mismas, y lamentan que las estrategias que en efecto representan beneficios para su actividad hayan quedado en el papel, sin ningún desarrollo reglamentario. Por otro lado critican el sesgo excluyente de varias normas a las que se han tenido que enfrentar jurídicamente pues vulneran sus derechos fundamentales a la igualdad, al trabajo y la protección de grupos marginados.

Finalmente, consideran que los espacios ofertados son solo instancias informativas, en donde los principios reflexivo, deliberativo y, consensual no tienen desarrollo. Dado lo anterior el criterio de legitimidad de las normas del servicio de aseo se ve seriamente comprometido pues no aseguran un reconocimiento racionalmente motivado de destinatarios que ven reflejados en ellas sus intereses.

Tabla 5. Razones del Reciclador para no participar

***Estimación:** Las opiniones con puntaje 0, 1 y 2 implican una razón que conlleva una sensación negativa sobre la misma actividad de participar. 4 y 5 implican una positiva sobre la misma.

Sensación Negativa Puntaje máximo alcanzable 0			0	1	2	3	4	5
1	Lo escenarios son ineficaces.	Lisboa		1				
		Coopreser			2			
2	Hay roscas e intereses creados que han impedido que los recicladores puedan trabajar	Lisboa	0					
		Coopreser			2			
3	Las opiniones de las organizaciones, expresadas en las mesas de discusión o talleres dictados por la administración, no han sido tenidas en cuenta.	Lisboa		1				
		Coopreser				3		
4	No es conveniente asistir a las reuniones y talleres si no se está preparado en el tema pues hay que participar con criterio.	Lisboa						5
		Coopreser						5

Fuente. Resultados consolidados aplicación sistema de seguimiento y evaluación.

Si bien se podría plantear que la no operatividad del componente participativo en las políticas es consecuencia de un error de diseño en la misma también cabe la pregunta sobre qué tipo de eficacia se buscaba; pues si de lo que se trataba era de crear instancias de participación débiles e inocuas tal error no existió, caso en el que aplica el epílogo del principio 10 de la Agenda 21 en Río de Janeiro según la cual:

“La debilidad en los niveles de participación, se debe a aspectos como desconocimiento de los espacios y mecanismos de participación, a la ausencia de credibilidad del Estado, y posiblemente a un desinterés de los gobiernos por crear espacios que verdaderamente promuevan este principio. Lo anterior conlleva a que el distanciamiento entre el Estado y la Sociedad Civil sea cada vez más grande, haciendo así que el conflicto

social este al orden del día.”. (Agenda 21 Cumbre para la Tierra, Río de Janeiro (Brasil), 1992.p, 19).

Las organizaciones son conscientes de la necesidad de participar en sentido fuerte³², pues plantean que si no se tiene presencia en los escenarios donde se toman las decisiones nadie hablara por ellos. Los logros que han obtenido a lo largo de sus procesos de consolidación han tenido que ver directamente con este tipo de participación pero enfatizan el hecho que no ha sido a través de los canales instituidos que han logrado hacerse escuchar.

Las siguientes tablas permiten ver aspectos que las organizaciones consideran fallas propias de su participación (tabla 6) y cómo se procuran ellos mismos el conocimiento sobre los espacios existentes a falta de estrategias que permitan su conocimiento generadas por el actor público. (Tabla 7).

Tabla 6. Razones que indican responsabilidad sobre las fallas en la participación

Sensación Positiva Puntaje máximo alcanzable 5							
			1	2	3	4	5
1	Los espacios son amplios pero los problemas internos en la organización los ocupa y no han asistido	Lisboa	1				
		Coopreser		2			
2	Se requiere prepararse y organizarse para poder ser actores a quienes se les escuche.	Lisboa					5
		Coopreser					5
3	La culpa de la situación actual de los recicladores es de nosotros mismos por no participar	Lisboa					5
		Coopreser				4	
4	Para participar se requiere una preparación y capacitación que la organización por sí sola no puede procurarse	Lisboa	1				
		Coopreser				4	

***Estimación:** Sensación positiva (verde) implica que la organización asume su responsabilidad en relación a las fallas en los procesos participativos. Estimación negativa: 1 y 2 rojo - zapote) representa razones que implican dejar en otros la responsabilidad.

Fuente. Resultados consolidados aplicación sistema de seguimiento y evaluación.

32 Con poder de incidir.

Tabla 7. Estrategias para acceder al conocimiento de los espacios de participación

			1	2	3	4	5
1	La misma organización busco la información	Lisboa		2			
		Coopreser					5
2	A partir de los talleres dados por el intermediario	Lisboa		2			
		Coopreser				4	
3	A partir de la asistencia a los talleres y capacitaciones a los cuales los invito la administración	Lisboa		2			
		Coopreser		2			
4	La organización ha contratado capacitadores particulares en (diferentes al del intermediario) en la temática de participación ciudadana	Lisboa				4	
		Coopreser		2			
5	Otros Medios	Lisboa				4	
		Coopreser				4	

***Estimación:** obteniendo 1,2 puntaje que indican deficiencia en autonomía, 3, 4 y 5 mayor independencia.

*Fuente. Resultados consolidados aplicación sistema de seguimiento y evaluación.

No obstante desconocen enfáticamente la eficacia de los espacios, su crítica se queda solo allí pues no existe de su parte un planteamiento propositivo y claro que busque bien sea, mejorar los espacios ya existentes o a crear otros. La no aprehensión del principio participativo por parte de las organizaciones permite plantear un análisis de doble faz: la participación es ineficaz por que los espacios no son adecuados o, el problema no son los espacios sino que las comunidades no participan.

A favor de la primera opción podemos decir que las comunidades han asimilado el esquema de participación institucionalizado y en

primera instancia se mueven dentro de los escenarios ofertados.³³ Pero su participación en ellos les ha dejado la clara opinión de que no es allí donde deben ventilar sus problemáticas; pues ninguno les brinda la posibilidad de participar con poder. Y consecuencia de esto es que frente a las decisiones tomadas han resultado más eficaces la vía de hecho, la orden judicial e incluso los medios informativos, para revertir situaciones que hubiesen podido poner en peligro el respeto a sus derechos.

En el segundo planteamiento, vemos que “el perro se muerde la cola” pues se presenta un círculo de no acabar: –las comunidades no participan porque los espacios no son adecuados, y – los espacios no son adecuados porque no motivan a las comunidades a participar.

De una u otra forma, se tiene claro que es en el escenario de la participación donde las organizaciones pueden dar a conocer sus problemas y proponer los cambios necesarios para mejorar, o cambiar los criticados mecanismos participativos.

Coopreser y Lisboa comparten la opinión de que una organización a la que no le interesa prepararse para intervenir, con conocimiento, en los escenarios de poder, - ya sea que se les invite a ellos o no- pierde el rumbo de lo que claramente se busca conseguir con toda propuesta asociativa: resolver entre todos problemas compartidos, actuando como ciudadano, preocupado por el interés general del gremio que irradie también en beneficios sociales y no solo interesados resolver problemas particulares de la organización.³⁴

33 Se refuerza el planteamiento según el cual las comunidades se mueven solo en los espacios que institucionalmente se ha creado para ellas siendo este el operativo de prestación del servicio de recolección y aprovechamientos, sin visualizarse en otros de mayor participación en sentido fuerte como podría ser el de apoyo en el diseño de política de aseo.

34 Esta visión asegura para la organización éxitos a más largo plazo que los que pueden alcanzar alejando su actividad del escenario de las decisiones. Muy claro tiene esto Coopreser quien debe en muy alta medida sus logros como organización a su participación empoderada en el proceso de diseño del acuerdo 053, de la alcaldía de Bucaramanga que en el año 1999 ya reconocía el aporte que las organizaciones de Recicladores a la solución del problema de la basura en la ciudad y generaba acciones afirmativas para apoyar a sus organizaciones y también claro lo tiene Lisboa, que con el acompañamiento de ENDA y el trabajo conjunto con la ARB y la ANR, apoya y participa los procesos de defensa de los intereses del gremio de recicladores de Bogotá a través de las demandas por la violación de los derechos de los recicladores en los procesos licitatorios del servicio de aseo en Bogotá.

Conclusiones

- 1) Las organizaciones enfrentan dos retos; el primero referido a la consolidación como empresa para poder competir en un contexto de mercado; el segundo en términos de desarrollar y fortalecer su dimensión política, para comprender el entorno institucional, normativo y político en el que su actividad se desarrolla y poder trascender del plano particular al local y nacional. Con respecto al primer reto, los casos analizados muestran la importancia de partir del mejoramiento de individuo como premisa para abordar satisfactoriamente la consolidación de la organización; por otro lado la importancia de tener claridad sobre la misión visión organizativa, pues las fallas en este aspecto no permiten planificar los procesos a mediano y largo plazo y dificultan la concreción de estatutos que eviten liderazgos negativos y pasividad participativa. Frente al segundo reto, la organización necesita fortalecer su capacitación en mecanismos de participación y avanzar en procesos que les permitan intervenir en los escenarios de discusión y debate de una manera cualificada planteando, si es del caso, cambios o modificaciones a los espacios de participación que se critican.

- 2) Contar con organizaciones fuertes trae ventajas no solo para los asociados, quienes mejoran su calidad de vida, sino también para el Estado y el usuario. Al estado le permite:
 - a) alcanzar una más eficiente prestación del servicio de aseo al descentralizar el componente de recolección y aprovechamiento con un manejo más expedito de los residuos y una reducción en su cantidad, que prolonga la vida operativa de los rellenos sanitarios.
 - b) disminuir gastos operativos de transporte y mano de obra para la empresa de servicios oficial
 - c) generar beneficios sociales que legitiman sus políticas y
 - d) contar con un aliado para fortalecer la conciencia ciudadana de gestión integral de los residuos. Al usuario
 - a) le evita pagar el gasto operativo de recolección que la empresa cobra en la factura
 - b) a los multiusuarios les brinda la opción de acogerse a la opción tarifaria que disminuye la tarifa del servicio de aseo cuando se separa en la fuente y se recicla.
 - c) le da oportunidad de concretar alianzas beneficiosas con

las organizaciones³⁵ y d) Abre espacios para crear conciencia ambiental.

- 3) Hablar del apoyo a sus organizaciones es hablar del apoyo al reciclador como persona vulnerable. Cambiar la perspectiva sobre su valía genera y-o fortalece en la sociedad los valores de la solidaridad, el respeto por la diferencia y la fraternidad
- 4) El apoyo a la consolidación organizativa por parte del estado es una acción afirmativa y en este sentido entra en el ámbito de las órdenes impartidas por la Corte constitucional al respecto. Como estrategia de vinculación de los recicladores está incluida en casi todas las normas que luego de ya varios fallos de tutela han amparado los derechos de los recicladores; sin embargo no se observa a la par y con claridad los mecanismos para hacer efectiva esta acción.
- 5) La autonomía financiera es factor clave en la consolidación de los procesos, pues contar con recursos propios da soporte a la intención asociativa, autonomía en las decisiones y planificación a mediano o largo plazo y genera confianza en las propias capacidades y valía del reciclador, por tanto tiempo afectado. En este mismo sentido, la consolidación económica es el aspecto que más ocupa el tiempo y esfuerzo de las organizaciones nacientes pues de él depende en gran medida su sostenimiento y autonomía que responde al casi nulo apoyo estatal a sus procesos.
- 6) Para dar pasos firmes en el camino de la consolidación, los dos estudios de caso tuvieron que trabajar fuertemente el problema de la baja autoestima. Las organizaciones trabajaron el tema diseñando estrategias que permitieran atacar las consecuencias derivadas de este problema: falta de compromiso, deserción, violencia interna, discriminación de género, reconociendo que al no superarse dificultaba al máximo la intención asociativa.

35 Tales como cambiar residuos por elementos de aseo, participar en rifas como en el caso Coopreser, beneficiarse de capacitaciones en educación ambiental.

- 7) Otro aspecto decisivo en el camino de la consolidación es el respaldo de la comunidad pues mejora los niveles de autoestima, facilita procesos de educación ambiental a través de los cuales se da a conocer la organización, posibilita la concreción de alianzas y respalda la labor de las organizaciones frente a las autoridades públicas.
- 8) No se observó la concreción de alianzas como estrategia de consolidación, (entendida como acuerdo entre partes que reconocen sus fortalezas mutuas, respetan sus acuerdos y trabajan en conjunto en aras de obtener las metas compartidas que redunden en las particulares) lo cual responde de acuerdo a los recicladores a que hay desconfianza o desconocimiento entre los diversos actores. Para el sector oficial las organizaciones aún no están preparadas para delegarles la prestación total del servicio de aseo y para las organizaciones no solo no reciben ningún tipo de apoyo por parte del Estado para consolidar sus proyectos sino que además se enfrentan a trabas administrativas para el desarrollo de su actividad y ven incumplidos los acuerdos e incluso las ordenes que desde la justicia se imparten a su favor.
- 9) Casos como el de Coopreser muestran lo importante que resulta tener personal capacitado en la junta directiva, que no necesariamente debe ser reciclador tal como lo determina los parámetros de la ANR para sus afiliadas. En este caso se podrían flexibilizar estas determinaciones para que el gremio no se siga fraccionando por deserciones de organizaciones que no cumplen este lineamiento. Igualmente se considera válido el direccionamiento de esta asociación en el sentido que busca evitar que actores externos se apropien de los procesos, no obstante, se considera que puede conciliarse ambas posiciones al asumir y mantener procesos de capacitación interna de los miembros que con el paso del tiempo estén en la capacidad de asumir los cargos directivos que inicialmente estaban ocupados por los profesionales no recicladores que guiaron y apoyaron el proceso en sus comienzos
- 10) No se da una participación política (participación en sentido fuerte para Mary García Castro) pues las organizaciones no tienen poder de intervención en los centros de gobierno de la colectividad concurriendo

a la toma de decisiones en un plano de relativa igualdad con los demás miembros.

- 11) No se participa desde los escenarios creados en la Política Pública para la participación ciudadana. Las organizaciones manifiestan haber tenido que crear sus propios espacios para hacerse escuchar. No obstante, a pesar que las organizaciones critican la eficiencia de los espacios de participación actualmente ofertados, sus niveles propositivos para mejorar los existentes son muy bajos.
- 12) Sobre los espacios de participación existentes en las normas aplicables al servicio de aseo hay desconocimiento, desconfianza, y desinterés lo cual determina una débil promoción del principio participativo por parte del Estado. Las organizaciones se han visto forzadas a salirse de la ruta gubernativa para acudir a la tutela jurídica cada vez que la institucionalidad incumple sus compromisos o simplemente viola sus derechos. En ese contexto las estrategias desarrolladas para articularse a los espacios promovidos fuera del ámbito litigioso no responden a un ejercicio voluntario, planificado y a largo plazo que soporte la consolidación organizativa.
- 13) Se observó que cuando el proceso de consolidación esta mediado por un intermediario, la búsqueda de relaciones con el actor público o privado se gestiona desde la actuación del intermediario (ONG, Universidad, organismo de cooperación, ..) lo cual puede ser desventajoso en el sentido que coloca a la organización en una posición de dependencia frente a las gestiones que adelanta el intermediario, a menos que éste se preocupe por incentivar la autonomía de la organización abriéndole el camino y permitiendo que asuma en algún punto por si solo los procesos.
- 14) Frente a las fallas en la participación se plantean varias opciones: 1) cambiar los espacios actuales, 2) introducir cambios a los existentes, 3) crear otros espacios que amplíen la oferta y recojan las expectativas de las organizaciones tales como: menores requisitos de acceso, mayor énfasis en procesos de concertación, más claridad en sus funciones y sobre todo, que ofrezcan a la comunidad mayor poder para incidir

en las decisiones que tome la administración y tengan que ver con su actividad. Ninguna de estas opciones tendría eficacia si no se empieza por crear una cultura de la participación al interior mismo de las organizaciones, como necesidad y no como un tema más dentro de una capacitación que brindan los intermediarios o exigencia coyuntural cada vez que se violan sus derechos.

Si bien se es consciente de que las organizaciones son poco propositivas frente a los cambios que requieran los actuales espacios, se detecta que el mayor problema es que en el diseño de los espacios actuales no se tuvo en cuenta los intereses y expectativas de las organizaciones, y su imagen negativa proviene de una apreciación cierta: los actuales espacios no permiten que las organizaciones participen más y mejor.

- 15) El resultado del nivel de consolidación arrojó para las dos organizaciones un nivel amarillo -moderado regular-, con una ventaja de Cooperar resaltando en los factores de consolidación el acercamiento con la comunidad y la organización de sus procesos internos. Para el caso de Lisboa, con menos tiempo de existencia, resalto su trabajo como actor político siendo participe de las actuaciones jurídicas que abanderó la ARB en defensa de sus derechos.

Como conclusión final debe resaltarse el hecho que sin importar cuánto avancen las organizaciones de recicladores en su consolidación, este proceso no podrá ser sustentable e irradiar a la sociedad, sino está acompañado y respaldado por las políticas públicas que den contenido a la protección constitucional ganada a pulso y tesón tras la larga batalla jurídica que ha enfrentado a los recicladores con un Estado que ha desatendido su obligación de implementar acciones afirmativas que garanticen sus derechos como comunidad vulnerable. Al día de hoy luego de ya trece años del primer fallo que tuteló sus derechos los recicladores aún deben luchar por ser respetados y valorados por una sociedad que les debe más que reconocimiento, el agradecimiento por el valioso aporte a la solución del problema de las basuras que es de todos.

Referencias

- Agenda 21 Cumbre para la Tierra, Río de Janeiro (Brasil), 1992. Declaración Principio 10: Acceso a la información, participación y justicia. Disponible en www.unep.org/geo/pdfs/Keeping_Track_es.pdf, recuperada el 12 de abril de 2015.p91
- Alcaldía de Bogotá, (2012) Decreto 564. “Por medio del cual se adoptan disposiciones para asegurar la prestación del servicio público de aseo en el Distrito Capital”, Publicado en el Registro Distrital 5022 de diciembre 10 de 2012, Bogotá, Colombia.
- Asociación Nacional de Recicladores, ANR (2013) página institucional, Sección -quiénes somos. Disponible en www.asociacionrecicladoresbogota.org/, recuperado el 12 de enero de 2013.
- Banco Interamericano De Desarrollo Bid 2010 (S.F). Horacio Terraza& Germán Sturzenegger –Nota Técnica N 117. Dinámicas de organización de los recicladores informales, tres casos de estudio en américa latina. Washington Dc USA. Disponible En: [Http://lbdocs.iadb.org/Wsdocs/Getdocument.aspx?Docnum=35325785](http://lbdocs.iadb.org/Wsdocs/Getdocument.aspx?Docnum=35325785),Recuperado en abril 2 de 2015.
- Cohen, J & Arato, A. (1997). Society and Political Theory, Massachusetts, Estates Unites 2a Edition. Mit Press Summary P. 510.
- Colombia Corte Constitucional (1998) Sentencia De Unificación Su-225, Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz. Sala Tercera de Revisión, Bogotá D.E, mayo 20 de mil novecientos noventa y ocho.
- Colombia Corte Constitucional (2000), sentencia de constitucionalidad c-371, magistrado ponente Carlos Gaviria Días, Santafé de Bogotá, d.c, 29 de marzo del año dos mil.
- Colombia Corte Constitucional (2003), Sentencia de Tutela T724, Magistrado Ponente Jaime Araujo Rentería, Sala Primera De Revisión, Bogotá, D.C., 20 de agosto de dos mil tres.
- Colombia Corte Constitucional (2008), Sentencia de Tutela T282, Magistrado Ponente Mauricio González Cuervo. Bogotá D.E., Marzo 14 de dos mil ocho.
- Colombia Corte Constitucional, (2009) Sentencia de Tutela T 291, Magistrada Ponente Clara H Reales G, Sala Segunda De Revisión, Bogotá D.E., abril 23 de dos mil nueve.
- Colombia Corte Constitucional (2010). Auto 268, Sala Tercera De Revisión, Magistrado Ponente, Juan Carlos Henao Pérez, Bogotá, D.C., 30 de julio de dos mil diez.
- Colombia Corte Constitucional (2011) Auto 275, Sala Tercera De Revisión, Magistrado Ponente, Juan Carlos Henao Pérez, Bogotá, D.C., diecinueve (19) de diciembre de dos mil once.
- Congreso De La República (1994) Ley 142 “Régimen De Servicios Públicos Domiciliarios” Publicada En El Diario Oficial 41.433 del 11 de julio de 1994, Bogotá, Colombia.

- Congreso De La República (1999) Ley 511 “Por la cual se establece el Día Del Reciclador” Publicada En El Diario Oficial Número 43.656 del 5 de agosto de 1999, Bogotá, Colombia.
- Congreso De La República (2011) Ley1450 “Por La Cual Se Expide El Plan De Desarrollo 2010-2014” Publicada En El Diario Oficial 48102 Del 16 De junio, de 2011, Bogotá, Colombia.
- Constitución Política De Colombia. (1991) Asamblea Nacional Constituyente, Preámbulo. Disponible en: [Http://Web.Presidencia.Gov.Co/Constitucion/Index.Pdf](http://Web.Presidencia.Gov.Co/Constitucion/Index.Pdf), Recuperado El 22 de diciembre de 2013.
- Díaz-Cano, Marlenny (2014). Los Excluidos Y Su Derecho A Participar. Casos Recicladores De Bogotá Colombia, Revista Fomento Social I Sem De 2015.
- Dinero Revista Económica (2009) (Sin Autor), “La Oportunidad Está En La Basura”, (En Línea) Noviembre 24 De 2009, Consultada En [Http://www.Dinero.Com/Green/Seccion-Patrocinios/Articulo/La-Oportunidad-Esta-Basura/84440](http://www.dinero.com/green/seccion-patrocinios/articulo/la-oportunidad-esta-basura/84440), Recuperada El 22 De Abril De 2014.
- Fleury Sonia. (1998) Citando A Bouaventura Du Santos En “Algunas Provocaciones Sobre Cultura Política E Ciudadana” Epilogo De Ponencia Política Social Y Exclusión Y Equidad En América Latina Años Noventa, Caracas, Venezuela. P.12
- García-Castro, Mary. (2000). “Perspectivas Latinoamericanas De Desarrollo”, Ponencia Publicada En Revista Pensamiento Político Número 14 Mayo 23 De 2000. Universidad Nacional De Colombia. Bogotá D.C. Colombia: Pp. 31
- Giménez, Gluck D. (2004) “Juicio De Igualdad Y Tribunal Constitucional”, Barcelona, España: Editorial Bosh. Pp. 316 Y 317.
- González Esperanza. (1999) Manual Sobre Participación Y Organización Para La Gestión Local, Ediciones Foro Nacional Por Colombia, Cali, Pp13.
- Minambiente (2000), Ministerio Del Medio Ambiente, Decreto 2395, Por Medio Del Cual Se Instituye La “Medalla Del Reciclador Y Buenas Prácticas Ambientales”, Publicado En El Diario Oficial 44.330 Del 26 De diciembre De 2000, Bogotá Colombia.
- Minambiente (2003) Ministerio De Ambiente, Vivienda Y Desarrollo Territorial, Política De Gestión Integral De Residuos Sólidos, por la cual se adopta la metodología para la elaboración de los planes de gestión integral de residuos sólidos, pgrs, publicado en el diario oficial 45329 de octubre 3 de 2003, Bogotá Colombia.
- Minvct (2013), Ministerio De Vivienda Ciudad Y Territorio, Decreto Nacional 2981, Por el cual se reglamenta la prestación del servicio público de aseo, publicado en el *diario oficial* 49010 de diciembre 20 de 2013, Bogotá Colombia.
- Morales, E. & Núñez, I. (2006). “La contraloría social en la construcción de la democracia participativa en Venezuela: ¿mito o realidad?”. Medellín, Colombia. Revista Opinión Jurídica, Vol. 11, N° 22, Pp. 83-96 - Issn 1692-2530 Julio-Diciembre De 2012 / 210 Pp. 83-96.

- Presidencia De La Republica. (2002), Decreto 1713. Por el cual se reglamenta la prestación del servicio público de aseo, y la Gestión Integral de Residuos Sólidos”. Publicado En El Diario Oficial 44893 Del 7 De Agosto De 2002, Bogotá Colombia.
- Presidencia De La República (2003), Decreto 1505, “Sobre planes de gestión integral de residuos sólidos “Publicado En El Diario Oficial Número 45210 De Junio 6 De 2003. Bogotá Colombia.
- Rolfes, M. (1997) “El principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso de empleo, la formación y a la promoción de profesionales, y a las condiciones de trabajo, y sus excepciones”, Revista Jurídica Del Notariado 21, Enero Marzo. Consultado En [Http://Pruebas.Colnot.Com/Biblioteca/Revista/Revista21/0521.Html](http://Pruebas.Colnot.Com/Biblioteca/Revista/Revista21/0521.Html), P62.
- Velásquez, Fabio. (2005) “Gestión local y política social”, notas para una definición de enfoque, Cali, Colombia: universidad del valle, Pp. 56.
- Young, Iris Marín. (1996). Vida política y diferencia de grupo: una crítica del ideal de ciudadanía universal. En: Castell Carmen (compiladora) perspectivas feministas en teoría política. Paidós, buenos aires, citada en corte constitucional de Colombia auto 275 de 2011.

Capítulo 4

La educación en los desastres, afectación y representación sobre su papel en el desarrollo humano. El caso del Municipio de Campo de la Cruz, Atlántico



Omar Vivas Cortés^(a)

Lizeth Pérez^(b)

Valeria Nariño^(c)

a) Administrador Público, Magister en Estudios Políticos y Candidato a Doctor en Estudios Políticos, Líder del grupo de investigación Carlos Mauro Hoyos – Ética de lo Público, instituciones y derechos.

b) Economista, Estudiante de la Maestría en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional.

c) Politóloga.

Sinopsis del capítulo

La afectación provocada por la Ola Invernal generó un conjunto de impactos enfáticamente en los municipios del sur del Atlántico. Para el caso de Campo de Cruz, la magnitud del desastre presentó una grave vulneración al derecho a la educación, repercutiendo sobre el desarrollo humano del municipio.

Cómo citar este capítulo: Vivas-Cortés, O., Pérez, L. & Nariño, V. (2018). La educación en los desastres, afectación y representación sobre su papel en el desarrollo humano. El caso el Municipio de Campo de la Cruz, Atlántico. En: A. D. Marengo-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 88-119). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

La educación, como componente esencial del desarrollo humano brinda a las personas no solo un medio para aumentar su capacidad productiva sino que también aumenta su capacidad de alcanzar una vida plena valiosa (Cejudo Córdoba, 2006); por ello lograr mayores niveles de formación se ha convertido en una política primordial de las naciones³⁶. Sin embargo, y de manera irresistible se presentan situaciones de desastre de origen natural que frenan los procesos de desarrollo e interrumpen el derecho que tiene la población de acceder a la educación, al tener consecuencias negativas como la afectación de la infraestructura escolar y de su disponibilidad al ser ocupadas las escuelas como albergues.

Entre 2010 y 2011, Colombia sufrió una temporada de fuertes y prolongadas lluvias que provocaron la inundación de diferentes zonas del país. En particular el sur del Departamento de Atlántico es especialmente afectado a causa de la ruptura y desbordamiento del Canal de Dique, lo cual condujo a que municipios como Campo de la Cruz quedaran totalmente cubiertos de agua. Allí se evidencia el daño a la infraestructura educativa, ya que según los reportes de la Secretaría de Educación de la Alcaldía, en algunas instituciones el agua alcanzó niveles de hasta tres metros de altura, lo cual redujo la capacidad instalada del sector a cerca de la mitad, por ejemplo, en el área rural uno de los dos colegios tuvo que ser demolido y la construcción de un nuevo colegio fue interrumpida y prolongada. El desastre provoca en la población campo crúcense pérdidas económicas, materiales e incluso afectaciones humanas que forzaron su desplazamiento hacia otras zonas del departamento con el fin de restablecer sus condiciones de vida o huir del fenómeno; este desplazamiento ambiental agudiza la problemática de acceso a la educación durante el desastre.

Los niveles de gobierno nacional, departamental y municipal activaron programas de emergencia que consistieron en la reasignación de población educativa en colegios de municipios aledaños que no estuviesen siendo utilizados como albergues, la entrega de kits escolares y meriendas, y proporcionar aulas temporales. Posteriormente, se iniciaron los programas de rehabilitación y reconstrucción, con la dotación de equipamiento y material

36 Lograr la enseñanza primaria universal, se contempló como el segundo objetivo de desarrollo del milenio.

educativo en las instituciones educativas y la reconstrucción de los colegios afectados. Así, se despliega sobre el municipio de Campo de la Cruz un conjunto de inversiones y atención política que responde a la situación de afectación.

Siendo la educación reconocida como un factor de desarrollo humano y un derecho que se afectada por la ocurrencia de un desastre de origen natural, el que a su vez activa una respuesta que trae beneficios posteriores superiores a los proyectados en condiciones de normalidad, dado que durante las fases de rehabilitación y reconstrucción se realizan mayores inversiones en infraestructura física, dotaciones, y se designa más personal para el sector educativo. Allí el criterio de localización en zonas afectadas es determinante para la destinación de inversiones que de otra manera no se realizarían o al menos no en esas proporciones.

Por ello, el objetivo de esta investigación es determinar cuáles han sido las afectaciones que el desastre conocido como “Ola Invernal 2010-2011” han generado a la educación como factor de desarrollo en el municipio de Campo de la Cruz y en qué medida el desastre se construye socialmente como un factor de desarrollo en la esfera de la educación.

Para lo anterior, este documento se divide en cinco partes, en donde inicialmente se aborda los conceptos de desarrollo humano, el papel de la educación dentro de él, la relación multidireccional con los desastres y su calidad de capital bajo la teoría de los campos sociales para luego analizar el escenario de desastres vivido en Campo de la Cruz, a la luz de este marco. Seguido a esto, se hace una revisión de los datos disponibles para el municipio en términos de desarrollo humano y educación antes y después la emergencia, y se realiza un análisis de contenidos que busca develar las representaciones sociales de la población afectada sobre el impacto del desastre en la educación.³⁷

37 Lo cualitativo dirige la comprensión e interpretación de lo cuantitativo, y retroalimentarse mutuamente, en un proceso circular y evolutivo, la emergencia permite la construcción de la realidad que proviene desde los integrantes de una comunidad, no puede imponerse conceptos o ideas preconcebidas sobre los resultados esperados (Strauss, J., Corbin, J., 2012), de allí surgen hipótesis que constituyen el mundo de las ideas que gobiernan las relaciones en la sociedad.

Dicho análisis se hará sobre entrevistas a profundidad con una psicóloga y docente de un colegio del municipio, al secretario de educación del municipio y jefe de núcleo, a un funcionario de la secretaria de educación del departamento y al director del Observatorio de Educación del Caribe de la Universidad del Norte, con base en la teoría fundada. Así mismo, se tomarán como recurso unos talleres dirigidos a funcionarios públicos de Campo de la Cruz, que serán igualmente analizados para finalmente presentar las conclusiones obtenidas de todo el ejercicio académico.

Desarrollo humano, educación y la estructura social

El *desarrollo humano* marca una nueva forma de entender lo que es el desarrollo, que va más allá de características clásicas de acumulación de capital físico y humano, que señalaban como principal indicador de bienestar el ingreso per cápita de un territorio. Este enfoque, introducido por Amartya Sen, centra su atención en el individuo y en su libertad de expandir sus capacidades; las cuales son definidas como el conjunto de alternativas que tiene para lograr desempeños valiosos en su vida. Valor que puede estar determinado por permitirle mejorar su calidad de vida o porque le permite ser más productivo; así que en cierta forma, el concepto de desarrollo más clásico puede contenerse en esta nueva definición (London & Formichella, 2006).

Sen (1999) precisa la libertad como un fin primordial y el medio principal del desarrollo; dicha libertad se expresa en: i) libertades políticas, que son las posibilidades que tienen los individuos para decidir quién los gobierna y con qué principios, así recoge también la libertad de expresión política y de prensa sin censura; ii) servicios económicos, que reflejan la oportunidad de los individuos de hacer intercambios; iii) oportunidades sociales, como el acceso a educación y salud; iv) garantías de transparencia, referidas a la libertad para interrelacionarse con la garantía de divulgación de información y claridad; y v) seguridad protectora, que señala la protección social mínima a la población para impedir situaciones de miseria.

Portanto, la expansión de libertades integra consideraciones económicas, sociales y políticas, que contempla capacidades elementales como saber leer o escribir, la participación política y evitar privaciones como la desnutrición, la inanición, entre otras; y en la que confluyen diferentes instituciones como

los mercados, gobiernos, partidos políticos, organizaciones, sistemas de educación. En este enfoque los individuos han de verse como seres que participan activamente en la configuración de su propio destino si se les da la oportunidad (Sen, 1999).

El desarrollo humano se podría definir como la suma del desarrollo social y el desarrollo económico, en donde el primero comprende la generación de bienes sociales y públicos como la participación política de la ciudadanía, y los servicios de educación y salud; el segundo engloba la producción económica y el capital físico que la sostiene (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2004).

Así, para medir el desarrollo humano entre las naciones, el PNUD como organismo que ha liderado este concepto genera el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual contempla como principales capacidades: vivir una vida larga y saludable, adquirir conocimientos, tener acceso a los recursos necesarios para lograr una calidad de vida digna y poder participar en la vida comunitaria (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2004).

Por tanto, el IDH tiene tres componentes principales: i) la longevidad medida por la esperanza de vida al nacer, bajo el supuesto que quien vive más años es porque ha tenido acceso a una nutrición adecuada y servicios de salud; ii) el acceso a conocimientos, medido por cifras de alfabetismo, entendiendo que aprender a leer y escribir es el primer paso para acceder a la educación, en especial a la educación de calidad; y iii) el ingreso, medido por el PIB per cápita.

Este documento se centra en el estudio específico del acceso a la educación (conocimientos e información), como una capacidad imprescindible para el desarrollo; debido a que su ausencia parcial o total influye negativamente en la expansión de otras libertades. Por ejemplo, un individuo analfabeta que se encuentra en los estratos sociales más bajos, tiene una habilidad limitada para entender e invocar sus derechos, por lo que estos no son debidamente respetados. La educación permite al individuo intercambiar ideas y obtener un trabajo, tiene impacto sobre la salud de la población, disminuye la tasa de mortalidad infantil y la tasa de fecundidad (London & Formichella, 2006).

En resumen, desde el enfoque de desarrollo humano, la educación:

incide decisivamente en las oportunidades y la calidad de vida de los individuos, las familias y las colectividades (...) [Dado que] mejora de los niveles de ingreso, la salud de las personas, los cambios en la estructura de la familia (en relación con la fecundidad y la participación en la actividad económica de sus miembros, entre otros), la promoción de valores democráticos, la convivencia civilizada y la actividad autónoma y responsable de las personas (UNESCO, 2005, p. 84).

Desde la noción de los bienes, la educación es un derecho que es considerado como un bien público en la medida en que el Estado no solo debe ser proveedor sino garante de que todas las personas tengan acceso a él, sin diferencias de calidad ni oportunidad como factor de equidad (Toro, 2005) y de desarrollo. Así mismo, el Estado deber procurar crear las condiciones necesarias para garantizar la educación, a través de las instituciones, administraciones y organismos territoriales. Empero lo anterior es difícil de cumplir en Colombia, dado un conjunto de situaciones propios de los sistemas económico, social y político que se viven en lo local, y debido a las brechas entre los diferentes sectores sociales en los dos aspectos mencionados de equidad y desarrollo; las cuales se ven intensificadas con los desastres con origen en los fenómenos naturales.

Los beneficios de la educación sobre el desarrollo también se reconocen desde las teorías de crecimiento económico, de acuerdo con las que corresponde a un proceso de acumulación de capital humano que contribuye al progreso tecnológico, motor de crecimiento. De igual forma, desde el enfoque del capital social, la educación contribuye al desarrollo en cuanto contribuye a la conformación de redes sociales, dado que le permite a los individuo conectar con otras personas por fuera de su entorno familiar (Azqueta Oyarzun, Gavaldón Hernández, & Margalef García, 2007).

A partir de la sociología la educación puede ser valorada como una forma de capital, en tanto permite establecer relaciones y posicionarse frente a los demás actores de la sociedad. De acuerdo con la teoría de Pierre Bourdieu, estas relaciones se construyen al interior de los campos y establecen su estructura, siendo estos unos espacios de juego, lucha e incluso conflicto por

la obtención o acumulación de capital por parte de los agentes o participantes (Chihu Amparán, 1998).

La posesión y distribución del capital representan poder y determinan las estructuras sociales (Saiz & Rangel Jiménez, 2008), así como la participación dentro de cada uno de los campos, puesto que las relaciones de dominación o subordinación entre los agentes están dadas por el capital que cada uno posee, su interés para obtenerlo y las estrategias que emplea para este fin. Por ende, el capital se constituye en motivo y herramienta de lucha, y va más allá de lo meramente económico, pues puede ser de tipo social, cultural y simbólico.

Se puede observar que la educación se sitúa en estos dos últimos tipos de capital, ya que se refiere a la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas, reflejadas en títulos y calificaciones que revisten de prestigio y legitimidad a un individuo, siendo la materialización del capital cultural por medio del reconocimiento de los demás. De modo que otorga una identidad y una posición al actor dentro de un campo determinado ya sea laboral, político, social o económico. Igualmente, las diferentes clases de capital no son estáticas ni independientes entre sí, pues pueden transformarse bajo un contexto determinado (Giménez, 1997). En este sentido, la educación como capital cultural y simbólico facilita la lucha por la obtención y aumento de recursos y laborales (capital económico) e incluso amplía las redes sociales de los individuos (capital social).

No obstante, bajo un contexto de desigualdad dentro del campo de la educación, la escuela no se constituye como un espacio para reconfigurar las estructuras sociales previamente dadas o conformadas, sino en un lugar donde estas se conservan al reproducir las condiciones de disparidad (Bourdieu, 1986). Esto se explica en que no todos los estudiantes entran a competir con las mismas capacidades, valores y actitudes, ya que se encuentran sujetos a sus realidades individuales dentro de la familia y la sociedad. Por lo tanto, la población educativa de Campo de la Cruz afectada por la “Ola Invernal 2010-2011” quedó en una posición de desventaja respecto a educandos de otras zonas del país y del departamento, pues el desarrollo de sus habilidades y destrezas se vio truncado tanto por las consecuencias del desastre mismo, como por las causas que lo originaron, principalmente su nivel de vulnerabilidad y pobreza.

Desarrollo humano, desastres y educación

Los desastres intervienen de manera transversal en el desarrollo humano, debido a que este se pone en riesgo ante la posibilidad que un fenómeno natural termine por convertirse en una catástrofe. Así, pensar en desarrollo no puede estar aislado de pensar en los desastres, pues “no basta con construir escuelas, sino que éstas deberán ser resistentes a las posibles amenazas naturales y quienes las utilicen deberán estar preparados para actuar” (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2004, p. 15). En este sentido, la expansión de libertades humanas debe contribuir a la reducción de la vulnerabilidad de los territorios.

Sin embargo, estas no son las únicas direcciones en las que se relacionan los desastres y desarrollo humano; ya que si bien los desastres amenazan el desarrollo humano, tanto en sus dimensiones económica y social, y el desarrollo es entendido como una estrategia de mitigación; también se da que el desarrollo en sí mismo se convierte en un potenciador de los desastres y los desastres puede que terminen por promover el desarrollo en situaciones determinadas (Ver tabla 1).

Tabla 1. Relación entre desarrollo y desastres

	Desarrollo Económico	Desarrollo Social
Los desastre limitan el desarrollo	Destrucción de activos fijos. Pérdida de capacidad productiva, acceso al mercado y bienes materiales. Daño a la infraestructura de transporte, comunicaciones o energía. Deterioro de los medios de vida, ahorro y capital físico.	Destrucción de la infraestructura sanitaria o educativa y pérdida de los recursos humanos. Muerte, incapacidad o emigración de actores sociales importantes, con el consiguiente deterioro del capital social.
El desarrollo provoca el riesgo de desastre	Prácticas de desarrollo no sostenibles que enriquecen a algunos a expensas del trabajo y las condiciones de vida insalubres de otros, o el deterioro del medio ambiente.	Decisiones en materia de desarrollo que generan normas culturales que promueven el aislamiento social o la exclusión política.

	Desarrollo Económico	Desarrollo Social
El desarrollo reduce el riesgo de desastre	Acceso a agua potable, alimentos, eliminación de desechos y vivienda segura, aumentando la capacidad de adaptación de las personas. Comercio y tecnología que pueden reducir la pobreza. Inversiones en mecanismos financieros y seguridad social que pueden proteger contra la vulnerabilidad.	Promoción de la cohesión social, conocimiento de las personas o grupos sociales excluidos (como la mujer) y oportunidades de mayor participación en la adopción de decisiones. Mejor acceso a la educación y los servicios sanitarios, que aumentan la capacidad de adaptación.

Fuente: programa de Naciones Unidas para el desarrollo [PNUD], 2004, P.20

Los desastres ponen en riesgo el desarrollo en cuanto tienen asociadas ciertas pérdidas, que en general son definidas como costos directos e indirectos; los primeros hacen referencia a las pérdidas inmediatas como viviendas averiadas o destruidas, personas afectadas, heridas o muertas y deterioro de la infraestructura. Por su parte, los costos indirectos se reflejan en las variables macroeconómicas, es decir, muestran el impacto que tienen los costos directos en el tiempo sobre la pobreza, el crecimiento y la desigualdad (Hallegatte & Przulski, 2010). Adicionalmente, los desastres generan una desviación de recursos hacia la atención, rehabilitación y reconstrucción que retrasan o desgastan las inversiones sociales programadas para la lucha contra la pobreza, la educación, la salud, la protección del medio ambiente, la creación de fuentes de empleo, entre otras (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2004).

Pero estos costos no son los únicos asociados a los desastres, existen otros de tipo sociopolítico, que si bien son de difícil medición y no se tratan con igual profundidad que los costos económicos, deterioran de igual forma los procesos de desarrollo humano. Así por ejemplo, el asentamiento temporal o definitivo de comunidades en territorios diferentes al de origen conduce a conflictos políticos y/o culturales entre comunidades anfitrionas y comunidades reubicadas; perjudicando los “pactos de convivencia” acordados en un territorio tras años de coexistencia, rompiendo redes sociales, que para su restauración requieren de nuevos y largos procesos sociales y políticos (Wilches-Chaux, 1998).

Otro conjunto de efectos, que se tratan con cierta ligereza a la hora de evaluar las consecuencias de los desastres, de acuerdo a Wilches-Chaux (1998) son los asociados a la salud de las personas, que pueden vivirse en forma:

- Física: fracturas, heridas, infecciones, algunas enfermedades producidas por las condiciones sanitarias que rodean al momento del impacto.
- Psicológica o emocional: sensación no controlada de pérdida material o afectiva, ansiedad, depresión, abuso de alcohol y drogas, reacciones extremas frente a la tensión o el estrés.
- Socioeconómica: sensación de desamparo, destrucción material y ecológica, ruina económica, fragmentación familiar.
- Cultural: destrucción de valores, pérdida de sentido o significado en términos de una cosmovisión determinada, anomia o pérdida del sentido de pertenencia a un entorno cultural y ecológico, etc.

Por supuesto, todas estas consecuencias económicas, sociopolíticas, y en la salud de la población repercuten en el acceso a la educación, debido a que implican el deterioro de la estructura educativa, impactos emocionales y psicológicos en la población académica y la necesidad de aportar económicamente a una familia en quiebra por el desastre; lo cual finalmente se traduce en la interrupción de las clases, el abandono de la escuela, mayores de índices de repetición, el aumento del trabajo infantil, entre otros (UNISDR AM, UNICEF, ECHO, & SICA, 2008).

Por ejemplo, para el caso específico de daños en viviendas, es común que se utilicen espacios públicos, como las escuelas, para albergar a personas afectadas; lo cual interrumpe el proceso enseñanza y aprendizaje, ocasiona el deterioro del mobiliario y equipo, de la infraestructura y de los servicios sanitarios. Adicionalmente, causa la pérdida de materiales didácticos y utensilios escolares, consecuencias que sumadas terminan en dificultar la reanudación de las actividades escolares, impidiendo superar el desastre (UNISDR AM et al., 2008).

Entonces, ¿cómo reducir los costos del desastre? Si bien, el desarrollo se pone en riesgo con estas situaciones, también es en sí mismo una estrategia para mitigarlos. El PNUD (2004) señaló que a pesar de que solo el 11% de

la población expuesta a amenazas vive en países con un bajo IDH, éstos concentran más del 53% del total de las muertes registradas; lo cual permite suponer que a mayor IDH menor vulnerabilidad ante las amenazas de origen natural. De igual modo, señaló que a la hora de un desastre, mejores condiciones educativas reducen la vulnerabilidad y las pérdidas humanas; y que una población con acceso a educación transmite más rápidamente la información de cómo proteger sus territorios y responden mejor a las alertas en casos de emergencia.

Mantener el acceso a educación incluso en escenarios de crisis, protege física, psicosocial, y cognitivamente a la población, en especial a niños, niñas y adolescentes; les brinda una red social estable, que les permite sobrellevar situaciones como la pérdida de sus familiares y el desconcierto sobre el futuro; y genera escenarios para compartir experiencias, que proporcionan una mejor comprensión de los acontecimientos y facilitan el restablecimiento de su vida en comunidad (UNISDR AM et al., 2008).

Sin embargo, el desarrollo humano, en especial en su dimensión económica, puede resultar un potenciador de los desastres, cuando no se da bajo las condiciones adecuadas. Por ejemplo, los procesos de urbanización están relacionados al aumento de los ingresos de la población, pero al mismo tiempo se relacionan con la ubicación de población en zonas de alto riesgo y edificaciones poco seguras; lo cual aumenta la exposición a los desastres. De igual manera, los procesos de industrialización transforman el uso del suelo y deterioran el medio ambiente, haciendo al territorio más propenso a inundaciones y sequías (PNUD, 2004).

En consecuencia, desde el enfoque de los desastres, el desarrollo humano en un territorio solo es sostenible cuando dentro de su planificación se incorporan las amenazas a las que se encuentra expuesto; y así, un proyecto de desarrollo como la edificación de escuelas no se vería socavado por la ocurrencia de eventos naturales. No obstante, esto aplica especialmente para los procesos de acumulación de capital físico (como construcción de nueva infraestructura), ya que ver el desarrollo como un escenario de acceso a bienes públicos como la educación, no da lugar para pensar en este como un potenciador de los desastres, sino que como ya se señaló es una forma de reducir el riesgo.

Por otra parte, los desastres también pueden contribuir al desarrollo, debido a que durante los períodos de recuperación y reconstrucción aumenta el flujo de dinero en el territorio afectado como resultado de la ayuda humanitaria, transferencias privadas y proyectos de inversión sobre la infraestructura destruida. Adicionalmente, pueden generar nuevos espacios de organización y participación comunitaria, dando lugar a nuevos líderes políticos y comunitarios, como mujeres y minorías tradicionalmente excluidas (Wilches-Chaux, 1998).

Así, las fases de atención a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción son oportunidades para reducir la vulnerabilidad del territorio y reflexionar sobre las prioridades de desarrollo, por lo que superar el desastre debe ir más allá de retornar a las condiciones anteriores a la emergencia, pues debe conducir a mejorarlas tanto a nivel institucional como material. Para lo anterior, es necesario un compromiso de largo plazo con los procesos de desarrollo, o de lo contrario las acciones tomadas solo lograrán contribuir a resolver los síntomas y no las causas del problema (PNUD, 2004).

Desarrollo humano, educación y los efectos del desastre en Campo de la Cruz – Atlántico

Para dar una idea del nivel de desarrollo humano en Campo de la Cruz, se hace una revisión del índice de Condiciones de Vida (ICV), el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM); que al igual que el IDH parten de la teoría de capacidades de Sen. Estos índices miden qué tan favorecedoras son las condiciones de vida de la población, y cuáles son las privaciones³⁸ que poseen, en términos de vivienda, factores económicos, educación y en algunos casos salud. El resultado señala que este municipio tiene un bajo desarrollo humano, siendo uno de los territorios con mayores privaciones en el departamento (Ver tabla 2), al tener niveles medios y bajos en los índices presentados.

38 Entendiendo privaciones como las capacidades a las que los individuos no han accedido.

Tabla 2. Indicadores de desarrollo

Indicador	Campo de la Cruz	Departamental	Nacional
ICV	62,39	70,47	62,91
NBI	62,89	24,74	27,78
IPM	86,64	47,33	49

Fuente: elaboración propia a partir de Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]; Departamento Nacional de Planeación [DNP].

Específicamente en educación, revela de igual forma un alto nivel de privación para Campo de la Cruz. Así, por ejemplo obtiene una calificación de 23,39 en el factor de educación y capital humano del ICV,³⁹ 16 puntos por debajo del máximo posible de 39,43⁴⁰; este valor lo ubica en el tercer municipio con menor acumulación de capital humano del Atlántico. En lo que respecta al índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, se encuentra que en el 10,78% de los hogares del municipio presentan inasistencia escolar por parte de los niños de entre 6 y 12 años, siendo el porcentaje más alto del departamento. Finalmente, en cuanto al IPM, el 81,31% de los hogares muestran un bajo logro educativo, lo que puede significar que en ellos las personas de más de 15 años tienen en promedio menos de 9 años de escolaridad, y/o que menos del 100% de estas personas no saben leer ni escribir.

En consecuencia, el bajo nivel de desarrollo del territorio, revela que el municipio se encontraba altamente vulnerable a los desastres, en especial debido al bajo acceso a educación por parte de su población, que señala poco o nulo conocimiento y escaso acceso a la información de amenazas presentes en el entorno; además de una baja capacidad de respuesta ante situaciones

39 Este factor pondera la escolaridad máxima del jefe de hogar, escolaridad promedio de personas de más de 12 años, proporción de jóvenes de 12 a 18 años que asisten a secundaria/universidad y proporción de niños de 5 a 11 años que asisten a un establecimiento educativo.

40 Este valor significa que el jefe de hogar tiene estudios de posgrado o doctorado, la escolaridad promedio de personas a partir de 12 años es mayor a 15 años, todos los jóvenes del hogar entre 12-18 años acceden a educación secundaria o superior, en el hogar no hay niños entre 0 y 11 años.

de emergencia. Dicho escenario sumado a un evento de gran magnitud, como el desbordamiento del Canal del Dique en diciembre de 2010, que ocasionó la inundación total del municipio son indicativos de alta vulnerabilidad y alta amenaza.

El principal costo material del desastre estuvo asociado al deterioro de la infraestructura, pues hubo serias afectaciones a 3660 viviendas y el total de las instalaciones educativas quedaron destruidas, causando el desplazamiento de la población hacia otras zonas del departamento, del país e incluso a países vecinos como Panamá y Venezuela, en busca de albergues, viviendas para arrendar o apoyo de familiares. Tal movilización modificó los medios y modos de vida de la población y generó impactos económicos y psicosociales, que terminaron por repercutir en el ejercicio de la educación de los niños y jóvenes.

Debido a la magnitud de la inundación, las actividades académicas tuvieron que realizarse en colegios de municipios vecinos y en las instalaciones de una universidad en Barranquilla, retrasando el inicio del año escolar 2011. La normalidad escolar se recuperó un año después, cuando, una vez el agua salió del municipio, los campo crusences lograron retornar a sus viviendas y las clases se empezaron a realizar en la infraestructura del municipio.

El grave deterioro de las instituciones educativas obligó la construcción de aulas temporales en 2013, donde se impartieron las clases mientras que la infraestructura era reconstruida. Aunque, las aulas temporales fueron solución para habilitar espacios alternos, se convirtieron en escenarios de nuevos riesgos, debido a que por ser de tipo palafítico, resguardaban serpientes bajo sus estructuras, lo cual constituía una amenaza para la salud de estudiantes y docentes (Convenio 107-014 MEN-RET, 2014); adicionalmente, se reportaron problemas de hacinamiento, altas temperaturas e incluso el deterioro de la infraestructura (Rector IE Técnica Comercial La Inmaculada, 2014), que por su condición de temporal no conservó en el tiempo sus características iniciales tras la demora en la construcción de las nuevas sedes.

Por otro lado, los impactos psicológicos y sociales de la emergencia en los jóvenes llevaron a que los profesores notaran un aumento de problemas de drogadicción en jóvenes y de casos de embarazo adolescente. Además, el ingreso de nuevos habitantes al municipio

provocó el surgimiento de nuevos conflictos de convivencia, al punto que la población académica reportó estar en riesgo por lanzamiento de piedras por parte de particulares hacia las aulas temporales y por el daño que estos le ocasionaban al zinc que recubría las aulas. El caso más claro de este rompimiento de los “pactos de convivencia” fue el intento de saqueo de los equipos educativos del Colegio La Inmaculada (Convenio 107-014 MEN-RET, 2014).

Por otro lado, a pesar que Campo de la Cruz se reconoce en la zona por su capacidad de iniciar la rehabilitación de sus viviendas incluso antes de que las ayudas gubernamentales llegaran, debido al flujo de dinero que recibía de las remesas venezolanas; su economía fue altamente impactada primero por la pérdida de cultivos y animales durante la Ola Invernal y la posteriormente por la caída de tales giros a causa de las nuevas regulaciones en la política cambiaria de Venezuela y el declive de la economía de dicho país. Este escenario provocó un incremento en el trabajo infantil y en la deserción escolar.

Para apaciguar los efectos de la emergencia se generaron una serie de programas de atención destinados a la reconstrucción del tejido social que cubría a los niños y jóvenes, que busca permitirles comprender la situación vivida y que tuviesen herramientas para superarla. Con esto se buscó igualmente disminuir los índices de maltrato y violencia, y prevenir casos de abuso sexual y trabajo infantil a partir de actividades lúdicas, culturales y artísticas. Algunos de dichos programas fueron, Retorno a la Alegría – ICBF; Cultura en los Albergues: Mi tiempo es tu tiempo – Ministerio de Cultura y Secretaria de Cultura departamental y PISOTÓN – Universidad del Norte.

A pesar de los esfuerzos del municipio por reintegrar a los jóvenes al sistema escolar, el desastre causó efectos adversos en la condiciones de educación de la población. La tasa de cobertura escolar del municipio cayó de 99,4% en 2010 a 97,4% en 2011 y a 81,8 en 2012 (Ver tabla 3); debido a que hubo estudiantes que en 2012 no retornaron al municipio o iniciaron a trabajar dadas las condiciones económicas de sus familias y a 2014 no se había logrado alcanzar los niveles anteriores a la Ola Invernal 2010-2011. Un comportamiento similar presentaron los resultados de las pruebas saber 11, que en 2011 cayeron considerablemente, y que a 2013 no había logrado obtener puntajes iguales o superiores a los obtenidos años previos a la emergencia (Ver tabla 3).

Dicho comportamiento no aplicó para todos los indicadores de educación disponible; si bien en 2011 se presentó la tasa de reprobación y deserción más alta del período 2009-2013; estos indicadores lograron restablecerse, ya que a 2013 mostraban un mejor estado que en años anteriores a la Ola Invernal. Tendencia que evidencia la efectividad de los programas de atención para lograr que quienes fueran a la escuela se mantuvieran en ella.

Tabla 3. Indicadores del Sector Educativo de Campo de la Cruz

Año	No. de alumnos	Tasa de Cobertura	Pruebas Saber 11⁴¹	Tasa de Reprobación	Tasa de Deserción
2009	5313	98.92	40.39	2.6	1.5
2010	4765	99.40	40.89	2.7	1.9
2011	5198	97.40	36.67	3.2	2.2
2012	4223	81.81	39.07	2.7	1.4
2013	4013	81.24	37.81	2.4	1.4
2014	4409	89.52	ND	ND	ND

Fuente: Elaboración propia a partir de ICFES, 2015; Secretario de Educación de Campo de la Cruz, 2014.⁴¹

Para asegurar la no repetición de eventos de desastres, especialmente de la magnitud de la “Ola Invernal 2010-2011”, son visibles dos estrategias en las fases de recuperación y reconstrucción para el sector educativo. La primera está enfocada a la apropiación de la gestión del riesgo de desastres y la segunda destinada a la recuperación de la infraestructura educativa, que permite a los estudiantes y profesores desarrollar sus actividades académicas de forma segura.

En este sentido, se creó el programa de educación en emergencia, en el cual se constituyeron el comité escolar y el plan de gestión del riesgo de desastres por medio de talleres en los que participan estudiantes, docentes, acudientes y rectores identifican los escenarios de riesgo y realizan la cartografía social para

41 Resultados promedio del municipio para el núcleo común (biología, ciencias sociales, filosofía, física, lenguaje, matemáticas, química).

la elaboración del mapa de riesgos de la institución. El único colegio focalizado bajo este programa en Campo de la Cruz es la Institución Educativa Técnica Comercial La Inmaculada, aunque según información suministrada por la Secretaría de Educación todos los colegios tienen los comités conformados.

Por otro lado, se realizaron obras de construcción y reconstrucción de sedes educativas gracias a los recursos del Fondo de Adaptación, cuya inversión destinada a cuatro instituciones educativas superó los 24 mil millones de pesos (Ver tabla 4), y de la gobernación que junto con el municipio invirtió 2 mil millones en la construcción de la primera etapa de la IE Pánfilo Cantillo Mendoza (Secretario de Educación de Campo de la Cruz, 2014).

Las obras han resultado ser la materialización de la promesa de un fortalecimiento del sector educativo tras el desastre, que a su vez causaron efectos negativos en el desarrollo de las actividades académicas en el corto plazo, porque aumentó el tránsito de vehículos pesados y el ruido alrededor de las aulas (Convenio 107-014 MEN-RET, 2014). Así mismo, el contrato del Fondo de Adaptación se ha prorrogado hasta agosto de 2015, lo que indica que a cerca de cinco años de la emergencia no se ha dado una plena recuperación.

Tabla 4. Inversión del fondo de adaptación en sedes educativas de Campo de la Cruz

Sede Educativa	Inversión
Institución Educativa Campo de la Cruz	9.305.592.998.71
Institución Educativa Técnica Comercial La Inmaculada	8.037.978.379.00
Centro Educativo Francisco de Paula Santander	2.765.664.572.00
Institución Educativa Bohórquez	4.208.951.890.00
Total inversión	24.318.187.839.71

Fuente: Fondo de adaptación, 2013.

En este sentido, el desastre representó para Campo de la Cruz un nivel de atención e inversión sin precedentes. Por ejemplo, los recursos destinados

por parte del Fondo de Adaptación en el sector educativo⁴² fueron más del doble de los ingresos del municipio de 2012 (Ver tabla 5), señalando que en un escenario diferente el municipio no hubiese logrado tal flujo de recursos. Lo anterior deja en cuestionamiento la sostenibilidad de dichas inversiones en el tiempo, teniendo en cuenta el mantenimiento que requiere la infraestructura, y la utilidad limitada del equipamiento asociado a las nuevas sedes (aires acondicionados, utensilios escolares, equipos de cómputo).

Los recursos del municipio para sostener dichas inversiones son altamente variables y dependen en gran magnitud de las transferencias nacionales. En los últimos años, Campo de la Cruz ha tendido caídas en sus ingresos aún más profundas que en 2010 fue de -12%, y en 2003 y 2006 sus recursos disminuyeron el -27% y -17% respectivamente. De igual forma, ha tenido tasas de crecimiento más bajas que en 2011 que fue de 9% en comparación con 2008 que fue de 5%, permitiendo observar la variabilidad de los ingresos municipales, cuya tasa promedio de crecimiento ha sido de 10%. Estos cambios bruscos dependen principalmente del comportamiento de las transferencias nacionales a través del Sistema General de Participaciones, que en los últimos doce años representaron en promedio el 83% de los recursos.

Si bien en 2012 los ingresos municipales crecieron en 25%, gracias al aumento de las trasferencias nacionales en 36%⁴³ y se presentó un incremento en los ingresos tributarios del municipio, lo cual podría significar un mayor dinamismo económico, no es posible asegurar que este comportamiento se convierta en una tendencia, debido a la profunda dependencia del municipio de la coyuntura nacional. Adicionalmente, tampoco es posible asegurar la suficiencia de los recursos para mantener en el largo plazo las inversiones necesarias, dado que en los últimos cinco años el municipio tuvo ingresos promedio per cápita por cerca de \$530.000, aunque en 2012 logró su nivel más alto con \$686.181.

42 Esta relación es aún más sorprendente si se considerará la inversión en vivienda, salud, alcantarillado, entre otras.

43 Que para ese año representaban el 87,2% del total de recursos de Campo de la Cruz.

Tabla 5. Ingresos en los últimos 5 años hasta 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos totales (en millones)	7.566.30	9.591.20	8.472.00	9.266.50	11.604.00
Población proyectada	18.132	17.820	17.517	17.206	16.911
Ingreso per cápita (en pesos)	417.290	538.227	483.644	538.562	686.181

Fuente: Elaboración propia a partir de DANE, 2011; DNP, 2013

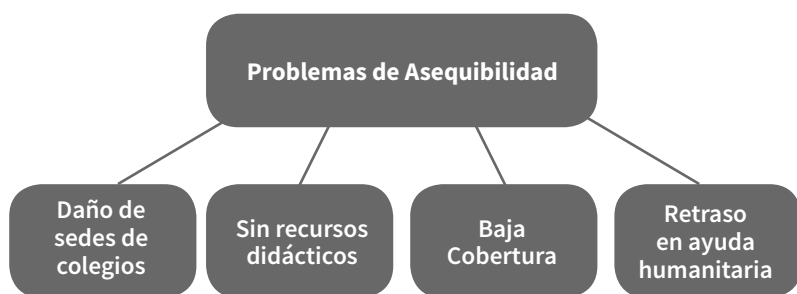
Representaciones sociales del desastre y de la atención

El análisis del trabajo de terreno realizado en el municipio de Campo de la Cruz consistió en develar el proceso de construcción social del desastre y del desarrollo que el mismo trae en el campo de la educación, para ello las narraciones de las entrevistas a profundidad de actores impactados por el desastre permiten descubrir las representaciones sociales que tienen frente a la afectación provocada por la “Ola Invernal 2010-2011” sobre el desarrollo y específicamente sobre el derecho a la educación. Como ya se mencionó, el estudio se basa en la teoría fundamentada y se hizo por medio de tres pasos.

En primer lugar, se identificaron las representaciones sociales asociadas con los problemas causados o agravados por el desastre desde el enfoque de derechos, es decir, bajo los criterios de asequibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad, que son tomadas como sinergias durante el ejercicio. Luego, se revelan las representaciones sociales sobre el manejo del desastre a través de las acciones dirigidas a intervenir los problemas; y por último, se busca explicar los mecanismos o dinámicas sociopolíticas que permitieron realizar dichas acciones o que nacieron a partir de ellas en términos de gobernanza, para lo cual se asocian las categorías emergentes con referentes teóricos que dotan de una argumentación conceptual a las narraciones.

De acuerdo con los resultados, la mayor afectación al derecho a la educación se da en la asequibilidad, que es entendida como el aseguramiento y disponibilidad de cupos, infraestructura, docentes y programas. En este sentido, hay cuatro representaciones sociales que como dificultades se refieren principalmente a los dos primeros aspectos (Ver figura 1), ya que el papel de los docentes tuvo más relación con el manejo del desastre, explicándose esto último más adelante.

Figura 1. Afectación a la asequibilidad del derecho a la educación.



Fuente: Elaboración propia

Como ya se ha visto, la “Ola Invernal 2010-2011” arrasó con las sedes de los colegios de Campo de la Cruz, lo que aupado por la falta de recursos pedagógicos hace más difícil reanudar las actividades escolares, al mismo tiempo ello significó una caída en los niveles de cobertura, dada la imposibilidad de prestar el servicio por la disminución de la capacidad de infraestructura. Por otro lado, se reconoció que el retraso en la ayuda humanitaria por parte del gobierno influyó como agravante de la asequibilidad, aunque en menor proporción dado que también hay un reconocimiento al interés de prestar la ayuda.

“Particularmente en el municipio de Campo de la Cruz la afectación fue total, porque no solamente la comunidad educativa sino la comunidad en general tuvo que emigrar hacia municipios cercanos y hacia la capital del departamento. Desde el punto de vista de la infraestructura, la afectación también fue total un ciento por ciento”.

Funcionario Secretaría de Educación Campo de la Cruz

“Luego posteriormente que se da la ayuda del gobierno trayendo kits escolares ya en forma tardía por decirlo así y la ayuda de ciertas corporaciones, ONG, se pude decir, en ayuda psicológica a los estudiantes, a los docentes no se nos brindó ayuda psicológica en ese momento a pesar de que nosotros también tuvimos ese problema de la inundación”.

Docente Institución Educativa de Campo de la Cruz

En segunda posición de densidad se sitúan las representaciones asociadas con las limitaciones en torno a la aceptabilidad, la cual está asociada con la calidad y las labores de inspección y vigilancia sobre el sistema de educación. Así, se destacó el descenso en la calidad educativa y desplazamiento de los estudiantes, mientras que la afectación psicológica de los profesores fue referida aunque no fue muy referida en la medida que solo es apreciada por los educadores (Ver figura 2).

“Fue muy difícil el realizar la práctica de la inspección y vigilancia de manera directa en las instituciones debido a las condiciones físicas y sociales del momento. Durante la Ola Invernal se hizo énfasis en la atención de la emergencia y acompañamiento a los afectados”.

Psico-orientadora Institución Educativa de Campo de la Cruz

“Llegaron unas personas del municipio Campo de la Cruz afectados por la Ola Invernal a raíz de que el Canal del Dique se desbordó por una ruptura que sufrió, entonces estaban en ese momento damnificados y en ese momento no tenían un lugar para poder refugiarse entonces llegaron al municipio de Sabanalarga [...] La cuestión no fue fácil porque luego que entraron esas 3 o 4 familias al comienzo, siguieron llegando más.”

Funcionario Secretaría de Educación del Atlántico

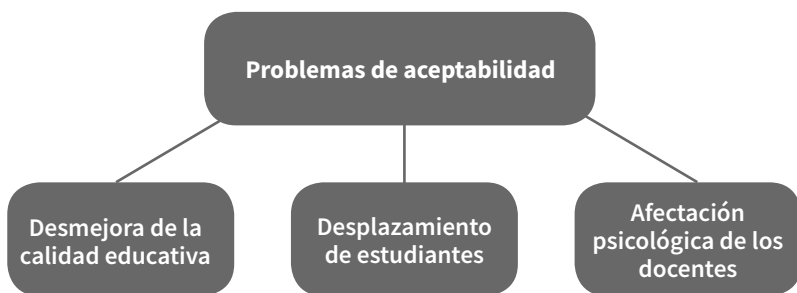
Este conjunto de factores provocaron la interrupción y deterioro de los procesos de aprendizaje, los programas educativos y las tareas de seguimiento, debido al caos desatado por el desastre. En este contexto, a pesar de los esfuerzos por continuar con las actividades académicas, las acciones se concentraron en la atención de la emergencia y el

acompañamiento de los damnificados, por lo que las instituciones de educación solo cumplieron con las normas mínimas de enseñanza con los medios disponibles en los espacios alternos que se les proporcionó para este fin.

“Otra cosa es hablar de derecho a la educación de calidad, en cuanto al derecho a la educación de calidad, la Ola Invernal si bien es cierto mejoró la infraestructura, ha venido ayudando a mejorar la infraestructura que antes se disponía allí o se tuvo que rehacer, el tema de calidad educativa no creo que se haya mejorado. El problema sigue siendo latente y el problema sigue siendo muy complejo al día de hoy”.

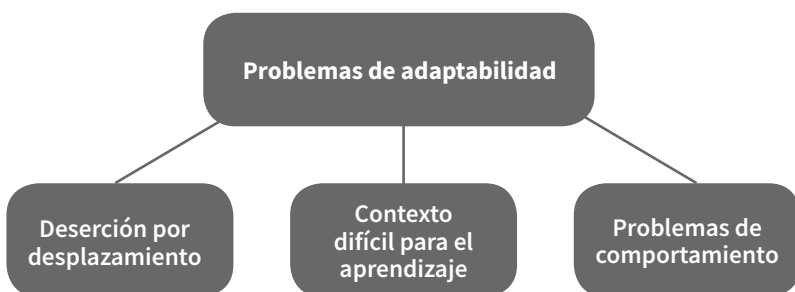
Docente Universidad del Norte

Figura 2. Afectación a la aceptabilidad del derecho a la educación



Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta que la adaptabilidad se refiere a la permanencia dentro del sistema educativo, la asistencia regular, la igualdad de trato y el libre desarrollo de la personalidad, se encontró que los problemas dentro de esta sinergia ocupan el tercer nivel de saturación y fueron relacionados con la dificultad para aprender que supone un escenario de desastre, la deserción como consecuencia del desplazamiento ambiental y los problemas de comportamiento derivados de estas condiciones (Ver figura 3).

Figura 2. Afectación a la adaptabilidad del derecho a la educación

Fuente: elaboración propia

“Yo pienso que por más esfuerzo que se haga, lógicamente van a tener una situación de desequilibrio porque una cosa es pensar cómo pudo ser ese proceso de la Ola Invernal a vivirlo a sentir que a todo momento a todo segundo te pierdes [...] El estudiante está rodeado de muchos aspectos y muchos factores climatológicos, medioambientales, alimenticios que van a dar un resultado final que tú vas a demostrarlo en una prueba, cuando hay deficiencias alimenticias, cuando hay deficiencias en eso también van a afectarlo”.

Funcionario Secretaría de Educación del Atlántico

Esto se explica en que la emergencia desató una crisis emocional y psicológica que impactó negativamente los escenarios escolares, no solo por las pérdidas físicas de los planteles educativos sino por los sentimientos de pánico e incertidumbre que generaron en la comunidad estudiantil. Igualmente, la situación de salubridad, alimentación y pobreza dificultó el proceso de aprendizaje, ya que el desempeño de una persona depende de estos y otros factores; familias enteras tuvieron que abandonar el territorio en busca de nuevas oportunidades o refugio, provocando daños en el tejido social que se manifestaron en el comportamiento de los estudiantes.

En último lugar, se ubicó la accesibilidad con una única categoría referente al aumento de las distancias y costos para llegar a las sedes de los colegios, en tanto es entendida como la obligación del Estado de garantizar la inclusión económica a la enseñanza, a través de la gratuidad de la misma,

así como un fácil acceso físico y geográfico. A pesar de que en Campo de la Cruz la educación fue impartida de manera gratuita, el préstamo y reubicación temporal de las aulas impuso mayores distancias a los estudiantes para atender a las clases, quienes en su inmensa mayoría tenían que trasladarse a otros municipios.

“El derecho a la educación se manejó en tres sedes ubicadas así: Suán, Santo Tomás, Barranquilla (Corporación Universitaria de la Costa), con el fin de facilitar el acceso al mayor número de estudiantes de acuerdo a su lugar de albergue (vivienda)”.

Rectora Institución Educativa de Campo de la Cruz

La percepción frente a la manera como fue intervenida la afectación al derecho a la educación obedeció más o menos al reconocimiento de los problemas, puesto que las acciones estuvieron dirigidas a remediar primeramente la asequibilidad, luego la adaptabilidad, la aceptabilidad y finalmente la accesibilidad por medio diferentes mecanismos presentados en orden de saturación (Ver figura 4).

Figura 4. Manejo de desastre por sinergia



Fuente: elaboración propia

Para explicar el manejo de la Ola Invernal por medio de dinámicas de gobernanza se precisó el nivel de asociación entre sus respectivas categorías de acuerdo a su densidad, por ende en el análisis se tomó el Plan Escolar de Gestión del Riesgo, el rescate de estudiantes y la capacitación de docentes para establecer dicha relación, siendo las categorías con asociaciones de mayor saturación. Si bien la necesidad de construir este tipo de planes se hizo visible luego del desastre y por lo tanto no sirvió para contener los efectos del mismo, este es reconocido como un instrumento determinante para el manejo, específicamente durante los procesos de rehabilitación y recuperación, al igual que para la prevención de eventos futuros en las escuelas y la preparación de toda la comunidad educativa para hacer frente a estos.

“Es necesario un plan, yo creo que es importante. El tema es que el plan no puede quedar únicamente a nivel administrativo, tiene que quedar también a nivel pedagógico ¿cuál es el gran problema? Que muchas veces surgen los planes por un lado y la pedagogía y la enseñanza por el otro, lo interesante sería no solamente el diseño de ese plan sino cómo se articula ese plan al programa pedagógico, porque hay un programa que es obligación a nivel estatal que son los PEI. Los Proyectos Educativos Institucionales son proyectos que deben ser adaptados, se mantiene la línea institucional dada por el Ministerio pero son adaptativos dadas las realidades de la zona y de las realidades donde se encuentra la institución”.

Docente Universidad del Norte

Este tipo de planes fueron ubicados dentro de la asequibilidad, ya que buscan mantener el servicio educativo y preservar las instalaciones de los colegios en condiciones óptimas incluso en situaciones de emergencia. De esta manera, se halló que el Plan Escolar de Gestión del Riesgo puede ser simultáneamente una herramienta y producto de la inclusión del tema en la agenda territorial, la apropiación social del riesgo, la articulación interinstitucional y de la activación de redes (Ver figura 5).

El plan se constituye como evidencia del posicionamiento de la gestión del riesgo dentro de la administración local, y de su aprehensión por parte de la comunidad pero al mismo tiempo requiere de la inclusión y participación de esta a través de la creación y utilización de las redes, y del trabajo articulado

de las instituciones para su implementación y supervisión efectiva. En este sentido, se manifiesta un componente institucional, ya que en los planes de gestión del riesgo se establecen reglas y obligaciones que determinan el papel que cada uno de los actores debe desempeñar tanto en el conocimiento y reducción del riesgo como en el manejo de los desastres de acuerdo con la naturaleza de las instituciones en las que participan.

Figura 5. Nivel de asociación entre representaciones sociales de acciones realizadas para atender y superar el Desastre de la “la invernall 2010-2011” y los elementos teóricos.



Fuente: elaboración propia.

Por su parte, el rescate de estudiantes hace parte de la adaptabilidad y se explica principalmente en el activismo docente, la activación de redes y la apropiación social del riesgo (Ver figura 5), con el fin de asegurar la permanencia y asistencia a las escuelas. La población entrevistada fue reiterativa en el papel significativo desempeñado por los docentes, pues fueron quienes movilizaron recursos y esfuerzos para tratar de continuar con las actividades educativas en un ambiente apropiado para buen trato y convivencia, ajustándose a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes en esos momentos.

“Cabe resaltar que gracias a la gestión de los rectores, docentes y padres de familia pudimos nosotros rescatar esos estudiantes de todo el departamento del Atlántico y poderles brindar la educación necesaria en ese tiempo”.

Docente Institución Educativa de Campo de la Cruz

“A pesar de que los docentes y directivos docentes también fuimos afectados por la Ola Invernal, manifestamos una conducta voluntaria frente a este desastre, y fuimos pilar importante para sacar adelante la educación en nuestro municipio, recopilando a todos los estudiantes en los diferentes lugares como en casas a orilla de la carretera y brindarle la educación que ellos requerían en esos momentos”.

Psico-orientadora Institución Educativa de Campo de la Cruz

La iniciativa de los profesores consistió en penetrar incluso en las zonas más afectadas por el desastre para garantizar el derecho a la educación, dictando clases en las calles y domicilios, ubicando y reuniendo a los estudiantes, e incluyendo a entidades públicas, privadas y comunitarias para la ejecución de programas sociales, pedagógicos y de apoyo psicológico. Por otro lado, el rescate a los estudiantes supone una apropiación social del riesgo, dado que una vez restablecido el derecho a la educación, estos han sido incluidos en la implementación de la gestión del riesgo, no solo para que se involucren activamente en el proceso, sino para que amplíen la participación a través de sus familias y amistades.

Sin embargo, los docentes también fueron beneficiarios de las acciones de manejo, en especial en términos de aceptabilidad, puesto que recibieron capacitaciones para velar por la recuperación y aumento de la calidad educativa. Estos programas y jornadas de capacitación representan una inclusión de la gestión del riesgo en la agenda territorial y la articulación institucional (Ver figura 5), porque muchas de ellas fueron ofrecidas gracias a los convenios pactados entre los colegios, otras instituciones educativas, el gobierno municipal y departamental.

Lo anterior indica que a pesar de los graves daños causados por la Ola Invernal, el desastre dejó una serie de lecciones aprendidas que poco a poco han sido incorporadas en los proyectos educativos que han sido acompañados por campañas y elaboración de mapas de amenazas, con la finalidad de fortalecer y preparar a la comunidad especialmente en temas de prevención y manejo a partir del liderazgo de los educadores.

Conclusiones

La relación entre desarrollo y desastres se puede dividir en dos momentos, de un lado, los efectos a corto plazo (o inmediatos) que en general son negativos, dado que significan costos para el territorio principalmente

relacionados a pérdidas materiales y humanas, al desplazamiento y a la inasistencia escolar. Por otro lado, los efectos de más largo plazo, que representan las consecuencias de los costos del desastre sobre el desarrollo, como el rompimiento o fortalecimiento de redes sociales, cambios en la provisión de bienes públicos como la salud y la educación, y el mayor o menor crecimiento económico.

El signo (positivo o negativo) de los efectos de largo plazo se encuentra sujeto al nivel de desarrollo del territorio impactado, debido a que este determina tanto el nivel de vulnerabilidad como el de recuperación. Por ende, un municipio con fuertes redes sociales, con una población con acceso a educación, sistemas de salud consolidados y una economía resistente, tendrá menores costos asociados al desastre y por su puesto su proceso de recuperación será más rápido haciendo que cualquier efecto negativo en el largo plazo se desvanezca y por el contrario, provocando que los procesos de gestión del riesgo de desastres se hagan más robustos.

La educación es un elemento primordial del desarrollo, no solo porque permite a los individuos hacer parte del mercado laboral, dada su mayor acumulación de capital, sino que les permite acceder a conocimientos para entender y proteger sus derechos, fortalecer sus redes sociales, obtener una identidad y orientar su modo de relacionarse con los demás. En resumen, la educación le brinda al individuo seguridad e incluso poder en determinados contextos.

Dicha situación se hace más perceptible en escenarios de riesgo de desastres, en tanto que una población más educada tiene mayor conocimiento sobre las amenazas a las que se encuentra expuesta y es más consiente de la vulnerabilidad, teniendo la capacidad de intervenir estas variables antes o durante los casos de emergencias. De esta manera, la educación como un elemento de desarrollo reduce el riesgo de desastre e incrementa la resiliencia.

En este sentido, la población tiene un alto grado de conciencia frente al daño a la educación como derecho durante los eventos de desastre, tal y como lo fue la Ola Invernal (Ver figura 6). El análisis de narrativas permitió comprender que el mayor impacto fue recibido por los estudiantes, dada la destrucción de la infraestructura de los colegios, lo que repercutió en el desarrollo normal de actividades y en la calidad.

reconstruida y renovada tras quedar completamente deteriorada. Sin embargo, estos efectos positivos hasta ahora están presentes como una promesa, pues los costos del desastre prevalecen en el territorio. Luego de tres años, la cobertura no ha logrado restablecerse, debido en gran medida a los conflictos de convivencia, al aumento de la drogadicción y del embarazo adolescente, y a la transformación de los medios de vida de la población.

De otro lado, quienes han logrado mantenerse en el sistema educativo, con menores índices de deserción y por ende mayor permanencia, reflejan como un efecto positivo de los programas de atención de la emergencia. Así, se observa que a pesar de posibles beneficios económicos derivados de los desastres, estas situaciones no son sinónimo de desarrollo, puesto que como ya se vio este se constituye de una multiplicidad de dimensiones que van más allá de la mera obtención de recursos y su utilización en inversiones de infraestructura.

Para que la inversión generada logre tener consecuencias sobre el nivel educativo y sobre el desarrollo, es necesario que se deleve un proceso social de apropiación de la educación como bien público, una construcción social alrededor de la demanda por la sostenibilidad de las inversiones que soporte la nueva capacidad educativa, y un aprendizaje de la experiencia que permita incorporar plenamente la gestión del riesgo a la vida cotidiana de las personas. Solo de esta manera se logrará superar la voluntariedad de los mandatarios territoriales y la situación de los recursos nacionales para emprender verdaderos procesos de desarrollo.


Referencias

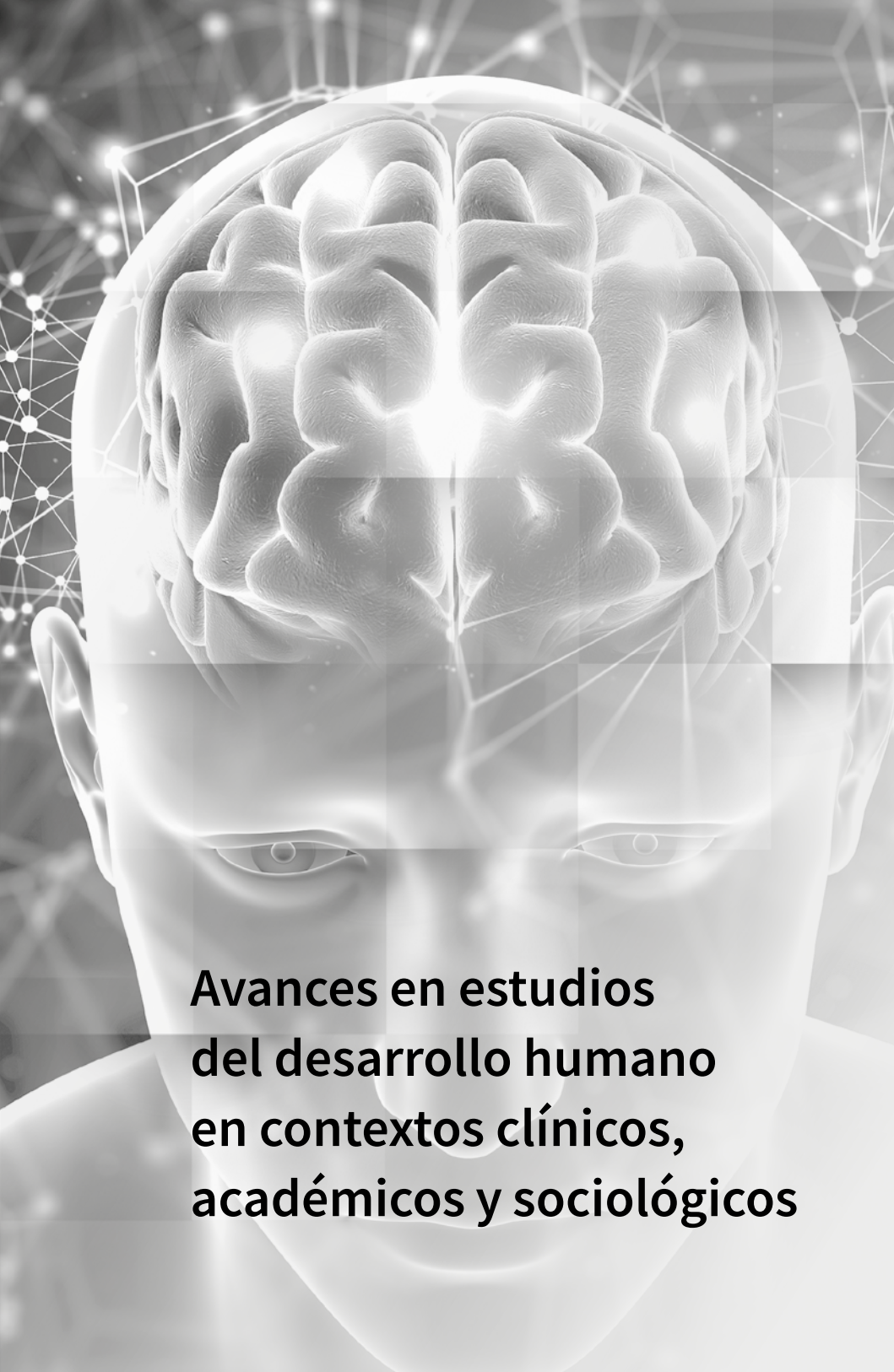
- Azqueta Oyarzun, D., Gavaldón Hernández, G., & Margalef García, L. (2007). Educación y desarrollo: ¿capital humano o capital social? *Revista de Educación*, (344), 265–283.
- Bourdieu, P. (1986). La escuela como fuerza conservadora: desigualdades escolares y culturales. En P. de Leonardo, *La nueva sociología de la educación. La escuela como fuerza conservadora: desigualdades escolares y culturales* (págs. 103-129). México D.F.: Ediciones El Caballito.
- Cejudo Córdoba, R. (2006). Desarrollo humano y capacidades. Aplicaciones de la teoría de las capacidades de Amartya Sen a la educación. *Revista Española de Pedagogía*, (234), 365–380.

- Chihu Amparán, A. (1998). La teoría de los campos en Pierre Bourdieu. *Polis. Investigación Y Análisis Sociopolítico Y Psicosocial*, (98), 179–198.
- Jiménez, G. (1997). La sociología de Pierre Bourdieu. México D.F.: Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Convenio 107-014 MEN-RET. (2014). Acta de actividades. Campo de la Cruz.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2011, October). Visor: Proyecciones de población total por sexos y grupos de edad de 0 hasta 80 y más (2005-2020). Retrieved February 20, 2015, from <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2012, June 30). Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI por total, cabecera y resto. Retrieved February 26, 2015, from <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos>
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2013). Ejecuciones presupuestales municipales 2000-2012.
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (n.d.-a). Índice de Condiciones de Vida - ICV. Retrieved May 12, 2015, from <http://sigotn.igac.gov.co/sigotn/default.aspx>
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (n.d.-b). Índice de Pobreza Multidimensional para Colombia 2005. Retrieved June 3, 2015, from [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/IPM%20por%20municipio%20y%20dpto%202005%20\(Incidencias%20y%20Privaciones_F\).xls](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/IPM%20por%20municipio%20y%20dpto%202005%20(Incidencias%20y%20Privaciones_F).xls)
- Fondo de Adaptación. (2013). Convocatoria Abierta No CA-FA-018-2013.
- Hallegatte, S., & Przulski, V. (2010). The economics of natural disasters: concepts and methods. Washington, D.C: The World Bank.
- ICFES. (2015). Generador de Reportes de Datos. Retrieved July 13, 2015, from
- London, S., & Formichella, M. M. (2006). El concepto de desarrollo de Sen y su vinculación con la Educación. *Economía Y Sociedad*, 11(17), 17–32.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2004). La reducción de riesgos de desastre: Un desafío para el desarrollo. New York.
- Rector IE Técnica Comercial La Inmaculada. (2014). Oficio dirigido al Secretario de Educación Municipal de Campo de la Cruz - Atlántico.
- Saiz, J. E., & Rangel Jiménez, S. (2008). Capital social: una revisión del concepto. *Revista CIFE*, (13), 250–263.
- Secretario de Educación de Campo de la Cruz. (2014). Oficio de respuesta a solicitud de información dirigido al Instituto de Estudios del Ministerio Público.
- Sen, A. (1999). *Desarrollo y Libertad*. Bogotá: Editorial Planeta.

- Strauss, J., Corbin, J. (2012). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Toro, B. (2005). Memorias. Presented at the Encuentro Regional UNESCO-UNICEF La educación como bien público y estratégico, Cartagena.
- UNESCO. (2005). La educación como eje del desarrollo humano. In *Objetivos del Desarrollo del Milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe* (pp. 83–110). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- UNISDR AM, UNICEF, ECHO, & SICA. (2008). Albergues en escuelas ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Por qué? (p. 68). Panamá: United Nations Office for Disaster Risk Reduction – Regional Office for the Americas (UNISDR AM)/ United Nations Children’s Fund (UNICEF)/European Commission Humanitarian Aid and Civil Protection DG (ECHO)/Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).
- Wilches-Chaux, G. (1998). Los desastres y el desarrollo. In *Guía de la Red para la Gestión Local del Riesgo. La RED.*

Aquí termina la parte I
Serie de Cuadernos N°3
Psicología Reformada





**Avances en estudios
del desarrollo humano
en contextos clínicos,
académicos y sociológicos**

Contenido

Parte II: Avances en estudios del desarrollo humano en contextos clínicos, académicos y sociológicos

- 5 Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA
Carmen Caballero, Kelly de la Cruz, Yineth Iglesias y Edith Jiménez 126
- 6 Religiosidad como factor protector en la dependencia al alcohol y cigarrillo en estudiantes universitarios
María Paola Jiménez y Andrés Posada 151
- 7 El Suicidio en la Adolescencia: Una aproximación desde el apego y la regulación emocional
Yuly Suárez Colorado..... 178
- 8 Ansiedad ante los exámenes y Engagement académico: perspectivas teóricas desde el contexto educativo
José Ávila Toscano, Laura Rambal y Leonardo Vargas..... 208
- 9 Discapacidad motora y Resiliencia en adultos
Eugenio Saavedra, Camila Durán, Marina Escalera, Blanca Mora, Álvaro Pacheco y María de los Ángeles Pérez 236

Contenido Descriptivo

Parte II: Avances en estudios del desarrollo humano en contextos clínicos, académicos y sociológicos

5	Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA	
	Introducción.....	126
	El VIH/SIDA un problema de salud pública.....	127
	Adherencia al tratamiento y factores asociados	127
	Apoyo social en pacientes con VIH/SIDA.....	131
	Un estudio en pacientes con VIH/SIDA en la Región Caribe Colombiana	133
	Evidencia empírica en la adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA de la Región Caribe Colombiana.....	135
	1. Descripción de la adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo a los criterios objetivos en la últimos seis meses	137
	2. Descripción del apoyo social percibido.....	139
	3. Descripción de la presencia o ausencia de la adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo con el apoyo social percibido en pacientes con VIH/SIDA.....	141
	Discusión.....	142
	Referencias.....	146
6	Religiosidad como factor protector en la dependencia del alcohol y cigarrillo en estudiantes universitarios	
	Sinopsis del capítulo	151
	El consumo de las drogas ilícitas: conceptos básicos.....	152
	Una mirada epidemiológica al consumo de drogas lícitas: Alcohol y Cigarrillo.....	156
	El Consumo de alcohol según el género y la edad en Colombia	157
	El consumo de tabaco según el género y la edad en Colombia	160
	La religiosidad como factor protector en el consumo de sustancias lícitas..	162
	Estructura del estudio.....	163
	Principales hallazgos y conclusiones	166
	Referencias.....	174
7	El suicidio en la adolescencia: una aproximación desde el apego y la regulación emocional	
	Sinopsis del capítulo	178
	1. El suicidio	179
	1.1 La violencia dirigida a si mismo.....	179
	1.2 El suicidio en la adolescencia	179

2. Apego.....	184
2.1 La vinculación afectiva temprana: el apego de Bowlby	184
2.2 Apego y psicopatología.....	188
2.3 Apego y suicidio.....	190
3. Regulación emocional.....	191
3.1 Comprendiendo la regulación emocional	191
3.2 La Regulación emocional en el desarrollo humano: la adolescencia	193
3.3 Regulación emocional en la psicopatología de la infancia- adolescencia	195
3.4 Regulación emocional y suicidio.....	197
Conclusiones.....	199
Referencias.....	200
8 Ansiedad ante la evaluación académica y Engagement: revisión conceptual, perspectivas, evidencias y líneas de discusión	
1. Generalidades para una revisión conceptual sobre la ansiedad.....	209
2. Ansiedad y contexto educativo.....	213
3. Evaluación educativa, pruebas académicas y ansiedad en el estudiantado..	216
4. El concepto de Engagement: Una introducción debe tener puntuación para ubicar la paginación como los demás	223
Conclusiones.....	228
Referencias.....	231
9 Discapacidad motora y resiliencia en adultos	
Resumen	236
Introducción	237
Resiliencia.....	238
Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia	240
Discapacidad.....	241
Barreras contextuales y personales de individuos con discapacidad ..	242
Definición de discapacidad motora.....	243
Tipos de discapacidad motora	243
Barreras ambientales, políticas, económicas y sociales de las personas con discapacidad motora	244
Resiliencia y discapacidad motora	244
Políticas públicas sobre la discapacidad	245
Intervenciones en resiliencia y discapacidad	247
Conclusión.....	248
Referencias.....	250

Capítulo 5

Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en paciente con VIH/SIDA



Carmen Caballero Domínguez ^(a)

Kelly de la Cruz Cantillo ^(b)

Yineth Iglesias Barliza ^(b)

Edith Jiménez Lora ^(b)

a) Ph.D en Psicología. Docente del programa de Psicología y directora del grupo de investigación psicología y salud de la Universidad del Magdalena-Santa Marta. Universidad del Magdalena (Colombia).

b) Psicólogas, egresadas de la Universidad del Magdalena (Colombia).

Introducción

Las personas con VIH/Sida están expuestas a estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que afectan su salud física y mental, sin embargo, la preservación de la salud en pacientes con VIH/Sida puede beneficiarse de la adherencia al tratamiento y el apoyo social percibido, contribuyendo a un mejor pronóstico en la condición clínica. En este capítulo se describe la adherencia al tratamiento antirretroviral y el apoyo social en pacientes con VIH/SIDA.

Cómo citar este capítulo: Caballero, C., De la Cruz, K., Iglesias, Y. & Jiménez, E. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA. En: A. D. Marenco-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 126-150). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

El VIH/Sida Un Problema de Salud Pública

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es considerado como un problema de salud pública dada su alta tasa de prevalencia, morbi-mortalidad y el costo de sus implicaciones (Varela, Gómez, Mueses, Galindo, & Tello, 2013). De acuerdo a cifras del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2012) en Colombia, entre 1985 al 2011, se ha reportado un total de 75.620 casos de VIH y sida. En este periodo más de la mitad de los casos notificados por infección se concentra en el grupo de 20 a 39 años (52.7 %), seguido del grupo de 25 a 29 años (15.3 %), y de 30 a 34 años (14.4 %). Sin embargo, el grupo de mayores de 60 presenta un incremento a través de los últimos años (ONUSIDA-Colombia, 2012). Las muertes notificadas por este problema de salud pública entre 1983 y 2010 se aproximan a 10.066 casos de muerte por sida, de acuerdo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA). Estas cifras pueden ser mayor debido al su registro elevado en el país (ONUSIDA-Colombia, 2012).

De esta manera se evidencia una problemática que afecta la salud pero que además amenaza potencialmente la salud mental a causa de los estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que rodean al paciente, disminuyendo la calidad de vida. Precisamente, la complejidad de la infección por VIH se evidencia por su naturaleza como proceso multifactorial, que puede comprenderse desde un modelo biopsicosocial (Carrobles, Remor, & Rodríguez-Alzamora, 2003; Achucarro, 2010; Kourí & A lemán, 2016), por este motivo la efectividad del tratamiento cobra un papel determinante en el pronóstico, evolución y postergación de la mortalidad del SIDA (Vilató, Martín & Pérez, 2015). No obstante, la esperanza de vida estará influenciada por el éxito de los tratamientos biomédicos para los sujetos seropositivos, en la medida que éstos logren optima adherencia (Balandrán, Gutiérrez & Romero, 2013; Ortego, 2011; Peñarrieta, et al., 2009).

Adherencia al tratamiento y factores asociados

El cumplimiento terapéutico o adherencia al tratamiento antirretroviral se define como el grado de interacción que existe entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas dadas (Guerra & Parras, 2000, p. 5). Esta adhesión

se ve influenciada por factores personales, familiares y socio-económicos y su adecuada consecución implica un papel activo por parte del paciente, de manera tenga una actitud positiva y compromiso en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral (Guerra & Parras, 2000, p. 5; Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz, Días & Reyes, 2009, p. 269).

La falta de adherencia al tratamiento a los antirretrovirales es considerada un problema de salud pública, ya que no permite llegar a la efectividad clínica y se relaciona con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución del VIH a SIDA y con mayor deterioro de la calidad de vida del paciente (Carrillo, et al., 2016).

La mayoría de los estudios ofrece resultados en los que sólo 50 a 80 % de los pacientes presentan buena adherencia al tratamiento, y se obtiene una buena correlación entre adherencia y control de la infección por el VIH, medida por la carga viral. Se observa que con adherencias superiores a 90% se obtiene un buen control virológico en 45 a 100 % de los pacientes. Por lo tanto, para conseguir objetivos terapéuticos, evidenciados en una supresión duradera de la carga viral, es necesaria adherencia estrictas (superiores a 90 %), de allí que el criterio sugerido por diversos autores, es cuando se cumple en el 95 % de los indicadores objetivos, verificado por el recuento viral y de linfocitos CD4 (Puigventós, Riera, Delibes, Peñaranda, De la Fuente & Boronat 2002; Piña, Corrales, Mungaray & Valencia 2006).

En Colombia es poco lo que se conoce sobre la adherencia en personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Sin embargo, Arrivillaga, Ross, Useche, Álzate, y Correa (2009), encontraron que la adherencia era del 57 % en un grupo de mujeres con VIH/SIDA de cinco ciudades; por su parte, Varela, et al., (2013) encontraron que la prevalencia de adherencia farmacológica en los pacientes con VIH/SIDA atendidos en una institución de salud de la ciudad de Cali fue del 84%.

No obstante, la adherencia al tratamiento no puede reducirse a un solo factor objeto de estudio, es decir, al consumo de medicamentos, ya que una adherencia óptima abarca la incorporación de una serie de comportamientos relacionados con cambios en los hábitos y estilos de vida del paciente que favorecen la eficacia del tratamiento, aunque cabe destacar que no existe

hasta la fecha una medida exacta y única de referencia para la adherencia (Valera, Salazar & Correa 2008). De acuerdo con lo anterior, la adherencia al tratamiento es una variable compleja que resulta del trabajo interdisciplinar del equipo médico tratante, así como de la disposición y voluntad del paciente, de la percepción y autoconcepto del mismo, de igual forma del acompañamiento y seguimiento terapéutico, desde el inicio de la enfermedad, desarrollo y evolución del virus en los pacientes, en aras de redireccionar los estilos de vida de personas infectadas, en búsqueda de una mejor adaptación a su condición y a todo lo que gira alrededor de su vida, haciendo de ésta algo más funcional y sostenible cada día (Baladrán, et al., 2013).

De acuerdo con diferentes autores los factores asociados a la adherencia al tratamiento pueden variar de acuerdo al método utilizado para medir la adherencia, como también de los factores evaluados y de la población estudiada. En forma general, pueden ser agrupados en las siguientes cuatro categorías: a) los relacionados con el individuo (edad, sexo, nivel escolar, entorno familiar y social, entre otros); b) los debidos a la enfermedad en sí misma; c) los propios del tratamiento antirretroviral (número de fármacos empleados, posología y efectos adversos); y, d) los relacionados con el equipo asistencial (Díaz, 2011; Zambrano, Duitama, Posada & Flórez, 2011; Varela, et al., 2008; Alcántara, 2008; Castillo 2007).

Conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y tratamiento. Referido al conocimiento del paciente acerca de los procedimientos, síntomas y cuidados que requiere el paciente, además de conocer cómo su patología le afecta a nivel personal, familiar y laboralmente. Diversos estudios señalan que las creencias del paciente respecto a su tratamiento, la falta de información acerca del uso y de los efectos de los antirretrovirales, la información errónea es muy común entre los pacientes con VIH/SIDA, asociándose a la no adherencia al tratamiento (Zafra-Tanaka & Ticona-Chávez, 2014; Tafur, Ortiz, Alfaro, García & Taus, 2008). O'Brien, Clark, Besch, Myers y Kissinger (2003) hallaron que los efectos secundarios al tratamiento antirretroviral de tipo gastrointestinal son la principal razón para la interrupción del tratamiento. Por otra parte, el paciente que ha presentado mayor número de complicaciones en su salud, tiende a generar más conciencia sobre su enfermedad, sus consecuencias y los comportamientos que debe adquirir en pro de su recuperación.

Confianza del paciente en los beneficios del tratamiento. La persona que presenta una enfermedad crónica tiene la necesidad no solamente de acoplarse a un tratamiento sino también de establecer credibilidad y lazos de confianza en el equipo médico, como también en el tratamiento que busca mejorar sus condiciones de salud. En ocasiones, el paciente presenta metas muy ambiciosas que no son alcanzables con sólo el tratamiento, o por el contrario, las creencias en torno a la terapia y sus metas pueden estar asociadas a sentimientos negativos o desidia por el tratamiento (Ortego, López & Álvarez, 2010).

Apreciación de los pacientes sobre el costo y acceso a los medicamentos que requieren en su tratamiento. Corresponden al acceso a los servicios de salud y las características de las instituciones y de los sistemas de salud en las que el paciente es atendido. La percepción que tiene el paciente sobre el acceso a consultas, hospitalización, medicamentos y pruebas pronósticas; la existencia de barreras geográficas que limiten el acceso al servicio, y otras limitaciones para la afiliación a la seguridad social, representan obstáculos para lograr la correcta adherencia al tratamiento. Varios autores plantean que los costos de los medicamentos se asocian con la adherencia, es decir a mayor costo del tratamiento menor es la adherencia al tratamiento (Arrivillaga-Quintero, 2010; Mojtabai & Olfson, 2003). Además, los pacientes que viven a una distancia larga entre hogar y la institución que lo atiende, tienen mayor oportunidad de no adherir al tratamiento que quienes no percibieron ninguna barrera al respecto (Varela, et al., 2013); e igualmente, no tener un domicilio fijo es un factor de riesgo asociado a la no adherencia (Alvis, et al., 2009).

Hábitos saludables de los pacientes como parte del tratamiento. Dentro de los hábitos saludables para pacientes con VIH, es necesario regímenes estrictos y complejos, los cuales exigen un alto nivel de cumplimiento, puesto que es preciso ingerir muchos medicamentos por día, lo cual conlleva a tener en cuenta ciertas restricciones alimentarias, algunas difíciles de cumplir, debido a que ocasionalmente pueden provocar efectos poco agradables como vómitos y náuseas (Mairena, 2012). Tomar los medicamentos en los horarios indicados, en la cantidad exacta y en los intervalos o frecuencias de dosis en que fueron prescritos es importante para que el paciente mantenga una buena salud (Collier, Ribaudó, Mukherjee, Feinberg, Fischl & Chesney, 2005), y en este aspecto el uso de las nuevas tecnologías, como los teléfonos móviles e internet

pueden promover potencialmente la adherencia al tratamiento (Pop-Eleches, Thirumurthy, Habyarimana, Zivin, Goldstein, Walque, MacKeen, Haberer, Kimaiyo, Sidle, Ngare & Bangsberg, 2011; Lim, Hocking, Hellard & Aitken 2008; Vidrine Arduino, Lazev & Gritz, 2006). Además, el paciente debe asistir a las citas con los distintos profesionales de la salud, realizarse los exámenes de control como CD4, carga viral, citología, entre otros; al igual, alimentarse teniendo en cuenta las recomendaciones del cuerpo médico y nutricionista; por otro lado, acoger medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, monitorear su salud y chequear su propio cuerpo para descubrir si hay cambios y priorizar el cuidado de sí mismo (Varela, et al., 2008).

El perfil clínico y la progresión de la enfermedad. En relación al perfil clínico y progresión de la enfermedad, se incluye aspectos como el tiempo de infección estimado, el tiempo de diagnóstico, el estado inmunológico (carga viral, CD4 y Targa), entre otras, presenta una asociación con la adherencia al tratamiento que sigue siendo polémica. Así, algunos estudios relacionan un pobre estado inmunológico con la baja adherencia al tratamiento (Veinot et al., 2006; Berg, Demas, Howard, Schoenbaum, Gourevitch, & Arnsten, 2004), mientras que otros han encontrado que pueden actuar como un facilitador (Godin, CoTé, Naccache, Lambert, & Trottier, 2005; Remor, 2002).

De acuerdo con lo anterior, en el presente estudio para evaluar la adherencia al tratamiento se tuvo en cuenta tanto factores de naturaleza psicológica (confianza con el equipo asistencial, conocimiento ante el tratamiento, creencias asociadas al apoyo emocional, comportamiento de adhesión, hábitos acorde a la ingesta de medicamentos, hábitos alimenticios, regularidad en la asistencia de la cita de control, hábitos incompatibles con el consumo de la medicación) y factores de carácter objetivos (dispensación-reclamación de los medicamentos, dosificación, cambios de Targa y carga viral y CD4).

Apoyo Social en Pacientes con VIH/SIDA

El apoyo social es un factor fundamental para las personas que presentan enfermedades crónicas (Mairena, 2012; Repetto, et al. 2011; González, 2011; Sepúlveda et al. 2009; Alcántara, 2008), particularmente en los pacientes con VIH/SIDA. Diversos autores han demostrado que el apoyo social tiene una

influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades y de los cuidadores familiares; este proceso de interacción entre personas o grupos de personas, a través del contacto sistemático establece vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis (Romero, Amador & Alvis, 2010; Ladero, Orejudo & Carrobles, 2010; Varela, et al., 2008; Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003).

La convivencia de sujetos seropositivos con otras personas resulta una situación complicada, puesto que en muchos de los casos se genera un estigma social y discriminación ocasionado por el temor a ser “contagiado”, agravando el estado del paciente al dificultar que se formen redes de apoyo social adecuadas (Orcasita, Peralta, Valderrama & Uribe, 2010; Gonzales & Piña, 2010). Recurrentemente se ha reportado que aquellas personas que perciben menos apoyo social tienden a presentar mayores niveles de perturbación emocional y física cuando enfrentan estrés en comparación con las personas que disponen de ese apoyo (Orcasita, et al., 2010; Rizo, Orozco & Villaseñor, 2002). Igualmente, las redes de apoyo social juegan un papel importante en la adherencia, puesto que ayuda al paciente a asimilar, soportar, resolver y encausar las emociones negativas relacionadas con la enfermedad a fin de favorecer una mejor adaptación a la misma (Repetto, Bernales & González, 2011; Ahumada, Escalante & Santiago, 2011); además, proveer información, consejo, control del comportamiento no deseable y refuerzo de los deseables, como también motivarlo a consultar a su médico acerca las dudas que tengan, entre otras (Varela et. al., 2013).

Finalmente, la relevancia del apoyo social se traslada a la adherencia del paciente al tratamiento, tanto en el inicio, en el mantenimiento de la adhesión una vez establecida, como también, en la pérdida de la misma (Vilató, Martín & Pérez, 2015). Ladero, et al, (2010), identificaron precisamente diferencias del apoyo social entre pacientes con buena adhesión, los que no presentan adhesión, los que inician tratamiento y aquellos que lo abandonan.

Apoyo Social Recibido. Se fundamenta en los recursos reales que la persona puede acceder en el caso de requerirlos (Caplan, 1974). Así también, se sustenta en las características estructurales-funcionales de la red (Barra, 2004).

Apoyo Social Percibido. Se fundamenta en la apreciación subjetiva o evaluación de la adecuación de la red social (Barra, 2004).

Un Estudio en Pacientes con VIH/Sida en la Región Caribe Colombia

El vacío empírico contextual generó un estudio de carácter descriptivo y diseño de transversal, con el objetivo de describir los factores subjetivos y objetivos de adherencia al tratamiento en un grupo de pacientes seropositivos para VIH y SIDA; a la vez explorar su relación con los niveles de apoyo social percibido por los sujetos. En este estudio se evalúa el apoyo social percibido, teniendo en cuenta que se fundamenta en la percepción de disponibilidad de ayuda en cualquier momento temporal, de modo que, la información proporcionada además de ser la apreciada por el individuo independientemente de la exactitud, se aproxima a la evaluación del individuo sobre la adecuación del apoyo social. Además de ser mejor predictor de los efectos en la salud que el apoyo social recibido (Norris & Kaniasty, 1996).

La muestra estuvo conformada por 26 pacientes, escogidos por conveniencia, quienes asistían al momento de realización del estudio a una IPS de la ciudad de Santa Marta, el 61.5 % corresponden al sexo femenino y el 38.5 % restante al sexo masculino, de ambos géneros con VIH/SIDA, con rango edad entre 18 y 32 años, con una media de 27 años. El 61.5 % de la muestra vivía en unión libre, mientras que el 38.5 % estaban solteros. En cuanto a la escolaridad, el 65.4 % de los participantes había terminado la secundaria, el 19.2 % la primaria, el 7.7 % tenía estudios técnicos, mientras que el 7.7 % restante tenían primaria. Con respecto a las personas con las que convivían, el 65.4 % indicó que vivía con su familia de origen, el 11.5 % vive solo con su pareja, y en un porcentaje igual se encontraban aquellos que vivían con la pareja e hijo, y los que vivían solos.

El Apoyo Social Percibido. Se evaluó mediante el cuestionario *Medical Outcomes Study-Social Support Survey* (MOS), adaptado en población colombiana por Londoño, Rogers, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo y Aguirre, (2012), el cual comprende las siguientes cinco dimensiones:

Tamaño de la red social: Evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares), consta de una pregunta: “Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)”.

Apoyo social/emocional/informacional: El soporte emocional, orientación y consejos, consta de ocho preguntas. Ej.: “¿Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar?”. Ítems que la conforman 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19.

Apoyo instrumental: Evalúa la conducta o material de apoyo que se le brinda a la persona; está compuesta por cuatro preguntas. Ej.: “¿Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama?”. Ítems que la conforman: 2, 5, 12, 15.

Interacción social positiva: Evalúa la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas, constituida por cuatro preguntas. Ej.: “¿Alguien con quien pasar un buen rato?”. Ítems que la conforman: 7, 11, 14, 18.

Apoyo afectivo: Caracterizado por las expresiones de amor y afecto, con tres preguntas para esta dimensión. Ej.: “¿Alguien que le muestre amor y afecto?”. Ítems que la conforman: 6, 10, 20.

Las opciones de respuesta a los ítems se dan en una escala Likert que va de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). Para este estudio el alfa de Cronbach de las dimensiones osciló entre 0.69 y 0.82.

La adherencia al tratamiento. Se evaluó a través de historia clínica y entrevista semiestructurada los factores subjetivos o de carácter individual, como también de las medidas de los factores objetivos que permiten corroborar la ingesta de fármacos antirretrovirales y su concentración en sangre a través de la realización de exámenes periódicos.

La entrevista estuvo conformada por los siguientes factores: confianza con el equipo asistencial, conocimiento frente al tratamiento, comportamiento de adhesión presentes, hábitos acorde a la ingesta de medicamentos, hábitos alimenticios, regularidad en la asistencia de la cita de control, hábitos para la

ingesta de medicamento y de alimento, hábitos incompatibles con el consumo de la medicación y por último, desde la historia clínica la dispensación-reclamación de los medicamentos, dosificación, cambios de Targa, de la carga viral y de CD4. Se consideró presencia satisfactoria de adherencia al tratamiento antirretroviral cuando el paciente hubiera cumplido con el 95% de los indicadores, es decir, la presencia de 14 o más indicadores en los últimos seis meses.

Para cumplir con los objetivos del estudio, se procedió inicialmente contar con el aval del comité científico de la IPS y autorización del mismo para acceder a las historias clínicas de los sujetos que participaron en el estudio; posteriormente, se realizó entrevista individual previo consentimiento de los pacientes. La entrevista semiestructurada fue diseñada por los autores del presente estudio, conformada por 20 preguntas que evalúan factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento; además, se evaluó el apoyo social, mediante el instrumento MOS, que fue aplicado de manera individual, durante el desarrollo de la entrevista. El procesamiento para el análisis descriptivo de los datos se llevó a cabo mediante el SPSS, y Microsoft Office Excel.

Evidencia Empírica en la Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral Y Apoyo Social En Pacientes Con VIH/SIDA de la Región Caribe Colombiana

Descripción de la adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo a los indicadores subjetivos en los últimos seis meses

De acuerdo con la tabla 1, en relación con las creencias del paciente referentes al equipo asistencial presente en los últimos seis meses, se encontró que el 96.2 % de los participantes manifestó sentir confianza en él. De la misma manera, el 96.2 % manifestó tener conocimiento ante el tratamiento. En cuanto al apoyo emocional percibido por los participantes por parte de familiares y otros de su entorno social, el 53.8 % de ellos manifiestan sentirse apoyados emocionalmente por las personas a su alrededor, mientras que el 46.2 % sienten no contar con apoyo de ésta índole.

Tabla 1. Descripción de los indicadores subjetivos de la adherencia al tratamiento presente en los últimos seis meses.

Variables	Ítem	f	%
Confianza en el equipo asistencial	Sí	25	96.2
	No	1	3.8
Conocimiento ante el tratamiento	Sí	25	96.2
	No	1	3.8
Creencias asociadas al apoyo emocional	Sí	14	53.8
	No	12	46.2

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los hábitos favorecedores para la adherencia al tratamiento presente en los últimos seis meses (tabla 2), el 73 % de los pacientes continuó consumiendo sus medicamentos, aunque presentara una buena condición física y psicológica. Asimismo, el 50 % hace uso de las nuevas tecnologías (alarmas de celular) con el fin de recordar tomar la dosis prescrita. El 88.4% de ellos no presenta hábitos incompatibles o acciones incongruentes que interfieran con el buen consumo de los medicamentos. No obstante, el 42.2 % de los participantes no asiste a su cita control, y el 57 % presenta dificultad en cuanto a los hábitos alimenticios, ya que no siguen la dieta según las indicaciones del médico.

Tabla 2. Descripción de indicadores subjetivos de adherencia al tratamiento en relación con el tipo de hábitos del paciente presente en los últimos seis meses

Variables	Ítem	f	%
Comportamientos de adhesión presentes	Continuó consumiendo el medicamento aunque presentara una buena condición física y psicológica	19	73.1
	Dejó de consumir el medicamento al presentar una buena condición física y psicológica	7	26.9

Variables	Ítem	f	%
Hábitos para la ingesta de medicamentos	Alarma del celular	13	50
	Familiar le recuerda	1	3.8
	Está pendiente de la hora	11	42.3
	Ninguno	1	3.8
Hábitos alimenticios	Sigue la dieta según indicaciones del médico	11	42.3
	No sigue dieta según las indicaciones del médico	15	57.7
Regularidad en la cita de control	Siempre asiste	15	57.7
	No asiste	11	42.3
Hábitos incompatibles con el consumo de la medicación	Presenta hábitos incompatibles con el consumo de la medicación	3	11.6
	No presenta hábitos incompatibles con el consumo de la medicación	23	88.4

Fuente: elaboración propia.

1. Descripción de la adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo a los criterios objetivos en los últimos seis meses

De acuerdo con la fase de la enfermedad, el 84,6% de la muestra se encuentra en fase de VIH, y sólo el 15,4 % de los participantes se encuentra en fase de SIDA, el 100 % de los pacientes habían tomado sus fármacos por más de un año, el 92.3 % habían reclamado sus medicamentos durante el primer semestre del año 2013, y el 88.5 % venían consumiendo sus fármacos de acuerdo a la frecuencia de dosificación señalada por el profesional de la salud, y sólo 11.5% de los pacientes hacía caso omiso a las indicaciones del equipo asistencial (tomaban las pastillas a cualquier hora).

En cuanto al cambio de TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad), el 26.9 % de los pacientes había presentado algún cambio del mismo desde el inicio de su tratamiento, no así, el 73.1 % de los participantes en los últimos 6 meses del tratamiento con antirretrovirales.

Respecto a la carga viral, el 65.4 % de los participantes presentaban un resultado menor de 10 copias, lo cual sugiere carga viral indetectable; no obstante, el 11.5 % de los individuos obtuvieron una carga viral menor de 50 pero mayor a 10, evidenciando permanencia del virus en sangre y el 22.8 % presentó un resultado por encima de 50 copias del virus, que es considerada como una carga viral significativamente detectable. De acuerdo a los resultados obtenidos del CD4 (recuento de linfocitos), el 38.5 % se ubicaba dentro de los parámetros normales, el cual corresponde a más de 500 CD4 por mililitro de sangre. Por el contrario, el 61.5 % de los participantes presentaba niveles menores de 500, es decir, con predisposición a contraer una enfermedad.

Para finalizar, teniendo en cuenta que la adherencia al tratamiento antirretroviral se consideró satisfactoria cuando el paciente cumplía con el 95 % de los indicadores objetivos y subjetivos, se halló que el 88.5 % presentaba ausencia de adherencia, y en sólo el 11,5 % se manifestaba presencia de la misma.

Tabla 3. Descripción de los indicadores objetivos de la adherencia al tratamiento

Variables	Ítem	F	%
Fase de la enfermedad	V.I.H	22	84.6
	S.I.D.A	4	15.4
Duración del tratamiento	Más de un año	26	100
Registro de dispensación	Reclamó los medicamentos durante los primeros 6 meses del año	24	92.3
	No reclamó los medicamentos todos los meses	2	7.7

Variables	Ítem	F	%
Frecuencia de dosificación	Toma los medicamentos de acuerdo a las indicaciones del médico	23	88.5
	Hace caso omiso de las indicaciones del médico	3	11.5
Cambio de Targa	Sí	7	26.9
	No	19	73.1
Carga viral	-10	17	65.4
	Menor de 50 pero mayor a 10	3	11.5
	Más de 50	6	22.8
Cd4	-500	16	61.5
	Más de 500	10	38.5

Fuente: elaboración propia.

2. Descripción del apoyo social percibido

Con respecto a los resultados obtenidos al evaluar la variable apoyo social percibido, de manera descriptiva se pueden observar los siguientes resultados (tabla 4):

Tabla 4. Descripción del apoyo social percibido por los pacientes

Variable	Ítem	F	%
Evaluación global de apoyo social	Ausencia de apoyo social	3	11.5
	Mediana presencia de apoyo social	13	50.0
	Presencia de apoyo social	10	38.5

Variable	Ítem	F	%
Cantidad de amigos íntimos	0	8	30.8
	De 1 a 4	14	53.8
	De 5 a 10	4	15.4
Cantidad de familiares íntimos	0	8	30.8
	De 1 a 4	7	26.9
	De 5 a 10	9	34.6
	Más de 10	2	7.7
Apoyo emocional	Alto	14	53.8
	Medio	6	23.1
	Bajo	6	23.1
Apoyo instrumental	Alto	15	57.7
	Medio	8	30.8
	Bajo	3	11.5
Interacción social positiva	Alto	13	50.0
	Medio	7	26.9
	Bajo	6	23.1
Apoyo afectivo	Alto	13	50.0
	Medio	9	34.6
	Bajo	4	15.4

Fuente: elaboración propia.

En lo que respecta al tamaño de la red social, el 53,8 % de los pacientes manifiesta tener de 1 a 4 amigos íntimos con los cuales conversa acerca de sus problemas y conocen su diagnóstico; por otra parte, el 30,8 % de los participantes expresa no tener ningún amigo cercano con el cual hablar de sus dificultades. En cuanto al número de familiares íntimos, el 34,6 % señala que cuenta con 5 a 10 personas de su familia que están pendientes de sus necesidades; mientras que el 30,8 % indica no tener a nadie que sepa de su enfermedad y que le pueda ayudar cuando lo necesite.

En cuanto al apoyo emocional percibido por los participantes, el 53.8 % refiere disponerlo en un nivel alto, mientras que el 23.1 % en un nivel medio. No obstante, un porcentaje igual al anterior, percibe no contar con apoyo emocional. Referente al apoyo instrumental se obtuvo que el 57.7 % de los pacientes percibía contar con un nivel alto del mismo, mientras que el 30,8 % expresaron contar con un nivel medio y el 11.5 % con un nivel bajo. Por otra parte, en cuanto al factor de interacción social positiva, se logró determinar que el 57.7 % de los sujetos tienen un nivel alto, mientras que el 26.9 % se encuentran en nivel medio y el 23.1 % en nivel bajo. Respecto al apoyo afectivo, el 50 % de los sujetos evaluados mostraron un nivel alto; por su parte, el 34.6 % de ellos estuvieron dentro del nivel medio, y no obstante el 15.4 % cuentan con un bajo apoyo afectivo. Por último, la evaluación global del apoyo social percibido, se encontró que el 50 % de los participantes percibían contar con una mediana presencia del mismo, mientras que el 38.5 % de estos consideraron que sí contaban con de dicho apoyo, no así el 11 %.

3. Descripción de la presencia o ausencia de la adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo con el apoyo social percibido en pacientes con VIH/SIDA

Tal cual como se observa en la tabla 4, al describir la adherencia al tratamiento de acuerdo al apoyo social, se halló que el 88.5% de los pacientes presentan ausencia de adherencia al tratamiento, de los cuales el 11.5 % presentan un nivel bajo de apoyo social y el 46.1 % tienen un nivel medio; no obstante, el 30.7 % de los pacientes sin adherencia presentan apoyo social en un nivel alto. Por su parte, el 11.5 % de los pacientes presentaron adherencia, entre los que el 7.7 % contaban con un apoyo social alto y el 3.9% con un nivel medio, y ninguno de este grupo se identificó con un nivel bajo de apoyo social.

Tabla 5. Contingencia apoyo social percibido y adherencia al tratamiento

Apoyo Social	Adherencia				Total
	No		Si		
	f	%	F	%	
Bajo	3	11.54	00.0%	31	1.54%
Medio	12	46.15	13.90%	13	50.0%
Alto	8	30.76	27.70%	10	38.46%
Total	23	88.5	311.5%	26	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Teniendo en cuenta que la adherencia es un constructo complejo y determinado por la presencia de diversos factores tanto objetivas como subjetivas o psicológicas, al respecto, en el presente estudio se observó que la mayoría de los participantes (88.5 %) presentaban ausencia de adherencia, evidenciada en el incumplimiento del 95% de los indicadores en los últimos seis meses, tales como: no tener una adecuada relación de confianza hacia el equipo médico y al medicamento, dejar de consumir los medicamentos al presentar una buena condición física y psicológica, utilizar hábitos para la ingesta de medicamentos pocos efectivos, no seguir dieta según indicaciones del médico, no asistir al control con el equipo asistencial, presentar hábitos incompatibles con el consumo de la medicación. Además, no reclamar los medicamentos todos los meses, hacer caso omiso de las indicaciones del médico, presentar cambios de TARGA (replicación del virus), presentar carga viral menor de 50 pero mayor a 10 (presencia del virus en la sangre) y CD4 menor de 500 (bajos niveles de linfocitos para generar anticuerpos). El porcentaje de no cumplimiento de adherencia al tratamiento antirretroviral del presente estudio es muy inferior a lo hallado por Varela, et. al. (2013) y por Arrivillaga, et. al. (2009).

En relación con los indicadores subjetivos, tal como lo sugieren diferentes investigaciones las creencias y la percepción sobre la relación entre el equipo asistencial y el paciente es sumamente importante, teniendo en cuenta que factores como la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad de la relación; también, el suministro de una información detallada y realista, y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza recíproco; el contar con el conocimiento acerca del tratamiento antirretroviral, su eficacia, su toxicidad, el malestar físico y emocional asociado o efectos secundarios, incluyendo los efectos sobre la calidad de vida, son aspectos fundamentales para potencializar la adherencia (Ortego, et al., 2010; Tafur et al. 2008; Knobel & Guelar 2004).

En cuanto a los comportamientos de no adhesión presente en los últimos seis meses, si bien, la mayoría (73.1 %) de los pacientes continuó consumiendo el medicamento aun cuando se sintiera bien, algunos pacientes (26.9 %) no continúan con la medicación, lo cual podría estar mediado por la percepción de salud, es decir que cuando el paciente se siente mejor tiende a disminuir la adherencia, resultados que coinciden con lo hallado por Vázquez (2009). Por otra parte, en cuanto a los hábitos asociados a la ingesta de medicamentos, aquellos pacientes (50%) que recurren a que un familiar les recuerde que deben ingerir los medicamentos, estar pendiente de la hora, o no contar con ningún hábito no muestran señal de buena adherencia, evidenciando falta de compromiso del paciente con su tratamiento (Collier, et al., 2011). Por su parte, el mayor índice de cumplimiento de adherencia al tratamiento se da en personas que emplean el uso de nuevas tecnologías (50 %), como el uso de recordatorios y mensajes de textos (Lim, et al., 2008; Vidrine, et al., 2006).

En relación con no contar con hábitos de alimentación adecuados (57.7 %), podría a su vez estar asociado con condiciones de ingesta de la medicación antirretroviral (determinados fármacos necesitan ser administrados en presencia o no de alimentos), y no favorecer a su vez la absorción del fármaco en estos pacientes, de acuerdo a diversos autores (Varela, et.al, 2008; OPS, 2011), podría dificultar que algunos pacientes tomen las medicaciones correctamente. Estos resultados son compatibles con otras investigaciones que señala la mala adherencia por no tomar los medicamentos en el horario señalado (ONUSIDA, 2012; Varela, et al., 2008).

En relación con el cumplimiento de los pacientes con las citas de control, se observó que un poco más de la mitad de los pacientes (57.7 %) asisten de manera regular y continúa a las mismas lo cual es un indicio de la participación activa de estos pacientes en su tratamiento. Sin embargo, esta asistencia por sí misma no es suficiente para alcanzar un nivel óptimo de adherencia al tratamiento. Especialmente cuando algunos pacientes (11.6%) presentan hábitos incompatibles con el consumo de los medicamentos, de acuerdo lo manifestado por Knobel y Guelar (2004).

Por otra parte, en relación a indicadores objetivos de adherencia, el cambio de TARGA muestra que, si bien una proporción importante de pacientes (73.1%) no han presentado cambios en los últimos 6 meses del tratamiento con antirretrovirales, una proporción menor de pacientes (26.9%) ha presentado algún cambio desde el inicio del tratamiento, posiblemente debido a la resistencia generada al medicamento, ya sea por el incumplimiento en el tratamiento debido hacer caso omiso de las indicaciones del médico (11.5%), o por no reclamar los medicamentos (7.7%) hallazgos coherentes con lo encontrado por Machado (2010).

En coherencia con lo anterior y con lo reportado por Machado (2010), el hallazgo de una proporción importante de pacientes (34.3%) que presentaban una carga viral entre niveles menores a 50 pero mayores a 10 y mayor a 50 copias, indicaban la presencia de una carga viral significativamente detectable, lo cual revelaba posibles déficits en el seguimiento de los tratamientos. Así mismo, el que una mayoría de los pacientes (61.5%) hubiera mostrado resultados de CD4 menores a 500, sugiere que éstos se encontraban expuestos a contraer alguna infección oportunista, como resultado de una inadecuada adherencia.

Con respecto a la evaluación global del apoyo social, solamente una proporción pequeña de pacientes (15.4%) percibían contar con un soporte o red de amigos, sin embargo, la mayoría (69.2%) contaban con familiares que le proporcionaran espacio para conversar de su estado emocional y resolver dificultades propias del tratamiento. De manera concordante, en este grupo se halló niveles altos de apoyo emocional (53.8%) e instrumental (57.7%), una adecuada interacción positiva y apoyo afectivo (50%). Es decir, este grupo pacientes cuenta con interacciones positivas y soporte

afectivo de amigos y familiares que les posibilitan conversar, fomentando la expresión de sentimientos, el bienestar afectivo, como también el acceso a objetos o servicios que los ayudan a resolver problemas prácticos, relacionados con su salud y tratamiento. Al respecto de esto último, es importante resaltar una mayor presencia de apoyo instrumental frente al emocional, resultado análogo con lo encontrado por Rizo et al. (2002). Romero, Amador y Alvis (2010) señalan que el apoyo social de la familia o de otras personas significativas, se convierte en un factor protector para la salud física, psicológica y espiritual de las personas, especialmente en el caso de los pacientes con VIH/SIDA; de esta manera, los individuos tendrán una mejor adaptación a la enfermedad y a la terapia antirretroviral, una mejor respuesta del sistema inmunológico a los antirretrovirales, llevando a una mejora en la calidad de vida de estos pacientes. Por otra parte, en cuanto al factor de interacción social positiva, González (2011) refiere que tiene un papel importante en el afrontamiento exitoso de los problemas que trae consigo una enfermedad crónica, así como en el proceso de adherencia al tratamiento, por lo cual los pacientes que obtuvieron un resultado alto en este factor (50.0%), cuentan con una condición favorecedora de una buena adherencia. Por su parte, Repetto, et al. (2011) mencionan que el apoyo afectivo por los allegados posibilita que los pacientes puedan asimilar mejor, soportar, resolver y encausar emociones negativas relacionadas con su enfermedad y una mejor adaptación a la misma.

Al considerar la adherencia al tratamiento de los sujetos del estudio de acuerdo al apoyo social percibido por ellos, se observó que la ausencia de adherencia se evidencia principalmente en aquellos con niveles moderados de apoyo social (46.15%); sin embargo, en otros (30.76%), la ausencia de adherencia se halló con presencia de apoyo social, y, solamente un porcentaje muy bajo de los pacientes (11.54%) manifestaron ausencia de adherencia y bajo apoyo social.

Estos resultados difieren de otros estudios, que señalan la adherencia al tratamiento consistente con el apoyo social. En la misma dirección, pero en relación con las enfermedades crónicas en general, Mairena, (2012), Repetto, et al. (2011), González, (2011), Sepúlveda et al. (2009) y Alcántara, (2008), sostienen que el apoyo social percibido respecto a familiares, amigos y allegados, se convierte en favorecedor para la adherencia.

Hay que tener en cuenta que el presente estudio fue meramente descriptivo y con una muestra reducida, de modo que el alcance de la investigación debe entenderse como limitado.

En síntesis, los resultados obtenidos permitieron establecer que la mayoría de los pacientes del estudio presentaban ausencia de adherencia, y en cuanto, a los indicadores contemplados de adherencia, se identificó un mayor número de indicadores satisfactorios objetivos que subjetivos. Por otra parte, en relación al apoyo social percibido, en la gran mayoría de los pacientes se evidenció, una mediana presencia del mismo. Sin embargo, la presencia o ausencia de adherencia no se distribuye con el apoyo social percibido, en donde la presencia o ausencia de adherencia.

Con la finalidad de profundizar y fomentar un mayor conocimiento se hace necesario seguir realizando investigaciones donde predominen los indicadores subjetivos de carácter psicológico -dado que la adherencia se ve influenciada por la presencia de estos factores- con muestras amplias, que permitan realizar análisis estadísticos a profundidad para precisar las relaciones entre la adherencia al tratamiento antirretroviral con factores psicológicos y sociales.

Referencias

- Achucarro, S. (2010). Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería. *Rev. Inst. Med. Trop*, 5(1), 20-34.
- Ahumada, M., Escalante, E., & Santiago, I. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/Sida. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(19), 55-70.
- Alcántara, D. (2008). Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue. (*Tesis de título profesional, Universidad Nacional Mayor De San Marcos*). Recuperado de http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/factores-asociados-adherencia-targa-pacientes-vih-sida-hospital-nacional-hipolito/id/51066896.html.
- Alvis, Ó., De Coll L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J. & Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An Fac med*, 70(4), 266-272.
- Alvis, Ó., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., y Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de

- gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 266-272. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4.pdf>.
- Arrivillaga, M., Ross, M., Useche, B., Alzate M., & Correa D. (2009). Social position, gender role and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. *Pan Am J Public Health* 26(6), 502-510.
- Arrivillaga-Quintero, Marcela. (2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*, 52(4), 350-356. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a11.pdf>
- Balandrán, A., Gutiérrez, JP., & Romero, M, (2013) Evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral en México. *Revista de investigación clínica* 65(5), 384- 391.
- Barra, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.
- Berg, K. M., Demas, P. A., Howard, A. A., Schoenbaum, E. E., Gourevitch, M. N., & Arnsen, J. H. (2004). Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), 1111-1117.
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health: Lectures on concept development. Behavioral Publications.
- Carrillo, G. S., Zúñiga, Á. M., Amaya, G. A., Arévalo, W. L., Arias, J., Carrillo, P. A., ... & Sánchez, S. I. (2016). Características sociodemográficas y determinantes de adhesión terapéutica antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en dos instituciones de Bogotá. *Rev. Col. Enf* (4), 1-15.
- Carrobes, J. A., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Castillo, J. (2007). *Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Tesis de Diplomado no publicada, Universidad De La Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2188/1/131439.pdf>.
- Collier, A. C., Ribaud, H., Mukherjee, A. L., Feinberg, J., Fischl, M. A., & Chesney, M. (2005). A randomized study of serial telephone call support to increase adherence and thereby improve virologic outcome in persons initiating antiretroviral therapy. *Journal of Infectious Diseases*, 192(8), 1398-1406.
- Díaz, Z. (2011). *Caracterización de los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátrico con más de tres ingresos hospitalario y su cuidador que asisten entre Junio 2010 hasta Junio 2011 a la clínica psiquiátrica resurgir de la ciudad de Barranquilla*. Trabajo de grado no publicado, Universidad Simón Bolívar.

- Godin, G., CoTé, J., Naccache, H., Lambert, L. D. y Trottier, S. (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study. *AIDS Care*, 17(4), 493-504.
- Gonzales, M., y Piña, J. (2010). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10(2), 399-409.
- González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 2(5), 102-107.
- Guerra L., y Parras F. (2000). La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. *Enf Emerg*. 2(1), 5-9.
- Knobel, H., y Guelar, A. (2004). Estrategias para optimizar la adherencia al tratamiento Antirretroviral. Intervenciones en la pauta Terapéutica. *Enferm Infec Microbiol Clin*, 22(2), 106-112.
- Kourí, V. & Aleman, Y. (2016). Variante Viral de VIH-1 asociada con rápida progresión a SIDA en individuos cubanos. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 6 (3), 1-8.
- Ladero, L., Orejudo, S. y Carroble, JA. (2010). Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+ en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud*, 21(1), 21-33.
- Lim, M.S.C., Hocking, J.S., Hellard, M.E., & Aitken, C.K. (2008). SMS STI: A review of the uses of mobile phone text messaging in sexual health. *International Journal of STD & AIDS*, 19, 287-290.
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Machado, J., (2010). *Efectividad del tratamiento antirretroviral en pacientes con diagnóstico de VIH/Sida de dos ciudades de Colombia*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona. Disponible en http://ddd.uab.cat/pub/trerepro/2011/hdl_2072_116886/TR_MachadoAlba.pdf
- Mairena, I. (2012). *Adherencia al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes con infección por VIH, que acuden a la consulta externa de infectología del hospital infantil Manuel de Jesús Rivera durante el mes de Marzo del 2012*. Tesis de Especialización no publicada, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2003). Medication Costs, Adherence, And Health Outcomes Among Medicare Beneficiaries. *Health Affairs*, 22, 4, 220-229.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 498.
- O'Brien, M., Clark, R., Besch, C., Myers, L., y Kissinger, P. (2003). Patterns and Correlates of Discontinuation of the Initial HAART Regimen in an Urban

- Outpatient Cohort. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4), 407 – 414.
- ONUSIDA, (2012) Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012. Recuperado de [http://www.onusida-latina.org/images/2012/mayo/ce_CO_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.onusida-latina.org/images/2012/mayo/ce_CO_Narrative_Report[1].pdf).
- OPS, (2012) Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia en el tratamiento antirretroviral en Latinoamérica. Área de salud familiar y comunitaria. Proyecto VIH/SIDA. OPS.
- Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L., y Uribe, A. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia1. *Revista de Psicología [online]*. 2012, vol.30, n.2 [citado 2015-01-09], pp. 371-406.
- Ortego, M. (2011). Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Un metanálisis. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Ortego, M., López, S., y Álvarez, M. (2010). La adherencia al tratamiento. Ciencias Psicosociales, Universidad de Cantabria. Recuperado de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf.
- Peñarrieta, M, Kendall, T., Martinez, N., Rival, A., Gonzales, N., Flores, F., Del Angel, A (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 26(3), 333-37.
- Piña, JA., Corrales, AE., Mungaray, K., y Valencia. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Rev Panam Salud Publica*. 19 (4), 217-28.
- Pop-Eleches, C., Thirumurthy, H., Habyarimana, J. P., Zivin, J. G., Goldstein, M. P., de Walque, D., ... Bangsberg, D. R. (2011). Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders. *AIDS (London, England)*, 25(6), 825–834. <http://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32834380c1>.
- Puigventós, F., Riera, M., Delibes, C., Peñaranda, M., De la Fuente L. y Boronat, A. (2002). Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*, 119(4), 130-7. 16.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión de al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 4(2), 262 – 267.
- Repetto, P., Bernal, M., y González, M. (2011). Aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 27(2), 144-152.
- Rizo, G., Orozco, I., y Villaseñor, T. (2002) Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA. *Investigación en salud*, 4(2), 114-121.

- Romero, E., Amador, C., & Alvis, L. (2010) Apoyo social y calidad de vida en pacientes con vih/sida, residentes en montería. Colombia. *Rev.cienc. biomed.* 1(2), 173 - 179
- Sepúlveda, G., Zúñiga, A., Amaya, G., Arévalo, W., Arias, J., Carrillo, P., Pérez, J., y Sánchez S. (2009). Características Sociodemográficas y determinantes de adhesión terapéutica antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en dos instituciones de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4(4), 81-89.
- Tafur, E., Ortiz, C., Alfaro, C., García, E., y Fauss, M. (2008). Adaptación del “cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral” (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *ArsPharm*, 49(3), 183-198.
- Varela, M., Gómez, O., Mueses, H., Galindo, J. & Tello, I., (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 83-95.
- Varela, M., Salazar, I., y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA, consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101-113.
- Vázquez, J. (2009). Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH, Tamaulipas, México. *Revista CienciaUat*, 11, 27 - 30
- Veinot, T. C., Flicker, S. E., Skinner, H. A., McClelland, A., Saulnier, P., Read, S. E. y Goldberg, E. (2006). “Supposed to make you better but it doesn’t really”: HIV-positive youths’ perceptions of HIV treatment. *Journal of Adolescent Health*, 38, 261-267.
- Vidrine DJ, Arduino RC, Lazev AB, Gritz ER. A (2006). Randomized trial of a proactive cellular telephone intervention for smokers living with HIV/AIDS. *AIDS* 20, 253-260.
- Vilató, L., Martín, L. & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-639. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v41n4/spu05415.pdf>.
- Vilató, L., Martín, L. & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-630.
- Zafra-Tanaka, J. & Ticona-Chávez, E. (2014). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 625-632. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>.
- Zambrano C, Renato, Duitama M, John F., Posada V, Jorge I., & Flórez A, José F. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 163-174. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>.

Capítulo 6

Religiosidad como factor protector en la dependencia al alcohol y cigarrillo en estudiantes universitarios



María Paola Jiménez ^(a)

Andrés Posada Caballero ^(b)

* Este trabajo es resultado del proyecto de investigación *dependencia del alcohol, cigarrillo y actitud ante la religión en estudiantes de la facultad de Ciencias sociales de la Salud en una universidad pública de la ciudad de Santa Marta*, financiado por la Dirección de Investigaciones de la Universidad del Magdalena, Santa Marta.

a) Psicóloga, Universidad del Magdalena (Colombia). Especialista en epidemiología. Investigadora adscrita al grupo de investigación Psicología y Salud - Universidad del Magdalena (Colombia).

b) Psicólogo, Universidad del Magdalena (Colombia). Coordinador, fundación Asoneshca Universidad del Magdalena (Colombia).

Sinopsis del capítulo

El presente estudio tiene como objetivo dar a conocer los niveles de dependencia hacia el alcohol, al cigarrillo y la actitud frente a la religiosidad en los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad pública de la ciudad de Santa Marta, utilizando el cuestionario de Audit y el test Fagerström, al igual que su relación con la religiosidad la cual se midió a

Cómo citar este capítulo: Jiménez, M. & Posada, A. (2018). Religiosidad como factor protector en la dependencia al alcohol y cigarrillo en una investigación en estudiantes universitarios. En: A. D. Marengo-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 151-177). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

través de la escala de actitud de Francis, junto a datos demográficos. Se trabajó con una muestra 323 estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud. Se encontró que el consumo de alcohol y cigarrillo en estos estudiantes fue bajo y que existieron correlaciones significativas entre ciertas variables de estudio. Cabe resaltar que esta investigación responderá al vacío de información que existe en nuestro contexto social, sobre todo porque el inicio del consumo de estas sustancias cada día es mayor, al igual que está relacionado con un sin número de problemáticas de índole psicosocial, convirtiéndose en una dificultad de salud pública.

El consumo de las drogas lícitas: conceptos básicos

La evidencia científica señala que el tabaquismo y el alcoholismo presenta un alto riesgo para la salud, causantes de morbilidad y mortalidad (Ferry citado en Rodríguez, 2009). Estas dos sustancias son reconocidas como drogas lícitas, legales o sociales llevan este nombre porque es aceptado socialmente su consumo, al igual que su distribución (Huescar, Cervello, Llamas y Moreno, 2011).

La relevancia de indagar sobre la dependencia del alcohol y el cigarrillo, es que son consideradas las drogas lícitas más consumidas por los estudiantes, las cuales les acarrearán mayores problemas familiares, riesgos sociales y de salud a estos. Las edades de inicio de consumo en nuestro país son de 12,9 años para el alcohol y 13,7 años para el cigarrillo. En donde el rango de edad de consumo fuerte o dependencia al alcohol ha disminuido de 30 años a 19 años, haciendo cada vez más alta el consumo y la dependencia de estas sustancias, desde edades muy tempranas. Y en cuanto al cigarrillo en el periodo de la adolescencia se ha notado un aumento con el paso del tiempo de un 20%, haciendo de estos en futuro más propenso para la transición de ser consumidores habituales a dependientes del cigarrillo, ya que este aumenta proporcionalmente con la edad, lo que coincide con la dificultad del abandono del consumo de estas sustancias. Pero algunos estudios han demostrado, que tanto para el consumo de alcohol como para el cigarrillo, la religiosidad juega un papel importante ya que se encuentran relacionados de manera negativa, situando la religiosidad como un factor protector ante estas conductas y aún más cuando las prácticas religiosas son activas (Salazar y Arrivillaga, 2004; Navarro, Varga, Matinez, Padilla, Ruiz y Thorne, 2005; Castro, Santos, Siqueira y

Mota, 2006; Secretaría de Salud citado en Calleja, 2010; Zuzulich, M., Cabieses, B., Pedrals, N., Contreras, L., Martínez, D., Muñoz, M, 2010; Sepúlveda, Roa y Muñoz, 2011 y Gonzales, Hernández y Mejía, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud el alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta que presenta dos síntomas principalmente, la ingesta constante de alcohol y la incapacidad de abstenerse a este (Babor y Higgins-Biddle, 2001).

En cualquier debate relacionado con el consumo de alcohol es importante diferenciar entre “Consumo”, “abuso” y “dependencia”.

La palabra consumo hace referencia a cualquier ingesta de alcohol. El abuso es un termino general para para cualquier nivel de riesgo de consumo, dentro de este aparecen terminos como:

Consumo de riesgo al alcohol: hace referencia a un patrón de bebida donde el consumo está dentro de las pautas legales y médicas, y que es poco probable que derive a problemas relacionados con el alcohol (Babor, Campbell, Room and Saunders, 1994 citado en Babor y Higgins-Biddle, 2001).

Consumo perjudicial al alcohol: se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol (Babor, Campbell, Room and Saunders, 1994 citado en Babor y Higgins-Biddle, 2001).

La dependencia es uno de los más graves problemas asociados al consumo de alcohol. Es un cuadro que incluye manifestaciones vivenciales, conductuales, cognitivas y fisiológicas (Edward, 1976 citado en Franco y Giner, 2008). Para los individuos que padecen este trastorno su vida gira alrededor de la bebida y constituye su maxima prioridad, por encima de cualquier otro interes que el sujeto tuviera anteriormente, las personas que padecen dependencia presentan un amplio conjunto de signos y sintomas que se muestran asociados, aunque cabe resaltar que no necesariamente todos estan presente en los pácientes, ni en el mismo tiempo evolutivo. Las manifestaciones clinicas (Vease, Tabla 1) de las personas con dependencia se basan en vivencias subjetivas tales como el ansia o deseo intenso, el

paciente experimenta que controla mal la cantidad que bebe, tomando en más ocasiones, mayor cantidad o en situaciones en las que no quiere beber; Entre los síntomas comportamentales el paciente con dependencia estructura su vida alrededor del alcohol, abandona otras fuentes de placer o actividades, incrementa paulatinamente la cantidad que toma, pero necesita tomar todos los días la misma, este patrón se hace rígido y no se modifica en función de las circunstancias o la compañía, se mantiene aunque la persona experimente consecuencias negativas; síntomas psicofisiológicos existen 2 importantes la tolerancia como la necesidad de incrementar de manera progresiva la cantidad de alcohol para conseguir los cambios afectivos y conductuales que anteriormente lograba con cantidades menores, los síntomas de abstinencia aparecen al suprimir o reducir la ingesta de alcohol, suelen aparecer a las 6 o 12 horas tras el último consumo y durar entre 4 o 5 días, la sintomatología incluye: hipertensión arterial, diaforesis, hiperventilación, alteración del sueño con insomnio, náuseas y vómitos, ansiedad, agitación, inquietud, irritabilidad, distracción, falta de concentración, alteración de la memoria, del juicio y alteraciones sensorio perceptivo. Este cuadro puede complicarse con la aparición de enfermedad somática o trastornos psicológicos (Franco y Giner, 2008).

Tabla 1. Criterios de dependencia CIE-10

Presencia en los últimos 12 meses de, al menos, 3 de los siguientes Criterios:
Deseo intenso, o vivencia de la compulsión al consumo.
Disminución de la capacidad de controlar el consumo, unas veces para controlar el comienzo y otras para finalizarlo.
Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo se reduzca o cese o consumo con el fin de aliviar los síntomas de abstinencia.
Tolerancia.
Abandono progresivo de otras fuentes de placer, aumento del tiempo empleado en obtener el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
Persistencia del consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Fuente: CI-10.

Acerca de este tema se ha realizado gran cantidad de estudios; esta problemática mundial, de gran interés para todas las entidades de salud, tiene consecuencias muy fuertes, tanto sociales como para cada individuo que padece este trastorno. El alcohol, la droga lícita más consumida por los estudiantes, es la droga que mayores problemas familiares y riesgos sociales les trae a estos (Sepúlveda, Roa y Muñoz, 2011).

La ingesta de alcohol, en muchas ocasiones, aparece concomitante con el consumo de cigarrillo, por ello es importante estudiar igualmente esta problemática de salud pública (OMS, 2008); este comportamiento de fumar se relaciona con muchas problemáticas en la salud de quien asume este estilo de vida; muchos estudios han mostrado que la popularidad de esta práctica ha aumentado en los jóvenes y ha disminuido en la edad de inicio de la misma (Calleja, 2010); Esta problemática, fue definida por “la OMS en 1984 como una forma de drogodependencia y la Sociedad Americana de Psiquiatría en 1987 clasificó a la nicotina como una sustancia psicoactiva, que produce dependencia sin abuso” (Jiménez, 2002, 82). Entre las problemáticas más relacionadas con el fumar esta la dependencia la cual está constituida por un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos (Véase tabla 2), que aparecen tras el consumo reiterado de nicotina y que típicamente incluye el deseo intenso de fumar; al igual que dificultad para controlar el consumo de este a pesar de las consecuencias dañinas que este causa, se le da mayor prioridad al consumo que a otras actividades y obligaciones (Jiménez, Bascaran, García-Portilla, Saiz, Bousoño y Bobes, 2004).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la dependencia a la nicotina CIE-10

<p>Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir nicotina
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas. • Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de nicotina.

<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de tolerancia a los efectos de la nicotina tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de nicotina para conseguir el efecto deseado, o marcada reducción del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de nicotina.
<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por el consumo de nicotina, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa de nicotina; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la nicotina.
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo persistente de nicotina a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo cuando el individuo tiene en realidad conocimiento de la naturaleza y amplitud del daño

Fuente: Jiménez, Bascaran, García-Portilla, Saiz, Bousoño y Bobes.

Una mirada epidemiológica al consumo de drogas lícitas: Alcohol y cigarrillo

Consumo de Alcohol

El consumo excesivo de alcohol es el causante de 3.3 millones de defunciones anuales en el mundo (OMS, 2014); lo que nos muestra en comparaciones con cifras del 2008 en donde el abuso de alcohol era el causante de 2,3 millones de muertes que se producen prematuramente en cada año con un 3,7% en la totalidad de la población; y se relaciona con accidentes de tránsito, suicidios, violencia, desempleo y crímenes (Mazkarian, 2008).

En los países desarrollados de occidente, se ha encontrado que el consumo de alcohol primario está presente en un 10% en los hombres y del 5% al 3% en mujeres, se reconoce que se encuentra en todas las razas, niveles socio-económicos y grupos étnicos (Harrison citado en Simonovis, Romano, Delgado, Pulido, & Llatas, 2007).

En cuanto a Latinoamérica el consumo de alcohol es elevado, tal vez debido a que su uso es promovido y considerado como una práctica aceptada en diversos aspectos de la socialización (Ribera y Villar, 2005). Este, se encuentra con una prevalencia de 4 a 2%, y la media de ingesta anual de

alcohol por persona es de 8,9 litros, superando el promedio mundial que se ha estimado en unos 5,8 litros; Colombia ocupa el tercer país con mayor consumo de alcohol en América Latina, con un consumo de 6,3 litros por persona anualmente, seguido de Venezuela con 8,9 litros por persona y Brasil con 6,9 litros. Según otros estudios, los **chilenos** son los que presentan mayor consumo de bebidas alcohólicas y en promedio gastan 233,9 dólares en alcohol por habitante al año, este estudio arrojó también que en segundo lugar se encuentra Brasil con 226,2 dólares y en tercer lugar Colombia con 222,2 dólares. Este comportamiento ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de morbilidad, presentándose también como el principal elemento de riesgo en las Américas, y como segundo factor de peligro en Europa; esto incluso, con el hecho de que haber consumido alcohol alguna vez no indica que este comportamiento persista, como lo demuestran las cifras, señalando que aproximadamente el 41% de la población no consume alcohol, un porcentaje alto en comparación con la proporción de personas que ha tomado alguna vez (García, López, y Quiles, 2006).

Hablando acerca de Colombia, se puede anotar que la prevalencia de la ingesta de alcohol es de un 90%, lo que, comparado con otros países, es mucho mayor (Torres, 1999 citado en Herrán, Ardila 2005). En cuanto al no consumo de alcohol un 4,2% de la población colombiana entre los 18 y 65 años asegura no haber consumido alcohol, en el mundo los abstemios constituyen casi el 16% de los habitantes (Sojo, 2012). En lo que corresponde a las regiones en Colombia en Antioquia y la región Caribe se observa el mayor consumo de alcohol en el país, con 8,6 litros de alcohol per cápita al año. Segundo de la zona Oriental con 6,5 litros y Bogotá con 5,5 litro. La región Andina es donde menos se ve la ingesta de alcohol con 4 litros (Silva, 2012).

El consumo de Alcohol según género y edad en Colombia

Género

Según diversos estudios se puede notar diferencias importantes; la ingesta de alcohol en los hombres es mayor que en las mujeres, con una diferencia significativa, aproximadamente de 27%; a pesar de ello, este porcentaje casi se iguala con el paso del tiempo, puesto que en el transcurso de este se pueden aumentar los niveles tanto en hombres como en mujeres. En los últimos 4 años

este comportamiento ha subido en un 7.5% entre ambos géneros, aunque un poco más en los hombres (Góngora, Leyva, 2005); por cada mujer que ingiere alcohol hay más o menos un 1.71 de hombre (Ferry y otros, citado en Rodríguez y otros, 2009). En un estudio realizado con estudiantes de la Universidad de Antioquia se encontró que el consumo riesgoso o perjudicial fue mayor en hombres que en mujeres, con casi 10 puntos porcentuales de diferencia. De igual forma, los signos de dependencia son mayores en éste grupo poblacional, estando presente en dos de cada 10 hombres y en una de cada 10 mujeres (Gonzales, Hernández y Mejía, 2013).

Otra diferencia importante en cuanto al consumo en mujeres y hombres puede ser que estas tienden a consumir más alcohol que los hombres en circunstancias en las que el consumo es moderado, por el contrario, la cantidad de alcohol ingerido disminuye en situaciones donde el consumo puede ser más fuerte lo que conlleva a que varíe y cambie drásticamente el porcentaje de ingesta (Londoño, García, Valencia, Vinaccia, 2005). Las mujeres tienden a tomar de 1 a 2 copas solamente, en cuanto a los hombres los resultados varían en la ingesta, consumiendo de 8 a 11 copas con una prevalencia de un 15% (Góngora, Leyva, 2005). Una investigación realizada con estudiantes de la Universidad de Sao Paulo se demostró que las mujeres beben dentro de los límites de bajo riesgo, mientras los hombres tienen ingestas mayores y presentan conductas riesgosas asociadas al consumo (Pillon, O'Brien y Chávez, 2005).

En cuanto al consumo de hombres y mujeres las cifras son similares, el consumo de bebidas alcohólicas en hombres de 81% y en las mujeres en un 59%. Los días que más se ingiere alcohol son mayormente los sábados con un porcentaje del 40,3% (Silva, 2012).

Edad

La edad y el inicio del consumo de alcohol son un problema alarmante de salud pública, se observa una disminución notable en relación con años anteriores, en donde decreció el rango promedio de edad en 10 años aproximadamente; anteriormente las personas mayores de 30 años eran los consumidores fuertes; actualmente, a los 19 años en promedio es donde se ve la más alta prevalencia de ingesta de alcohol, con cerca de 93% (Góngora, Leyva, 2005; Ferry y otros, citado en Rodríguez y otros, 2009).

En Colombia, el 20% de los adultos consumió alcohol cuando era menor de edad. El 80% de la incidencia del consumo de alcohol es entre los 18 y 24 años, como consumidores potenciales, seguido de las edades de los 25 y 34 años con un 74,2% (Sojo, 2012). En el presente, la edad promedio de la ingesta de alcohol se ubica entre las edades de 14 y 15 años, aunque otros resultados los postulan en edades más tempranas y más tardías alrededor de los 12 y 17 años (Cáceres, Salazar, Varela y Tovar, 2006; García, López, & Quiles, 2006). El consumo riesgoso o perjudicial fue mayor en los grupos de edad comprendidos entre los 21 y 24 años pero, como dato para resaltar, es el grupo entre los 21-22 años en donde se concentran los estudiantes que presentan síntomas de dependencia (Gonzales, Hernández y Mejía, 2013).

Consumo de Cigarrillo

El tabaquismo es el responsable de un importante número de fallecimientos anuales (Thun, Apicella y Henley, citado en Ceballos, Del Gordo, y Campo-Arias, 2006) aproximadamente mata a casi 6 millones de personas al año, donde 5 millones lo consumen o han consumido y alrededor de 600.000 son personas no fumadoras que están expuestas al humo ambiental, lo que se conoce como “fumadores pasivos”. Esta cifra podrá elevarse a más de ocho millones de muertes en el 2030, por lo cual la OMS la cataloga como un problema de salud pública. El tabaquismo representa una de cada 10 muertes en adultos, producida por una enfermedad relacionada con él. Alrededor del 80% de más de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países tercer mundistas, existiendo mayor carga de morbilidad y mortalidad asociada con esto (OMS, 2013). Una de las principales consecuencias que se encuentra del consumo del tabaco es que trasciende los daños a la salud individual y colectiva, sino que está también implica una carga económica, que involucra los costos de atención médica, como resultados de las enfermedades que esta causa, al igual que días de incapacidad, invalidez y los años de vida perdidos por posibles muertes prematura (Gonzales y Berger citados en Cogollo, Gómez y Campo, 2009). Una de las principales consecuencias que se encuentra del consumo del tabaco es trasciende los daños a la salud individual y colectiva, sino que está también implica una carga económica, que involucra los costos de atención médica, como resultados de las enfermedades que esta causa, al igual que días de incapacidad, invalidez y los años de vida perdidos por posibles muertes prematura (Gonzales y Berger citados en Cogollo, Gómez

y Campo, 2009); el consumo de cigarrillo es uno de los principales factores de riesgo para la salud y se encuentra entre las ocho principales causas de defunción en el mundo. Entretanto, el consumo de tabaco en España es percibido como un estilo de vida por 4 de cada 5 personas (Pfizer, 2010); y es responsable del 17% de las muertes en este país.

En Latinoamérica, según cifras de la OMS, fallecen más de 56 mil personas cada año por cáncer de pulmón, con un mayor número de defunciones en personas mayores de 55 años, a pesar de que la mayoría de consumidores son personas jóvenes; lo que puede indicar, tal vez, que los efectos del tabaquismo son más evidentes cuando estos consumidores llegan a su edad adulta, lo que dificulta y disminuye la efectividad de las campañas de prevención y educación en la lucha contra el tabaquismo, por lo que, se deben implementar campañas educativas más específicas, que tengan en cuenta algunos factores como la edad y el género, puesto que estudios han mostrado diferencias en el consumo tabáquico según el género y la edad (Calleja, 2010). Existe una expectativa en cuanto al futuro personal de la salud que no solo sepan tratar las enfermedades de sus pacientes, sino que estos sean ejemplos a seguir, debido a que el personal que consume sustancias como alcohol o son fumadores tienden a ser permisivos y menos inclinado a advertir a sus pacientes sobre el uso del cigarrillo y consumo de alcohol (Rodríguez y colaboradores; García y Noguera; Tessier y colaboradores; Richmond, Hughes y Beker citados en Rodríguez, Álvarez, Martínez, Carillo, Mejía, Valencia, Escobar y Marín, 2009).

El consumo del tabaco según género y edad en Colombia.

Género

En diversas investigaciones se observa diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al consumo de cigarrillo o tabaco. Por ejemplo, en el informe del Ministerio de salud, 2007 se observa que es mayor el consumo en hombres en comparación con mujeres con una diferencia del 12%, los hombres con 19,5% en comparación con un 7,4% en mujeres.

En la investigación realizada por Gonzales, Hernández y Mejía (2013) el 30.8% dijeron haber fumado un cigarrillo alguna vez en el último año, siendo mayor en los hombres que en las mujeres: 37.7% y 24.8%, respectivamente.

En el estudio realizado por el Observatorio de drogas de Colombia (2014) en cuanto al alguna vez en la vida haber fumado un cigarrillo el 42.1% dicho haberlo hecho, donde el 53.6% son hombres en comparación con un 31.2% de mujeres observando mayor consumo en hombres que en mujeres. De aproximadamente los tres millones de fumadores que tiene Colombia un 18.8% son hombre y un 7.4% mujeres, observándose mayor consumo en hombres.

Edad

Esta problemática, del consumo de tabaco, es un factor de interés para la creación de políticas de sanidad pública, que se dirijan a grupos importantes como los adolescentes, donde se inicia, y frecuentemente se experimenta por primer vez el consumo de tabaco (Terazón, Sánchez, citado en Rueda-Jaimes, Camacho, Rangel-Martínez, y Campo-Arias, 2009), teniendo en cuenta que con el transcurrir de los años ha pasado de 30 años a 21.7 años y en décadas más reciente ha disminuido hasta los 16.6 años, la incidencia en el consumo del tabaco (Sansores, Regalado, Giraldo, Prado, Aguilar, Rubio y otros, 2005 citado en Calleja, 2010). En la actualidad estas estadísticas han decaído en los adolescentes, ya que estos comienzan fumar por primera vez, en promedio, a los 13.7 años (Secretaría de Salud, 2008 citado en Calleja, 2010).

Se observa que cerca de cinco millones de personas fuman cigarrillo, es decir un 19% equivalente a los habitantes de Colombia, siendo esto una cifra alarmante debido a los problemas de salud pública y consecuencias que acarrea este mismo (Deckers, Silva, Gomez, & Báez, 2003). El inicio del consumo de cigarrillo en Colombia empieza en el periodo de la adolescencia y se nota el aumento de este hábito con el tiempo; en relación con los últimos 20 años ha aumentado considerablemente en hasta un 20% en comparación con estadísticas anteriores. Aquellos adolescentes que consumen cigarrillo son considerados como una población más propensa en un futuro para ser consumidores habituales (Navarro, Varga, Matinez, Padilla, Ruiz y Thorne, 2005). Por otra parte, la edad de inicio de los estudiantes de la Universidad de Antioquia fue de 15.6 años, siendo similar entre hombres y mujeres. El 50% de los estudiantes fumó por primera vez tabaco cuando tenía 15 años o menos. La mediana de la edad de inicio fue un año más en las mujeres con respecto a los hombres. Se observa, además, que un 25% de quienes ya han consumido

tabaco lo hicieron por primera vez a los 14 años o antes, y un 75% lo hizo por primera vez a los 17 años o antes (Gonzales, Hernández y Mejía, 2013).

La religiosidad como factor protector en el consumo de sustancias lícitas

La religiosidad es un hecho cultural, y va más allá de la forma individual de ejercerla, tiene una repercusión importante sobre la sociedad y el comportamiento colectivo (Ferre, Gerstenblüth y Ross, 2009). En lo que corresponde a la religión, se han encontrado en estudios que la alta religiosidad es un factor protector para el consumo de sustancias, entendida esta como la participación activa del individuo en rituales sagrados propios de su religión o grupo religioso del cual hace parte, por ejemplo: asistir a misas, grupos de oración, leer la biblia, etc. (Villanueva y Reyes, 2015). Los jóvenes consumidores de sustancias le restan importancia a la religión y la mayoría de las religiones promueven por lo general comportamientos saludables respaldados por el núcleo y los miembros del grupo religioso (Emmons y Paloutzian, 2003).

Es importante, además, revisar un factor que se encuentra relacionado de manera negativa con la ingesta de alcohol y el cigarrillo como lo es la religiosidad.

Según Milanesi y Aletti (1974) La religiosidad se enmarca dentro de la tentativa de dar un significado al hombre, al mundo y a la relación de los dos. La vivencia íntima y muy personal de cualquier relación con un ser superior; para algunos autores es sinónimo de espiritualidad (Peach, 2003). Para Marcos, Bahr y Johnson (1986), la religión debe incluirse en un modelo fortalecido del control social, un conjunto de investigaciones plantea que el compromiso religioso por si solo es capaz de reducir los comportamientos desviados y el uso de drogas, debido a que las personas religiosas se guían por sanciones conductuales derivadas de esta misma (Johnson, 2001). Los compromisos religiosos podrían proveer un tipo de significado a la vida haciendo el uso de drogas menos atractiva, al igual que los jóvenes que participan religiosamente tienden a vincularse con pares que presentan bajos niveles de consumo, como también tienen fuertes vínculos con la familia y la escuela lo cual a su vez es un factor protector y existe menor propensión

individual a tal conducta (Araos y Valenzuela, 2006). Ford y Kadushin, (2002), exponen que las personas que comparten un sistema de creencias y prácticas en especial los grupos religiosos se unen a una comunidad moral, la comunidad religiosa introduce al individuo dentro de una red de apoyo que lo protege de ciertas conductas tales como el consumo de alcohol o de sustancias ilícitas.

Generalmente, los individuos que profesan algún tipo de religión se ven menos implicados en comportamientos como el citado en el presente estudio, por ejemplo, se señala que los mas bajos indices de consumo de alcohol se encuentran en grupos evangelicos aunque esta cifra es triplicada por los catolicos, se puede observar que en las personas que no participan en ninguna religión es cuatro veces mayor el indice de ingesta de bebidas alcohólicas (Castro,Santos,Siqueira y Mota, 2006).Se dice que las personas que tienen hábitos y participaciones religiosas activas, mostraron consumir en menor cantidad cigarrillo en comparación con las personas que dicen pertenecer a una religión pero que no tienen participación activa de esta misma (Zuzulich y otros, 2010).

Estructura del estudio

La relevancia de indagar sobre la dependencia del alcohol y el cigarrillo, es que son consideradas las drogas lícitas más consumidas por los estudiantes, las cuales les acarrear mayores problemas familiares, riesgos sociales y de salud a estos, en la región caribe existen poca investigación con respecto a este fenómeno el cual es considerado como problema de salud pública.

Población y Muestra

Para el desarrollo de este estudio la población estuvo compuesta por 2 017 estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta, de la cual se seleccionara una muestra estratificada por la variable género y programa académico, con ajuste de finitud de 323 estudiantes, en donde el 48.9% eran mujeres y 51.9 % hombres, en cuanto la edad los menores de 17 años encontramos el 23.2%, en edades entre los 20-21 el 48.3% y mayores de 22 el 28.5% y en cuanto a la religión encontramos que

50.5% son católicos, el 28.5% hacen parte de otros grupos religiosos y el 21.1% no profesan (Tabla 3).

Tabla 3. Caracterización Sociodemográfica

Variable	Categoría	Frecuencia	%
Sexo	Femenino	158	48.9
	Masculino	165	51.1
Edad	<= 19	75	23.2
	20 – 21	156	48.3
	22+	92	28.5
Religión	Católico	163	50.5
	Otras religiones	92	28.5
	No profesa	68	21.1

Fuente: Elaboración propia.

Instrumentos de recolección de información

Dependencia alcohol: con el objetivo de evaluar la dependencia hacia el alcohol se utilizó el Test de Audit, es un cuestionario sencillo compuesto por 10 ítems que exploran cantidad y frecuencia de consumo, conductas dependientes y problemas relacionados con el alcohol, los cuales obtuvieron en su mayoría niveles altos de consistencia interna (Véase tabla 4). Su elaboración fue solicitada en 1982 por la OMS a un grupo internacional de investigadores, quienes realizaron un estudio en seis países para seleccionar los ítems de otros test de screening (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México, y EEUU). Ejemplo de ítems: ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente los días que bebes?.

Tabla 4. Alfa de Cronbach de dependencia al alcohol.

Estadísticos de fiabilidad Test de Audit	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.806	10

Fuente: Elaboración propia

Dependencia hacia el cigarrillo: Para evaluar la dependencia hacia el cigarrillo se utilizó el test de Fagerström de Heatherton, Kozlowski, Frecker *et al.* (1991) validado por Becoña y Vázquez (1998). Villarreal-González (2009) realizó una adaptación en la codificación del instrumento ya que la versión original está dirigida exclusivamente a fumadores y no a población abierta por lo que se agregó a todos los ítems una opción de 0 para diferenciar a los sujetos consumidores de los no consumidores por lo que las puntuaciones oscilan entre 0 a 10, los cuales obtuvieron en su mayoría niveles altos de consistencia interna (Véase tabla 5). Se trata de un cuestionario autoadministrado, diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. Es un cuestionario de 6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica. Ejemplo de ítems: ¿Fuma más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?.

Tabla 6. Alfa de Cronbach del cuestionario de Francis de religiosidad

Estadísticos de fiabilidad cuestionario Francis	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.949	5

Fuente: Elaboración propia

Principales hallazgos y conclusiones

De los resultados obtenidos en esta investigación se encontró que el 87.6% de los estudiantes no posee problemas con el consumo de alcohol, que el 9.9% se encuentra en riesgo, solo el 1.9% se encuentra en consumo perjudicial y solo el 0.6% tienen dependencia al alcohol, en una investigación realizada por Rodríguez, Álvarez, Martínez, Carillo, Mejía, Valencia, Escobar y Marín, 2009 se encontraron datos parecidos en donde el 92% de los alumnos no se encuentran en riesgo de alcoholismo mientras que el 8% restante tiene un riesgo alto. En cuanto al sexo se observó que los hombres con un 9.6% y las mujeres con un 6.3% se encontraban en riesgo alto de alcoholismo, lo cual se corrobora con la investigación Rodríguez, Álvarez, Martínez, Carillo, Mejía, Valencia, Escobar y Marín (2009) hallaron que el 92.6% de los estudiantes de la facultad de Ciencias de Salud consumen alcohol.

En cuanto al consumo de cigarrillo, se encontró que el 92.9% de los estudiantes no consumen cigarrillo, el 5% muestran una dependencia baja al consumo de este mismo, el 1.5% dependencia moderada y el 0.6% tienen dependencia alta al cigarrillo, sin embargo, Rodríguez y colaboradores, 2003 encontraron que la prevalencia anual de consumo de tabaco en estudiantes de Ciencias de la Salud es de un 16.6%.

Tabla 7. Nivel de dependencia hacia el alcohol y cigarrillo, por programa.

Recuento		Dependencia cigarrillo							
		Ausencia		Dependencia baja		Dependencia Moderada		Dependencia alta	
		%	Re-cuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento
Programa	Psicología	110	92.4	9	7.6	0	.0	0	.0
	Medicina	80	97.6	1	1.2	0	.0	1	1.2
	Enfermería	48	94.1	2	3.9	0	.0	1	2.0
	Odontología	62	87.3	4	5.6	5	7.0	0	.0
	Total	300	92.9	16	5.0	5	1.5	2	0.6

Dependencia Alcohol									
Recuento		No tiene problemas de alcohol		Consumo de riesgo		Consumo per-judicial		Depen-dencia	
		%	Re-cuento	%	Recuento	%	Recuen-to	%	
Programa	Psicología	99	83.2	16	13.4	2	1.7	2	1.7
	Medicina	77	93.9	5	6.1	0	.0	0	.0
	Enfermería	45	88.2	3	5.9	3	5.9	0	.0
	Odontología	62	87.3	8	11.3	1	1.4	0	.0
	Total	283	87.6	32	9.9	6	1.9	2	.6

Fuente: elaboración propia.

En lo que respecta a la religiosidad se encontró que los estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud tienen una alta religiosidad (puntuaciones mayores a 18) un 75.5%, contrastando lo que se encontró en otras investigaciones donde los estudiantes universitarios un 56% de estos presenta una alta religiosidad (Ceballos, Romero y Carrascal).

Tabla 8. Nivel de religiosidad, por programa.

Recuento		Nivel religiosidad					
		Religiosidad Baja		Religiosidad Moderada		Religiosidad Alta	
		%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento
Programa	Psicología	15	12.6	20	16.8	84	70.6
	Medicina	6	7.3	13	15.9	63	76.8
	Enfermería	7	13.7	5	9.8	39	76.5
	Odontología	3	4.2	10	14.1	58	81.7
	Total	31	9.6	48	14.9	244	75.5

Fuente: elaboración propia.

El ítem de si ha consumido alguna vez cigarrillo se encontró que el 7.7% había consumido alguna vez, cuya edad promedio de inicio fue a los 16 años, contrastando que en la actualidad estas estadísticas han decaído en los adolescentes, ya que estos comienzan fumar por primera vez, en promedio, a los 13.7 años (Secretaría de Salud, 2008 citado en Calleja, 2010). En relación al consumo de alcohol, el 88.2% ha consumido alguna vez y la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 15 años, resultados parecidos se encontraron en la investigación de Cáceres, Salazar, Varela y Tovar (2006); García, López, y Quiles, (2006) donde la media de ingesta de alcohol se ubica entre las edades de 14 y 15 años, aunque otros resultados los postulan en edades más tempranas y más tardías alrededor de los 12 y 17 años.

La variable el sexo tiene una asociación con la dependencia al cigarrillo, donde los hombres tienden a consumir más cigarrillo pero su dependencia a esta sustancia es más baja, en comparación con las mujeres quienes tienden a consumir menos cigarrillo pero presentan niveles más altos de dependencia, corroboramos que el consumo es mayor en los hombres que en las mujeres pero no es dos veces mayor el consumo en mujeres, pero cabe destacar que el consumo de cigarrillo en las mujeres va en aumento, lo cual se ve reflejado en que estas muestran dependencia más alta, en comparación que los hombres (Migadaly, 2010). En esta investigación se encontró que la variable de sexo no tiene una asociación con la dependencia al alcohol de la facultad de Ciencias de la Salud, contrastando con los resultados obtenidos con la investigación realizada por Góngora y Leyva (2005) quienes, si encontraron que en los hombres es mayor el consumo que en las mujeres, con una diferencia significativa, aproximadamente de 27%. En estudiantes de la Universidad de Sao Paulo se expuso que las mujeres beben dentro de los límites de bajo riesgo, mientras los hombres tienen ingestas mayores y presentan conductas riesgosas asociadas al consumo (Pillon, O'Brien y Chávez, 2005).

Tabla 9. Relación dependencia cigarrillo y alcohol con sexo.

Dependencia cigarrillo	Sexo						Pruebas de chi-cuadrado	
	Masculino		Femenino		Total		gl	Sig.
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Ausencia	144	91.10%	156	94.50%	300	92.90%	3	0.016
Dependencia baja	13	8.20%	3	1.80%	16	5%		
Dependencia Moderada	1	0.60%	4	2.40%	5	1.50%		
Dependencia alta	0	0%	2	1.20%	2	0.60%		
Total	158	100%	165	100%	323	100%		
Dependencia alcohol	Sexo						Pruebas de chi-cuadrado	
	Masculino		Femenino		Total		gl	Sig.
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Ausencia	135	85.40%	148	89.70%	283	87.60%	3	0.356
Dependencia baja	17	10.80%	15	9.10%	32	9.90%		
Dependencia Moderada	4	2.50%	2	1.20%	6	1.90%		
Dependencia alta	2	1.30%	0	0%	2	0.60%		
Total	158	100%	165	100%	323	100%		
a. 4 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .98.								

Fuente: elaboración propia.

La variable práctica de religión activa tiene una asociación con la dependencia al cigarrillo y al alcohol, contrastando con el estudio realizado por Zuzulich y otros (2010) se evidencio también que aquellas personas que tiene hábitos y una participación activa son consumidores en menor cantidad de cigarrillo en comparación con aquella que no tienen participación activa de la misma.

Tabla 10. Relación entre dependencia cigarrillo y alcohol con practica religión.

		¿Practica usted activamente su religión?				Pruebas de chi-cuadrado	
		Si		No			
		Recuento	%	Re-cuento	%	gl	sig
Dependencia alcohol	No tiene problemas de alcohol	103	36.4%	180	63.6%		
	Consumo de riesgo	6	18.8%	26	81.3%	3	0.042
	Consumo perjudicial	0	.0%	6	100%		
	Dependencia	0	.0%	2	100%		
		¿Practica usted activamente su religión?				Pruebas de chi-cuadrado	
		Si		No			
		Recuento	%	Re-cuento	%		
Dependencia cigarrillo	Ausencia	108	36.0%	192	64.0%		
	Dependencia baja	0	.0%	16	100%	3	0.016

		¿Practica usted activamente su religión?				Pruebas de chi-cuadrado	
		Sí		No		gl	sig
		Recuento	%	Re-cuento	%		
Dependencia alcohol	No tiene problemas de alcohol	103	36.4%	180	63.6%		
	Consumo de riesgo	6	18.8%	26	81.3%	3	0.042
	Consumo perjudicial	0	.0%	6	100%		
	Dependencia Moderada	1	20.0%	4	80.0%		
	Dependencia alta	0	.0%	2	100%		

Alcohol y Cigarrillo

4 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .67.

Fuente: elaboración propia.

La variable edad no tiene una asociación con la dependencia al cigarrillo, lo cual contrasta con la investigación realizada por Acartürk, Nierkens, Agyemang & Stronks, (2011), donde se encontró que la edad si tiene una asociación con la dependencia al cigarrillo donde los adultos jóvenes pasan de ser fumadores ocasionales a regulares, conducta que posiblemente se establece durante este periodo.

Tabla 11. Relación nivel de dependencia cigarrillo y alcohol con edad

			Edad				Pruebas de chi-cuadrado	
			<= 19	20 - 21	22+	Total	gl	Sig.
Dependencia cigarrillo	Ausencia	Re-cuento	72 (96%)	144 (92.3%)	84 (91.3%)	300 (92.9%)	6	6.99
	Dep. baja	Re-cuento	2 (2.7%)	8 (5.1%)	6 (6.5%)	16 (5%)		
	Dep. Moderada	Re-cuento	1 (1.3%)	2 (1.3%)	2 (2.2%)	5 (1.5%)		
	Dep. alta	Re-cuento	0 (0%)	2 (1.3%)	0 (0%)	2 (.6%)		
Total		Re-cuento	75 (100%)	156 (100%)	92 (100%)	323 (100%)		

			Edad				Pruebas de chi-cuadrado	
			<= 19	20 - 21	22+	Total	gl	Sig.
Dependencia alcohol	No tiene problemas de alcohol	Re-cuento	70 (93.3%)	138 (88.5%)	75 (81.5%)	283 (87.6%)	6	0.413
	Consumo de riesgo	Re-cuento	4 (5.3%)	15 (9.6%)	13 (14.1%)	32 (9.9%)		
	Consumo perjudicial	Re-cuento	1 (1.3%)	2 (1.38%)	3 (3.3%)	6 (1.9%)		
	Dependencia	Re-cuento	0 (.0%)	1 (.6%)	1 (1.1%)	2 (.6%)		
Total		Re-cuento	75 (100%)	156 (100%)	92 (100%)	323 (100%)		

a.6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .46...a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .46.

Fuente: elaboración propia.

Utilizando el estadístico Tau_b de Kendall, se encontró una correlación significativa entre la dependencia al alcohol y el cigarrillo muy baja, lo cual si se encontró en otras investigaciones como la realizada por la OMS, 2008 en donde La ingesta de alcohol, en muchas ocasiones, aparece concomitante con el consumo de cigarrillo y en cuanto a la práctica se dice que las personas que tienen hábitos y participaciones religiosas activas, mostraron consumir en menor cantidad cigarrillo y de alcohol, en comparación con las personas que dicen pertenecer a una religión (Castro, Santos, Siqueira y Mota, 2006 y Zuzulich y otros, 2010). En esta investigación se encontraron los mismos resultados, pero las correlaciones son fueron tan significativas, como las dadas por las anteriores investigaciones se encontró una correlación no significativa entre la dependencia al alcohol y el cigarrillo lo cual, si se encontró en otras investigaciones como la realizada por la OMS, 2008 en donde La ingesta de alcohol, en muchas ocasiones, aparece concomitante con el consumo de cigarrillo.

Tabla 12. Correlación entre dependencia alcohol, dependencia cigarrillo y nivel de religiosidad.

Correlaciones			Nivel religiosidad	Dependencia cigarrillo	Dependencia alcohol	
Tau_b de Kendall	Nivel religiosidad	Coefficiente de correlación	1.000	-.219**	-.154**	
		Sig. (bilateral)	.	.000	.004	
		N	323	323	323	
	Dependencia cigarrillo	Coefficiente de correlación	-.219**	1.000	.327**	
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000	
		N	323	323	323	
	Dependencia alcohol	Coefficiente de correlación	-.154**	.327**	1.000	
		Sig. (bilateral)	.004	.000	.	
		N	323	323	323	
	**. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).					

Fuente: elaboración propia.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2003) *DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Acartürk, C., Nierkens, V., Agyemang, C. & Stronks, K. (2011). Depressive symptoms and smoking among young Turkish and Moroccan ethnic minority groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 5, 1-22. Doi: 10.1186/1747-597X-6-5.
- Araos, C. y Valenzuela, E. (2006) Comportamiento de riesgo en adolescentes chilenos, ¿Es la religión un protector universal?.
- Báez, D., Deckers, M., Silva, L. y Gómez, J. (2003). Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillos en la pontificia Universidad Javeriana. *Universitas Psychologica*, 2,1, 89-93.
- Babor, T. y Higgins-Biddle, J. (2001) Intervención breve Para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol: Un manual para la utilización en Atención Primaria. *Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud mental y dependencia de sustancias*. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas psychologica*. 5 (3),521-534.
- Calleja, N. (2010). Estrategias efectivas en la prevención del tabaquismo. *Revista médica del hospital general de México*, 73 (2), 129-139.
- Castro, T., Santos, P., Siqueira, J. y Mota, T. (2006) Uso de bebida alcohólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde - juiz de fora, mg, brasil – 2006. *SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*. 4 (2), 1-17.
- Ceballos, G., Del Gordo, R. y Campo-Arias, A. (2006). Factores asociados al consumo diario de cigarrillo en estudiantes de medicina de Santa Marta, Colombia. *Revista de la facultad nacional de salud pública*, 24 (1), 79-83.
- Cogollo, Z., Gómez, E. y Campo, A. (2009). Consumo de cigarrillo entre estudiantes de Cartagena, Colombia: factores familiares asociados. *Revista facultad nacional de salud pública*. 27, (3), 259-263
- Deckers, M., Silva, L., Gomez, R. y Báez, D. (2003). Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillo en la Pontificia Universidad Javeriana. *Universitas psychologica*, 2 (1), 89-94.
- Díaz-Martínez, L. y Campo-Arias, A. (2010). Consumo y abandono del cigarrillo en personas con y sin enfermedad conocida de Bucaramanga, Colombia. *Archivos de Medicina*, 10 (2), 101-109.
- Emmons, R. y Paloutzian, R. (2003) the Psychology of Religion. *Annu Rev Psychol*. 54 (1), 377-402.

- Franco, M. y Giner, J. (2008) Síndrome de dependencia al alcohol. *Jano: Medicina y humanidades*, (1714) 73 -76.
- Fabelo, M., Mayo, J., Fabelo, J. E Iglesias, S. (2014) Factores de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de Medicina. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 11(1).
- Ferre, Z., Gerstenblüth, M. y Ross, M. (2009) Religión y religiosidad en Uruguay. Chile. Universidad de la Republica. *Cuadernos del CLAEH*, 32 (99), 19-34.
- Ford, J. y Kadushin, C. (2002) between social belief and moral community. A multidimensional approach to the relationship beetwen religion and alcohol among whales and blacks. *Sociological forum*, 17 (2), 255 – 279.
- García, J., López, C. y Quiles, M. (2006). Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de alicante. *Health and addictions*, 6 (2),153-154.
- Góngora, J. y Leyva, M. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El cotidiano*, 20 (132), 84-91.
- Gonzales, A., Hernández, E. y Mejía, J. (2013) II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Comunidad Andina de Naciones (CAN): informe Universidad de Antioquia, 2003. Proyecto PRADICAN (Programa Antidrogas Ilícitas de la Comunidad Andina).
- Herrán, O. y Ardila, M. (2005). Consumo de alcohol, riesgo de alcoholismo y alcoholismo en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombia Médica*, 36 (3), 158-167.
- Huescar, E., Cervello, E., Llamas, L. y Moreno, J. (2011). Conductas de consumo de alcohol y tabaco y su relación con los hábitos saludables en adolescentes. *Psicología conductual*, 19 (3), 523-540.
- Johnson, B. (2001) A better kind of high: How religious commitment reduces Drug we among poor urban teens. Centers for research and urban civil society, University of Pennsylvania.
- Jiménez, L., Bascaran, M., García-Portilla, M., Saiz, P., Bousoño, M. y Bobes, J. (2004) La nicotina como droga. *Adicciones*. 16(2), 143-153.
- Jiménez, T. (2002). Adicción a la nicotina y principios éticos. *Prevención del tabaquismo* , 4 (2),82-85.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S. y Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios Colombianos. *Anales de psicología*, 21 (2), 259-267.
- López, M., Villar, M. y Gherardi, E. (2011) Consumo de drogas ilícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. (19) 707-713. ISSN 0104-1169.
- Mantilla, S., Villamizar, C. y Peltzer, K. (2016) Consumo de alcohol, tabaquismo y características sociodemográficas en estudiantes universitarios. *Rev Univ. salud*; 18 (1):7-15

- Marcos, A., Bahr, S. y Johnson, R. (1986) Test of bonding/ association theory of adolescent drug use. *Social Force*. 65 (1), 135-161.
- Mazkarian, N. (2008). *El alcoholismo causa al año en el mundo 2,3 millones de muertes*. Recuperado el 15 de marzo de 2011, de Drogomedia: <http://www.drogomedia.com/hemeroteca/archivos/200806082.pdf>
- Milanesi, G. y Aletti, M. (1974). *Psicología de la religión*. Madrid: Ediciones Don Bosco.
- Migadaly, P. (2010). La OMS dedica a las mujeres el Día Mundial sin Tabaco. Extraído desde <http://www.suite101.net/content/genero-y-tabaco-a16737>
- Ministerio de Salud (2007) Socialización del informe final de evaluación de necesidades para la ampliación del Convenio Marco de Control del Tabaco. Cifras oficiales para Colombia. Extraído desde: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/General/Cifras-tabaco-Colombia.pdf>
- Navarrete, L. (2001). El consumo de alcohol en establecimientos ubicados dentro de establecimientos universitarios. Estudio comparado en Madrid y Galicia. Extraído desde: www.pnsd.msc.escategoria2publica-pdf-ju.
- Navarro, E., Varga, R., Matinez, R., Padilla, B., Ruiz, D. y Thorne, B. (2005). Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 21, 3 - 14.
- Observatorio de drogas de Colombia (2014) Estudio Nacional de sustancias psicoactivas 2013. Extraído desde: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
- OMS. (2008). *Who*. Extraído desde: <http://www.who.int/tobacco/es/index.html>.
- OMS (2013) Una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y pobreza. Extraído desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/index.html>
- OMS (2014) Global status report on alcohol and health 2014. Extraído desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
- Peach, H. (2003) Religion, spirituality and health: how should Australians medical professionals respond? *Medical journal of Australia*, 178 (2), 86-8
- Pfizer. (2010). La adicción al tabaco es una grave enfermedad, no un hábito social. Extraído desde: <http://www.pmfarma.es/noticias/12168-la-adiccion-al-tabaco-es-una-grave-enfermedad-no-un-habito-social.html>
- Pillon S, O'brien B, Chávez K. (2005) the relationship between drugs use and risk behaviours in Brazilian university students. *Rev Latinoam Enfermagem*; (13), 1169-1176.
- Ribera, M. y Villar, M. (2005). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de La Paz - Bolivia 2003. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13 (9), 880-887.

- Rodríguez, I., Castillo, I., Torres, D., Jiménez, Y. y Zurita, D. (2004). Alcoholismo y adolescencia, tendencias actuales. *Revista cubana militar*, 33 (3),38-64.
- Rodríguez, M., Álvarez, M., Martínez, L., Carillo, D., Mejía, S., Valencia, A., Escobar, M. y Marín, M. (2009). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de pregrado de una universidad de Medellín, 2007. *Investigación y educación en enfermería*. 17 (1), 60-68.
- Rueda-Jaimes, G., Camacho,P., Rangel-Martínez,A.y Campo-Arias, A. (2009). Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de tabaco en estudiantes adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría* , 38,4,669-680.
- Salazar, I. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de psicología* , nd,13,79-80.
- Sepúlveda, J., Roa, J. & Muñoz, M. (2011). Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *Revista médica de Chile*, 139(7), 856-863.
- Silva, S. (2012, diciembre 1). Colombia, tercero en consumo de alcohol. *El espectador*
- Simonovis, N., Romano, P., Delgado, P., Pulido, P. y Llatas, I. (2007). Salud y alcoholismo en el municipio de Baruta: Un estudio epidemiológico. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica* , 26 (1), 49-61.
- Sojo, C (2012) Patrones de Consumo de Alcohol en América Latina: Análisis comparado de 9 países. Extraído desde: http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION_UNPAN/BOL_JUNIO_2012_51/FLACSO/carlos_sojo.pdf
- Villanueva, M. y Reyes, I. (2015) Orientación Religiosa, Identidad Grupal y Religiosidad como Predictores del Fundamentalismo Religioso. *Act de investigation psychological*. 5 (2), 1984 – 1995.
- World Health Organization (1994) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research, World Health Organization, Geneva.
- Zuzulich, M., Cabieses, B., Pedrals, N., Contreras, L., Martínez, D., Muñoz, M. y otros. (2010). Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 232-239.

Capítulo 7

El suicidio en la adolescencia: una aproximación desde el apego y la regulación emocional



Yuly Suárez Colorado ^(a)

a) Psicóloga, Universidad del Magdalena (Colombia), Magíster en Psicología, Universidad del Norte (Colombia). Investigadora adscrita al grupo de investigación Psicología y Salud, Universidad del Magdalena (Colombia).

Sinopsis del capítulo

La comprensión del suicidio ha sido difusa por su configuración multifactorial, especialmente en la adolescencia, una etapa crucial del desarrollo humano por los cambios biopsicosociales que allí se producen. Comprender las diferentes manifestaciones de la conducta suicida a través de los factores tempranos -como el apego y la regulación emocional- arroja luces sobre la importancia del vínculo afectivo con los padres y la forma que se realiza la gestión emocional para la existencia. La prevención del suicidio podría direccionarse desde el fortalecimiento de los vínculos afectivos en la infancia-adolescencia, y la educación en el uso de estrategias de regulación emocional efectivas, que contribuyan a la exploración segura del mundo, a las relaciones sociales sanas, y a una mejor salud mental de los adolescentes.

Cómo citar este capítulo: Suárez, Y. (2018). El suicidio en la adolescencia: una aproximación desde el apego y la regulación emocional. En: A. D. Marengo-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 178-207). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

1. El Suicidio

1.1 La violencia dirigida a sí mismo

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud-OMS (1996), la violencia es el uso premeditado e indiscriminado de la fuerza física o el poder, de forma amenazante o accionar, contra sí mismo, contra otra persona o contra una comunidad, es decir, es el uso del poder intencional ocasionando altas probabilidades de lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Existe un amplio espectro de tipologías al interior del concepto violencia, sin embargo, resaltamos la clasificación mundial según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva (OMS, 2002). Ver figura 1. Específicamente, nos centraremos en la violencia dirigida a sí mismo, el suicidio, un acto en donde el individuo causa su muerte con variable letalidad intencionalidad de morir, cualquiera sea el grado de letalidad letal (OMS, 1976). Para Durkheim (1987), el suicido es la muerte medita o inmediata producto de un acto valorado como positivo o negativo pero que finalmente es realizado por la propia víctima.

La complejidad de esta conducta se hace visible en las siguientes manifestaciones: la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Esta manifestación no es escalar, no es lineal y sucesiva, el nivel de riesgo puede conducir inmediatamente a una intencionalidad y ejecución del acto (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). Estas formas de conducta suicida también son útiles para identificar la severidad de acuerdo con la naturaleza de su manifestación, desde las ideas de la muerte como descanso, deseos de muerte, ideación suicida y amenazas hasta la conducta en ascenso desde gestos, tentativas de suicidio y suicidio consumado (Boergers, Spirito & Donaldson, 1998).

1.2 El suicidio en la adolescencia

Por otra parte, es un problema presente en todas las etapas del desarrollo humano, es una realidad en la adolescencia temprana (10-14 años de edad), mientras que el suicidio es inusual antes de los 12 años, sin embargo, algunos países registran casos en este rango, así como en la adolescencia intermedia

(15 a 19 años de edad) (OMS, 2001). Respecto al género en adolescentes, el suicidio se presenta en mayor frecuencia en varones, aunque los intentos se duplican y triplican con mujeres; esta diferencia de género se ha explicado por la poca expresión y búsqueda de ayuda ante la adversidad de los varones, aun cuando son las mujeres quienes padecen de mayor depresión, pero se adhieren a su red de apoyo social (OMS, 2001).

Es importante destacar que estimar los pensamientos suicidas exclusivamente a la psicopatología no debe ser una constante. De acuerdo a McGoldricj (1983), los pensamientos suicidas ocasionales no son anormales, teniendo como base los procesos para la búsqueda del sentido de la vida y la comprensión de la muerte, especialmente en etapas como la infancia y adolescencia; sin embargo, es indispensable en estas etapas del desarrollo humano que cualquier cuestionamiento acerca de la vida y la muerte sean dialogados con un orientador. Para McKey, Jones y Barbe (1983), la normalidad de los pensamientos suicidas en niños y adolescentes surge cuando su consolidación se considera como única salida para sus dificultades. En este punto, se manifiesta un serio riesgo e intencionalidad de suicidio.

La comprensión del suicidio se apoya desde un modelo multifactorial, en donde las condiciones sociales y económicas contextuales y las características evolutivas o del desarrollo humano como en el caso de la adolescencia originan riesgo. Precisamente la adolescencia es una etapa evolutiva de vulnerabilidad, teniendo en cuenta el aumento de demandas, inmadurez e inexperiencia que propician estados de angustia, soledad y frustración, el estado disfuncional de las familias, dificultades académicas, las condiciones económicas y desarraigo cultural, entre otras situaciones adversas. El adolescente inicia a elaborar sus propios códigos de conducta, desarrolla el pensamiento formal, modifica su rol, y consolida su identidad sexual y personalidad. Pero además de estos cambios psicológicos y sociales, el adolescente se enfrenta a cambios biológicos (Cortes, 2014).

De este modo, es necesario el trabajo de prevención y promoción, aún más cuando en adolescentes la mortalidad se incrementa con la edad (Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez & Durán, 2012). En este punto es indispensable reconocer los factores de riesgo y protección para el trabajo con la población.

El grupo de factores de riesgos para el suicidio en esta etapa evolutiva pueden ser clasificados teniendo en cuenta la naturaleza del agente de riesgo: socio-demográficos, biológicos y socio-ambientales. Aunque el suicidio en el adolescente está delimitado generalmente a producirse por la impulsividad e irreflexión (Pérez, 2010), existe una expresión multifactorial. A continuación se agrupan los factores de riesgo según diversos autores (Cabrera & Álvarez, 2009; Ceballos, 2004; Cervantes & Melo, 2008; Cyprien et al., 2011; Herrera, 1999; Laferté & Laferté, 2000; Pascual, Villena, Rayo, Téllez & López, 2005; Pérez, 2012; Okusaga, Duncan, Langenberg, Brundin, Fuchs, Groer, Giegling, Stearns Yoder, Hartmann, Okusaga et al., 2016; Konte, Friedl, Brenner, Lowry, Rujescu, & Postolache 2016; Suárez-Colorado, 2012).

Socio demográfico. Adolescencia, soltería, o vivir en unión libre, desempleo, bajo nivel en educación, bajo nivel socioeconómico, grupos inmigrantes indígenas, orientación sexual.

Ambientales y sociales. Antecedentes suicidas en familiares o personas cercanas, pérdida de un ser querido, estrés o estresores psicosociales, familia conflictiva, inadecuadas pautas de crianza (permissividad, autoritarismo, agresividad), y otros problemas relacionados con la familia como las fugas frecuentes, deserción del hogar o problemas económicos, dificultades académicas/bajo rendimiento/ deserción escolar, fácil alcance a instrumentos o métodos para llevar a cabo el suicidio, el analfabetismo, crisis de autoridad, tiempo libre mal utilizado, riesgos sexuales como embarazos no deseados e infertilidad.

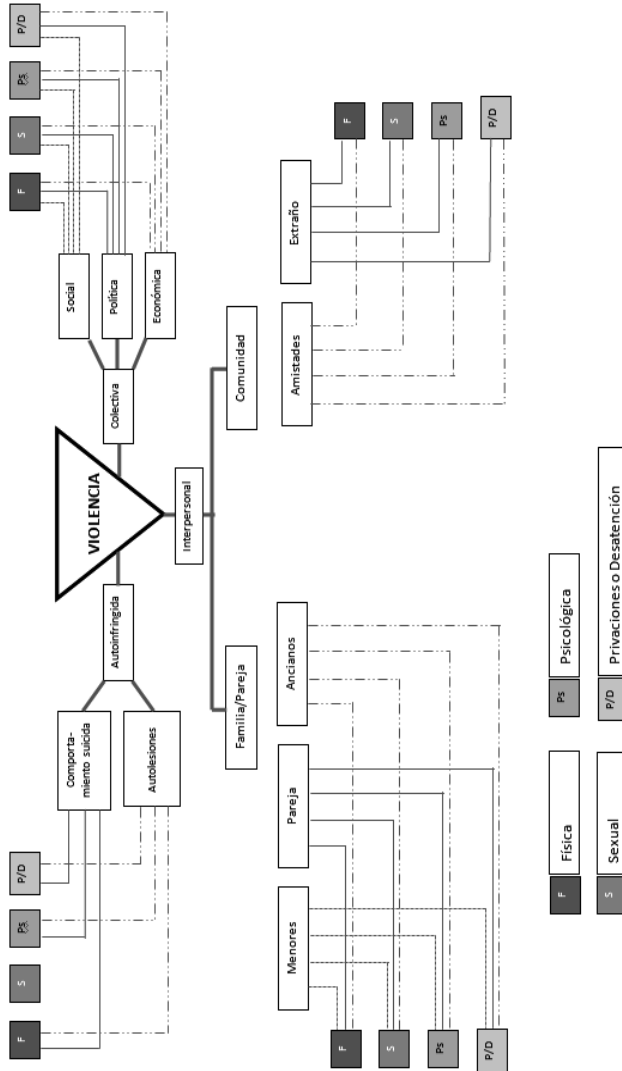
Cognitivas, patológicas y de personalidad. Estilos cognitivos y de personalidad (trastorno incipiente de la personalidad), poseer una enfermedad crónica (la diabetes, VIH, cáncer, etc.), hipertensión arterial, presencia de síntomas o enfermedad psiquiátrica (depresión, ansiedad, esquizofrenia, psicosis, intentos previos de suicidio), abuso de sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaco, tranquilizantes), desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia), inestabilidad emocional (irritabilidad, humor inestable), impulsividad, conducta antisocial, incapacidad de afrontamiento y resolución de problemas, malnutrición, alteraciones en el desarrollo puberal como menarquía precoz, la discapacidad o retardo

mental aislamiento, depresión, conductas delictivas y/o agresivas, lucha por su identidad.

Biológicos. Disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, toxoplasma gondi seropositivo, cuerpo calloso reducido.

En síntesis, existen circunstancias sociales, psicológicas, y biológicas que generan mayor vulnerabilidad y la psicología podría explicar por qué no todos los individuos bajo estas condiciones se precipitarían al suicidio (Durkheim, 1987). Al respecto, es imposible estimar un factor explicativo o determinante del fenómeno, sin embargo, es interesante una aproximación subyacente a todos los factores desde una perspectiva de factores tempranos en el desarrollo humano y recursos psicológicos. En este caso, se consideran al apego y la regulación emocional.

Figura 1. Clasificación de la violencia de acuerdo a la OMS (2002)



2. Apego

2.1 *La vinculación afectiva temprana: el apego de Bowlby*

En la investigación de las relaciones interpersonales se ha reconocido la relación con la madre u otro cuidador como la primera interacción vital en los seres humanos. El desarrollo de la teoría de apego se fundamenta principalmente en la existencia de un sistema conductual, en donde el organismo se relaciona con personas particularmente identificadas del entorno, en el que los límites se marcan conductualmente en lugar de fisiológicos (Pierucci, Kristel & Pinzón, 2003).

El concepto apego propuesto por Bowlby (1989), concibe al apego como la forma de conducta que tiene como fin el logro o conservación de la proximidad con otro individuo, el cual es reconocido como más capacitado para enfrentarse al mundo. Del mismo modo se conceptúa como un sistema comportamental innato activado en situaciones amenazantes con el fin de recuperar el bienestar a través del apoyo, cuidado y protección del cuidador (Hoffer, 2006). Este tipo de sistema en las relaciones de apego permite comprender el origen y mantenimiento de las relaciones próxima, desarrollo de la personalidad y de indicadores psicopatológicos (Lecannelier, 2006). Otros autores señalan que el apego tiene gran acentuación biológica, de este modo es una necesidad biológica para la búsqueda de protección por alguien considerado capaz y fuerte (Bowlby, 1989). También es considerado como un proceso del desarrollo relacionado con la evolución de la historia de apego de cada individuo (Bartholomew, 1990; Hazan & Shaver, 1987).

El apego conforma un sistema de regulación entre cuidador e infante en donde es indispensable la presencia y disponibilidad del cuidador. Las experiencias repetidas positivas, negativas o positivas-negativas producen en el infante representaciones mentales a cerca de la naturalidad de la relación con la figura de apego e incluso representaciones acerca de la propia existencia (Sroufe, 2003). Esta interacción entre infante y cuidador establece modelos operantes internos que determinan las expectativas del infante sobre sí mismo y los demás, posibilitando la anticipación, interpretación y respuesta conductual a sus figuras de apego. Los modelos operantes internos integrarían

experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales (Bowlby, 1980). Teniendo en cuenta lo anterior, los modelos operantes permiten que las relaciones tempranas de apego influyeran la capacidad para regular el estrés, atención y la función mentalizadora e incluso, una mayor o menor psicopatología (Fonagy & Target, 2002).

En la investigación del apego Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), realizó un experimento llamado “la situación del extraño” en el cual se evaluaron las interacciones entre infante y padres ante un adulto desconocido. A partir de este ensayo se identificaron tres estilos de apego, basados en tres estilos de respuestas ante una situación amenazante:

Apego seguro. Expresión adecuada de angustia ante el retiro del cuidador, posteriormente comportamiento positivo y reconfortante ante el regreso del cuidador. Bebés con apego seguro presentan conductas de exploración activa en una situación extraña. El apego seguro se manifiesta en las interacciones entre infante-cuidador bajo características como calidez, confianza y seguridad. La investigación en adolescentes ha revelado que los pares perciben menor ansiedad, índices más bajos de hostilidad en individuos con apego seguro (Kobak & Sceery, 1988; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003), menos síntomas de estrés, comodidad con la cercanía y con la interdependencia y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés.

Las emociones en este estilo de apego están marcadas por expresiones faciales de alegría y un sesgo favorecedor de la vergüenza, por el contrario, está negativamente asociado al rasgo de emoción negativa y a la tendencia de que los afectos negativos recorran la conciencia (Magai, Hunziker, Mesias & Culver, 2000). En el caso de la emoción rabia en personas con apego seguro se expresa primeramente por la aceptación, expresión regulada y resolución de la situación Mikulincer (1998). Del mismo modo el estilo de apego se relaciona fuertemente con la expresión emocional, el individuo seguro reporta niveles más altos de afecto positivo, gran cantidad de energía y placer, alta concentración y bajos niveles de tristeza y apatía (Kerr, Melley, Travea & Pole, 2003). Así mismo, este estilo se vincula al contacto frecuente y mayor intimidad, mayor número de individuos en la red social, enriqueciendo la experiencia emocional-social.

En relación con la salud mental, el apego seguro predice menores niveles de ansiedad y depresión, en comparación con los estilos inseguros (Muris, Mayer & Meesters, 2000).

Apego de ansiedad-ambivalencia. Posterior al retiro, se producen respuestas de inseguridad, ansiosas y de protesta, pero además de rabia ante el regreso del cuidador ¿será accesible, sensible o ayudará cuando lo necesite? Bebés con apego ambivalente reaccionan tan fuertemente a la separación que no se calman con facilidad y no retoman la exploración. En una situación extraña se presenta angustia exacerbada ante las separaciones del cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando vuelve; en el apego ansioso-ambivalente en las interacciones entre infante-cuidador se manifiesta en ambivalencia, enojo y preocupación (Ainsworth et al., 1978; Magai et al., 2000; Mikulincer et al., 2003).

El manejo de las emociones en este estilo de apego está marcado por alta ansiedad, baja evitación, inseguridad, necesidad de aproximación, preocupación en las relaciones y miedo al rechazo (Mikulincer, et al., 2003). El apego ansioso ambivalente señala que las emociones más frecuentes de los bebés se caracterizan por la disminución en el desarrollo de emociones positivas entre los 9 y 33 meses, mayor malestar en escenarios para generar emociones positivas, y excesivamente temerosos ante estímulos que provocan temor (Mikulincer, Gillath & Shaver (2002a). El miedo es la emoción más intensa, los estados emocionales predominante es la preocupación, el miedo a la separación, baja tolerancia al dolor (Lecannelier, 2002). Este estilo de apego es también denominado preocupado (Kobak & Sceery, 1988). Los pares perciben predominio de ansiedad, y los sujetos con este patrón tienen una percepción mayor de síntomas que el estilo seguro.

En este sentido el estilo preocupado, encontrando que éste se asocia con la presencia de un conflicto interno, emociones de rabia, enojo, estrés y afecto depresivo, hostilidad, malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo y nerviosismo y menores niveles de calma y serenidad (Magai et al., 2000; Mikulincer, 1998; Kerr et al., 2003).

Apego de evitación. Posterior al retiro, surge una reacción defensiva y de rechazo hacia el cuidador cuando este regresa. En una situación extraña, bebés

con apego evitativo presentan conductas de distanciamiento, no lloran, no se angustian, ni se enojan al separarse del progenitor, suelen concentrarse en los juguetes, del mismo modo hay indiferencia al regreso. En el apego evitativo la interacción entre infante-cuidador se caracteriza por la distancia y evitación.

En cuanto al manejo de emociones, existe una tendencia a la distancia emocional, autosuficiencia con los otros, sin embargo, aunque se perciban despreocupados manifiestan signos fisiológicos sostenidos de ansiedad (Mikulincer, 2003; Sroufe & Waters, 1977), en este sentido sujeto con estilo evitativo no autoreportan afecto negativo pero son percibidos por sus pares como ansiosos y hostiles (Kobak & Sceery, 1988). Lo anterior indica una dificultad para el reconocimiento de emociones negativas, y bajos niveles de emociones positivas (Kerr et al., 2003). El estilo evitativo al relacionarse con la ira, no obstante, tienden a no expresarla sino que recurren a la negación o expresando emociones positivas (Mikulincer, 1998).

Finalmente, el apego desorganizado o desorientado, caracterizado por la variabilidad y contrariedad de las respuestas (Ainsworth et al., 1978), no es estimado en instrumentos de medición.

Un aspecto interesante de esta clasificación, es que se basa en la expresión y regulación emocional. La calidad del apego se establece básicamente en el estado de la regulación emocional entre infante-cuidador en cuanto a servicio de la exploración y el dominio (Sroufe, 2000).

A través del tiempo, el estudio del Apego en la Infancia ha trascendido al Apego en la Adulthood. Este interés por la evaluación del apego adulto se marcó por tres categorías: apego seguro, indiferente y preocupado (George, Kaplan & Main, 1985). Posteriormente se formularon: apego irresuelto/desorganizado y el inclasificable (Marrone, Diamond & Juri, 2001).

El apego adulto seguro se manifiesta con relatos coherente de la infancia, con diversas experiencias, reflexión de sus vivencias y equilibrio; el apego adulto indiferente se expresa en relatos incoherentes, existen vacíos de la memoria, minimización de la importancia del apego, aunque existe una representación positiva de las figuras de apego hay imposibilidad de ejemplos, coexisten en el relato experiencias negativas; el apego preocupado adulto se reflejan rabiosos,

otorgan relatos específicos de los conflictos con sus figuras de apego, oscilan entre evaluaciones positivas y negativas, lenguaje confuso (Moneta, 2003). Estos diversos patrones o estilos de apego moldean el procesamiento de la experiencia cognitiva y afectiva de los seres humanos, y establecen ciertas particularidades en sus relaciones afectivas (Barthlomew & Horowitz, 1991; Marrone, Diamond & Juri, 2001). A continuación, una descripción de los estilos de apego en los adultos:

Estilos de Apego Seguro. Sujetos capaces de identificar sus necesidades, buscan apoyo, poseen un modelo mental internalizado positivo de sí mismo y de los demás. En las relaciones de pareja desarrollan relaciones interpersonales estables y pueden vincularse con otros fácilmente debido a su alto nivel de compromiso y confianza (Hazan & Shaver, 1987; Simpson, 1990).

Estilos de Apego Inseguro Evitativo. Incapacidad en el reconocimiento de la angustia y búsqueda de ayuda o consuelo, poseen un modelo mental internalizado negativo de los otros en el sentido de receptividad y disponibilidad de protección y cuidado. En las relaciones de pareja informan no sentirse queridas, no obstante, desean estar extremadamente próximos a su pareja (Simpson, 1990).

Estilos de Apego Inseguro Ambivalente. Modelo mental caracterizado por la internalización de una relación poco predecible e inestable con sus figuras de apego temprano, respuesta emocional de hipersensibilidad y expresiones intensas de angustia. La búsqueda de cuidado y afecto hacia la figura de apego, coexisten con sentimientos de temor a ser ignorados o abandonados. En la proximidad con otros informan incomodidad y ansiedad (Fenney & Noller, 1990a, Fenney & Noller, 1990b).

El estudio del apego adulto marca la importancia de la vinculación afectiva temprana en el desarrollo humano.

2.2 Apego y Psicopatología

Es bien documentando que el apego es un componente de formación temprana necesaria para la organización conducta, promueve la supervivencia de la especie, la regulación del estrés y la adaptación al medio (Bowlby,

1980). Este repertorio de comportamientos que se activa en circunstancias amenazantes, estresantes o de sufrimiento permite al individuo obtener apoyo, cuidado y protección del cuidador para la supervivencia (Guzmán & Contreras, 2012).

Una aproximación conceptual del apego nos conduce a la comprensión del desarrollo de la personalidad, la psicopatología y el mantenimiento de las relaciones interpersonales (González, Ysern, Pallás, Marqués & Martín, 2010; Lecannelier, (Lecannelier, 2006). Este intercambio en el vínculo cuidador-infante es indispensable para el desarrollo de representaciones mentales acerca de la naturaleza de la relación con su figura de apego e incluso representaciones acerca de la propia existencia (Grimalt & Heresi, 2012). Antes de comprender su relación con el suicidio debe antecederse su aproximación a la psicopatología.

Por ejemplo, el apego negativo como los estilos de apego inseguros han estado relacionados con síntomas depresivos, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno Borderline de la personalidad, desorden en el uso de sustancias, perfeccionismo negativo, dificultades en la regulación emocional, ineficacia, uso del facebook, recuerdos nostálgicos (Abeyta, Routledge, Roynance & Wildschut, 2015; Blalock, Franzese, Machell, & Strauman, 2015; Tavakolizadeh, Tabari & Akbari, 2015; Beeney, Stepp, Hallquist, Nolf & Pilkonis, 2015; Lin, 2015; Olhaberry, Zapata, Escobar, Mena, Farkas, Santelices & Krause, 2014; Pishva & Ali Besharat, 2011; Wiltgen, et al., 2015). Si un individuo logra un estilo de apego evitativo tiende a tener puntos de vista más pesimistas acerca de las relaciones, de sí mismos, y otros (Feeney & Noller, 1990), mientras el apego ansioso-ambivalente genera una visión propia más negativa (Collins & Read, 1990). Es decir, está claramente relacionado con la salud mental.

La connotación psicopatológica del apego ha sido además incluida en el manual estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como Trastorno de la Vinculación de la Infancia Desinhibido o Reactivo. En estos manuales se caracteriza al apego desde la psicopatología como la incapacidad de iniciar o responder a interacciones sociales de acuerdo al nivel de desarrollo; puede iniciar antes de los 5 años y se manifiesta por respuestas inhibidas, hipervigilantes, ambivalentes o contradictorias ante el consuelo por parte del

cuidador. En su extremo se expresa por vínculos difusos e indiscriminados de sociabilidad (American Psychiatric Association, 2002).

En su opuesto, el apego seguro da como resultados confianza en las figuras de vínculo, percepción de ambiente poco amenazante, capacidad de enfrentar los desafíos de la vida, además de menor riesgo a los trastornos de la personalidad. En las relaciones estos sujetos siguen orientándose a vínculos seguros a lo largo del ciclo vital (Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes & Luyten, 2011). El estilo de apego seguro permite al sujeto identificar sus necesidades, buscar apoyo a favor de la disminución del malestar, y mantener una representación positiva de sí mismo como de los demás (Grimalt & Heresi, 2012). La vinculación en la infancia puede dar lugar al apego seguro, inseguro, ambivalente, evitativo, persistentes durante toda la vida para relacionarse; si un individuo logra una vinculación segura obtiene los recursos psicológicos necesarios para apreciar las experiencias estresantes como positivas, constructivas, adquiriendo el ajuste y bienestar psicológico (Mikulincer & Florian, 1998).

2.3 Apego y Suicidio

Con la importancia destacada del apego y la regulación en el desarrollo emocional del adolescente ¿Existirá alguna relación entre los estilos de apego y la regulación emocional y el comportamiento suicida? La evidencia empírica sugiere una tendencia de asociación entre el apego, el riesgo, ideación e intentos de suicidios:

Ozouni, Valizadeh y Nikamal (2010) registraron en estudiantes universitarios de Irán la relación entre los estilos de apego y la ideación suicida. Estos resultados indican una relación positiva entre el estilo de apego inseguro e ideación suicida y relación negativa entre el estilo de apego seguro. Para los autores el apego es un importante predictor de los pensamientos suicidas, de modo que las intervenciones deben tener en cuenta el estudio de los vínculos para la reducción del riesgo en adolescentes. Por su parte, Glazebrook, Townsend y Sayal (2015), identificaron que adolescentes ingleses (13-17 años) con antecedente de conductas autolesivas a los 6 meses de seguimiento, tenían mayor probabilidad de repetir el hecho si presentan apego inseguro materno y con pares. Estos autores indican que el vínculo materno y con pares interviene en la recuperación por actos de autolesión.

La importancia del apego tiene igual impacto en el comportamiento suicida tanto en población sana como psicopatológica, es el caso de pacientes con depresión. Así Ürün, Yildirim y Erkoç, (2015), encontraron en Turquía que pacientes depresivos con apego ansioso presentaban mayor tasa de intento suicidio, por el contrario sujetos del grupo control sin depresión e historial de intento de suicidio el apego seguro era mayor. Del mismo modo Palitsky, Mota, Afiti, Downs y Sareen (2013) determinaron en un estudio nacional en Canadá que estilos de apego inseguro se asocian con reporte de ideación suicida, intento, y otros trastornos mentales, mientras estilos de apego seguro se asociaron con una menor probabilidad de informar ideación suicida, intento, y cualquier trastorno de ansiedad. Mandal y Zalewskan (2010; 2012), anotan precisamente que condiciones psicosociales adversas o nocivas tempranas todas ellas relacionadas con la victimización, eran comunes en mujeres Polacas que intentaron suicidarse y que presenta un estilo de apego evitativo.

Massey, Compton y Kaslow, (2014) en un estudio para la prevención del suicidio reclutaron mujeres adultas africanas con retos psicosociales significativos, encontrando que el apego seguro se asoció con menor consumo problemático de sustancias psicoactivas, sin embargo, junto con experiencias nocivas como el maltrato infantil, exposición actual a la violencia, la falta de vivienda, existía alguna varianza. En adolescentes la mayoría hispanos con y sin historial de intentos de suicidio Sheftall, Mathias, Furr y Dougherty (2013), encontraron en aquellos con intentos de suicidio, menor apego materno y paterno de auto-reporte y una menor capacidad de adaptación y la cohesión familiar. Los autores consideran el apego como una nueva ruta hacia la prevención del suicidio.

3. Regulación emocional

3.1 Comprendiendo la Regulación Emocional

La regulación emocional se refiere a los procesos para disminuir, mantener, aumentar uno o más aspectos de la emoción. Aunque existen diversas perspectivas para la comprensión de la regulación emocional, la mayoría coinciden en la función reguladora que genera cambios multifacéticos en la emoción sea en el mantenimiento, mejora, o minimización de las respuestas

emocionales (cf. Bridges, Denham & Ganiban, 2004; Gross & Thompson, 2007; Thompson, 1994).

Ante las dificultades de conceptualización de la regulación emocional basada en el problema de distinción entre emoción y regulación emocional, si surge de influencias extrínsecas e intrínsecas, o si el grado de las influencias reguladoras son dirigidas a metas adaptativas, existe una definición que 1) distingue implícitamente de la emoción y regulación de las emociones. 2) los procesos de regulación pueden dirigirse tanto a emociones positivas como negativas. Las emociones pueden instaurar cambios en intensidad y temporalidad de la respuesta emocional (velocidad de aparición o recuperación, persistencia, gama, o labilidad emocional). 3) La emoción se gestiona a través de la influencia extrínseca, así como desde los propios esfuerzos de la persona. 4) La regulación emocional se define funcionalmente, es decir, es guiada por los objetivos del regulador en un contexto determinado. 5) La regulación emocional incluye el monitoreo y la evaluación de la experiencia emocional, esta definición indica que:

“La regulación emocional consiste en los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de la supervisión, evaluación y modificación de las reacciones emocionales, especialmente sus características intensas y temporales, para lograr los objetivos” (Thompson, 1994, pp. 27-28). La regulación emocional es una capacidad utilizada con intención con el fin de modificar los componentes de la experiencia emocional (experiencia subjetiva, respuesta fisiológica, expresión verbal y no verbal, así como a las conductas manifiestas) respecto a su frecuencia, forma, duración e intensidad (Thompson, 1994).

Otros autores conceptúan a la regulación emocional como la modulación en aumento, mantenimiento o disminución de cualquier aspecto de la respuesta emocional, incluyendo experiencia y comportamiento expresivo (Gross & John, 2003; Eisenberg & Spinrad, 2004; Goldsmith & Davidson, 2004).

Para Gross (1999) la regulación emocional puede clasificarse de acuerdo al lugar en que la estrategia de regulación se introduce en el proceso de producción de la emoción (Gross, 1999). Existen dos momentos en el proceso de generación de una emoción: significado de la situación (*appraisal*) y la modulación de la respuesta emocional (conductual,

fisiológico, experiencial), de este modo las estrategias de regulación se clasifican de acuerdo en (Gross, 2001).

Regulación centrada de los antecedentes de la emoción. Existen varias fases en donde se pueden presentar varias alternativas que permiten al sujeto elegir o modificar sus necesidades de regulación emocional.

La regulación centrada en la respuesta emocional. El sujeto modifica la exposición a ciertas situaciones y no a otras. Al interior de cada situación, la persona puede intentar cambiar dicha situación, es decir, la situación se puede configurar por la acción u omisión del sujeto. Posteriormente, el individuo puede modificar la atención sobre ciertos elementos de la situación con el objetivo de regular la respuesta emocional. Finalmente, se extrae unos significados, algunos de estos con mayor impacto que otros en el estado emocional.

Estrategias basadas en el significado de la situación (appraisal). Se modifica la situación mediante procesos como: cambios de foco atencional o uso de flexibilidad cognitiva. Eje: evitación, rumiación, aceptación. Mientras la reevaluación (reappraisal) requiere de un cambio cognitivo-lingüístico. Estas serían estrategias basadas en antecedentes).

Estrategias basadas en la Respuesta Emocional. La amplificación o supresión emocional son estrategias basadas en la respuesta.

3.2 La Regulación Emocional en el Desarrollo Humano: La Adolescencia

La capacidad de los niños para evaluar sus emociones se transforma considerablemente desde la infancia hasta la adolescencia y pueden tener alguna variabilidad en la adultez ejerciendo algún grado de influencia sobre la regulación emocional (Thompson & Lagattuta, 2006). Estas diferencias en la evaluación pueden explicarse por el temperamento, vulnerabilidad biológica o experiencias previas de emociones intensas, de manera que estos factores demarcan las necesidades personales de regulación (Thompson & Goodman, 2010).

Dada las particularidades de la regulación emocional en el desarrollo, aumenta su complejidad, pero está se basa en la complejidad misma de las emociones, en los objetivos personales-sociales, y en la utilidad de su expresión. De este modo, es relevante comprender los objetivos de la gestión de las emociones, las influencias del contexto, los efectos de la regulación en otras personas, las evaluaciones cognitivas y el autocontrol, aún más porque estas características cambian significativamente durante el curso de la vida y son fundamentales para la comprensión de la psicopatología de origen emocional en niños, adolescentes y adultos (Thompson & Goodman, 2010).

Ante una mayor edad un individuo es más competente para aplicar estrategias de regulación emocional, debido a la consolidación de las funciones ejecutivas (planificación estratégica, la detección y corrección de errores y el control inhibitorio de las respuestas) (Zelazo & Cunningham, 2007). Las bases neurobiológicas de las funciones ejecutivas (principalmente en la corteza prefrontal) comienzan su maduración en la infancia y la adolescencia desembocando en importante influencia para el pensamiento y la resolución de problemas, el autocontrol conductual y emocional.

Del mismo modo, el contexto social contribuye en gran medida al desarrollo de la regulación de las emociones, especialmente las relaciones con padres, pares y hermanos, por ejemplo, las diferentes exigencias emocionales, modelos, e incentivos para la regulación de la emoción provienen de la relación padre-hijo. Desde niños en continua interacciones sociales se gestionan emociones en los conflictos, para negociar sobre los recursos o intereses compartidos, percibir con mayor precisión y responder a los sentimientos de otros y tener la sensación de control sobre el entorno de pares (Denham et al., 2003). Cuando se supervalora las relaciones sociales (amigos), hablar de las emociones entre grupos de amigos se convierte en una forma afectiva de auto-revelación y necesaria para adquirir las normas del grupo, para ofrecer y recibir apoyo (Gottman & Parker, 1986). Así, las relaciones entre compañeros son relevantes para la generalización de las estrategias de regulación fuera del contexto familiar y por lo tanto, las interacciones en entornos de pares proporcionan la oportunidad de ampliar el repertorio de habilidades de regulación y adaptarla a otros contextos.

A partir de estas capacidades adquiridas en el desarrollo se pueden resolver problemas de manera más reflexiva, cuidadosa y estratégica,

respondiendo emocionalmente con menor impulsividad. En la adolescencia, las estrategias de regulación se complementan con las estrategias personales (reproducción de música para evocar sentimientos deseados o buscar el apoyo de amigos cercanos) (Thompson & Goodman, 2010).

Finalmente, el desarrollo de la regulación es un crecimiento continuo basado en objetivos personales y contextos sociales, claramente pueden existir diferencias individuales en estilos de regular las emociones, pero en la edad adulta la mayoría de las personas habrán adquirido una compilación básica de estrategias para el manejo de las emociones y expresión social que permitirá su funcionamiento exitoso en el trabajo, familia y otros contextos (John & Gross, 2007).

3.3 Regulación Emocional en la Psicopatología de la Infancia-Adolescencia

La aplicabilidad adecuada de las estrategias de regulación emocional no es insustancial en la experiencia fisiológica, personal o social del sujeto. De esta manera los estudios relacionan la desregulación con la psicopatología (Silva, 2003). Diversos trastornos mentales se encuentran caracterizados por las dificultades en la regulación emocional. En los trastornos del estado del ánimo (depresión, bipolar) y trastornos de ansiedad e incluso trastorno por déficits de atención e hiperactividad, entre otros problemas de conducta subyace el bajo control emocional. Al mismo tiempo las características asociadas a las etapas del desarrollo en la infancia y la adolescencia demuestran dificultades en la gestión adaptativa de las emociones, ocasionando incompetencia social, desajuste emocional y riesgo psicopatológico afectivo (Thompson & Goodman, 2010).

Existe una relevancia funcional en el estudio dificultades en la regulación emocional en la infancia-adolescencia en riesgo. En este sentido, el objetivo de la emoción y el contexto ambiental es fundamental para comprender los esfuerzos por regular las emociones y la base para evaluar la capacidad adaptativa o no de las estrategias de regulación. Para Thompson y Calkins (1996) y Thompson, Flood y Lundquist (1995), los niños-adolescentes en situación de riesgo no están usando estrategias inadecuadas o maladaptivas en la gestión de las emociones, sino que hacen frente a las condiciones emocionalmente intolerables en las

que no encuentran una manera adaptativa de responder. Sus estrategias de autorregulación entonces implican respuestas que inmediatamente permiten hacer frente a las dificultades pero a largo plazo aumenta los problemas emocionales. Es decir, sus estrategias de regulación emocional más adaptativas para lograr las metas emocionales inmediatas los convierten en personas más vulnerables por los problemas que surgen a largo plazo.

Por otra parte, el estudio de la regulación emocional para la comprensión de la psicopatología revela una particular caracterización en niños-adultos en situación de riesgo o vulnerabilidad. Es importante reconocer el contexto en el que individuos con problemas emocionales se esfuerzan por regular sus emociones y los objetivos de la adaptación o no de las estrategias usadas en la regulación. En este sentido es importante el contexto en relación a los objetivos de la emoción (Thompson & Goodman, 2010).

El problema de la regulación emocional en los niños y jóvenes en situación de riesgo o vulnerabilidad se encuentran en que su uso se basa en hacer frente a las condiciones insostenibles de adversidad de cualquier modo, es decir, el problema no es esencialmente las estrategias inadecuadas o mal adaptativas, sino que las estrategias que son más adaptativas para lograr las metas emocionales inmediatas a menudo hacen que las personas sean más vulnerables a los problemas a largo plazo. Así, el uso indiscriminado de estrategias para hacer frente a las dificultades generan a largo plazo mayores problemas emocionales (Thompson & Calkins, 1996; Thompson, et al., 1995).

La conexión entre la regulación emocional y la psicopatología se evidencia no solo en que la desregulación subyace a problemas psicológicos, sino que también permite la comprensión de los procesos que conllevan a la desregulación y los efectos en población clínica.

En el desarrollo de la psicopatología son importantes como las evaluaciones de las emociones de los niños y la familia influyen en el clima emocional, es decir la autorregulación adaptativa incide en como los miembros de la familia “expresan la emoción”, al contrario, la crítica -parental, la hostilidad y sobreimplicación-emocional se asocia a problemas clínicos (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone & Rosenbaum, 1997). De este modo la regulación emocional incluye también la influencia de las evaluaciones de la

emoción y el autocontrol, especialmente en la aparición y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Cabe destacar que al respecto en población infantil existen diversos perfiles clínicos en variabilidad, intensidad, latencia, tiempo de subida, duración y la recuperación de las reacciones emocionales (Thompson, 1994).

Así, las evidencias consideran a la desregulación como factor de mayor propensión para desarrollar trastornos psicológicos y físicos (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizerb, 2010; Boden, et al., 2013; Cisler & Olatunji, 2012; D'Avanzato, Joormann, Siemer & Gotlib, 2013; Gratz & Tull, 2010; Hilt, Hanson & Pollak, 2011; Silva, 2005; Wang, et al., 2014; Rice & Sher, 2013), Consumo de sustancias, con los trastornos de la ansiedad, los ataques de pánico, el trastorno de estrés postraumático y con las autolesiones, entre otros. También se ha encontrado su asociación con la hipertensión arterial (HTA), la intensificación de los índices cardíacos y el cáncer.

Llevar a cabo una regulación exitosa no es proceso sencillo. Existen diversos factores que alteran su desarrollo desde elementos económicos, sociales hasta culturales, entre ellos: ingreso económico familiar, estructura familiar, inequidad social, acceso a la salud y a la educación, empleo parental, violencia, nutrición de la madre y del hijo, atraso social, falta de redes de soporte social, caos familiar, clima social y político de la comunidad, entre otras características parentales e infantiles (Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007). Así que, el adolescente de expresar el afecto materno-paterno, en su infancia traslada la expresión a pares, del control o regulación impuesto por madre-padre en la infancia inicia a controlar sus propios procesos emocionales (Aldrete-Cortez, Carrillo-Mora, Mansilla-Olivares, Schnaas, & Esquivel Ancona, 2014 y ante esta transformación debe sobrellevar los factores socioeconómicos que obstaculizan el adecuado desarrollo emocional. Para el adolescente, no es sencillo.

3.4 Regulación Emocional y Suicidio

En el campo de la regulación emocional y el suicidio se ha encontrado evidencias de su interacción. Al respecto Klonsky (2007) encontró que previo a un acto de autolesión existe un nivel elevado de afecto negativo, siguiente a la autolesión se produce una sensación de alivio o disminución del afecto

negativo, siendo esta comúnmente el objetivo para llevar a cabo el acto. No obstante, también existen otros factores como el auto-castigo, anti-disociación, interpersonal-influencia, anti-suicidio, la búsqueda de sensaciones, y las funciones de límites interpersonales. Esto empírica y teóricamente sigue siendo confuso. Víctor y Klonsky (2013) también encontraron que sujetos que se autolesionan experimentan mayor afecto negativa y menor afecto positivo, sobre todo insatisfacción, en comparación con los individuos sin antecedentes de autolesión.

Everall, Bostik y Paulson (2006) reconocieron en adolescentes y adultos con intento de suicidio determinadas características de sus experiencias emocionales, como la desesperación abrumadora, la vergüenza y odio a sí mismo, la alienación y el aislamiento personal. Estos estados emocionales se deslumbran en la forma cómo responden a las emociones, de modo que la dificultad para hacer frente a emociones negativas intensas podría estar relacionada con el intento suicida. Shelef, Fruchter, Hassidim y Zalsman (2015), encontraron en militares que la ideación suicida, el dolor mental, y bajo la regulación emocional fueron mayores en el grupo con intento suicida en comparación con grupos sin intento. El dolor mental se relacionó significativamente con más ideación suicida en soldados con baja capacidad de regular el dolor mental. En esta dirección estudios han reportado que, en sobrevivientes por suicidio asistentes a grupos de apoyo, la autoregulación trabaja como mediador en la recuperación. Siendo la regulación y apoyo social unas características inherentes a estos grupos (Levi, Weinberg & Nadjar, 2011). Adrian, Zeman, Erdley, Lisa y Sim (2015) encontraron los procesos emocionales desregulados en adolescentes, se presentaban cuando estos viven conflictos familiares y reciben poco apoyo en la gestión de emociones, por consiguiente, relacionados con mayor riesgo de autolesiones no letales.

Voon, Hasking, y Martin (2014), evidenciaron en relación a las estrategias de regulación y autolesiones no letales en adolescentes, que ni la supresión, ni rumiación se relacionó con la primera autolesión, pero si un menor uso de la reevaluación cognitiva influyo sobre un mayor riesgo de autolesiones en los próximos 12 meses pero no a los 24 meses. Los hallazgos indican que existen cambios en el desarrollo del procesamiento cognitivo-emocional de los adolescentes que influye a posteriori el riesgo de autolesiones. No obstante, Najmi, Wegner, y Nock (2007), registraron en adolescentes que suprimir

los pensamientos no deseados se asocia con la presencia y frecuencia de autolesiones no letales ideación suicida y los intentos de suicidio.

Conclusiones

Con todo lo anterior, es pertinente iniciar estudios en el campo de una problemática de salud pública mundial como son los decesos por suicidio, especialmente por el impacto social, emocional y económico que generan. Cuando un individuo muere por su propia voluntad, la vulnerabilidad psicológica y social se incrementa en el contexto escolar, familiar y comunidad. En el caso escolar, aumento de riesgo en la imitación de actos autolesivos, aprobación del suicidio como vía de solución de problemas, culpa o desesperanza por la pérdida de un miembro en la comunidad educativa; mientras en el caso familiar, la percepción social de las familias donde ocurrió muerte por suicidio se ve transformada (Arroyave, Díaz, Del Toro & Ceballos, 2007; Velásquez, 2013). Así, el estudio del riesgo e intento previo como multiplicador del riesgo, pueden orientar a la prevención de suicidios consumados.

En la revisión de la literatura se observa la necesidad de comprender contextualmente el suicidio a la luz del apego en los adolescentes y sus estrategias de regulación emocional. Si bien es reconocida por la psicología del desarrollo, la importancia del afecto en las vinculaciones tempranas, su relación particular con la conducta suicida ha sido poco explorada y sería necesario reconocer en contexto la cualidad de los estilos de apego entre padres a partir del riesgo actual de suicidio y los intentos suicidas previos, especialmente en la adolescencia. Es importante la comprensión de estos fenómenos sobre todo en adolescentes que se encuentran inmersos en ambientes de vulnerabilidad, desintegración y exclusión social en el territorio colombiano, adolescentes abandonados por sus padres, abandonados por la sociedad. Es posible preguntarse ¿Cómo es su vinculación afectiva, su capacidad de exploración, su seguridad ante el mundo, sus relaciones sociales?

Referente al estudio de la regulación emocional es escaso y variado el reporte bibliográfico sobre su rol en el suicidio, de modo que esta exploración es necesaria en el contexto colombiano para llenar el vacío empírico del manejo de emociones en un adolescente con riesgo e intencionalidad suicida. Es necesario resaltar que los futuros retos en el estudio de la regulación

emocional demuestran que la investigación debe orientarse a la captura de las formas de regulación según el contexto (Aldao, 2013), especialmente en contextos en riesgo en donde los sujetos además de lidiar con condiciones sociales hostiles deben afrontar las adversidades propias del ciclo vital y de sucesos vitales problemáticos. Esto implica mayor esfuerzo para ejercer la regulación sobre sus emociones. Pero también un reto actual estudiar el mantenimiento de las relaciones de apego y la regulación emocional con la conducta suicida, en este punto sería trascendental la exploración longitudinal para determinar la repetición de intentos o persistencia del riesgo (Glazebrook, Townsend & Sayal, 2015; Hulbert, Jennings, Jackson & Chanen, 2011).

Finalmente, el estudio del apego, regulación y suicidio debe motivar a la sociedad, Estado y familia a resguardar a los niños-adolescentes del sufrimiento apoyados las estrategias de regulación más adecuadas a cada situación y proporcionando un vínculo afectivo seguro.

Referencias

- Abeyta, A.A., Routledge, C., Roylance., C. & Wildschut, T. (2015). Attachment-related avoidance and the social and agentic content of nostalgic memories Source of the Document. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32 (3), 406-413.
- Adrian M, Zeman J, Erdley, C, Lisa L, Sim, L. (2015). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for non-suicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol*, 43(2), 369-80. doi: 10.1007/s10802-014-9895-4.
- Ainsworth, Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol*, 30(2), 217-37. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Aldrete-Cortez, V., Carrillo-Mora, P., Mansilla-Olivares, A., Schnaas, L., & Esquivel-Ancona, F. (2014). From emotional and cognitive regulation to self-regulation development in the first year of life. *Anuario de psicología/ The UB Journal of psychology*, 44(2), 199-212.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

- Arroyave, J., Díaz, S., Del Toro, J., & Ceballos, G. (2007). Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Duazary*, 4(2), 112-118.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships*, 7(2), 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Beeney, Stepp, Hallquist, M., Nolf, K. & Pilkonis, P. (2015). Attachment and social cognition in borderline personality disorder: Specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6 (3), 207-215.
- Blalock, D. V., Franzese, A. T., Machell, K. A. & Strauman, T. J. (2015). Attachment style and self-regulation: How our patterns in relationships reflect broader motivational styles. *Personality and Individual Differences*, 87, 90-98.
- Boden, M., Westermann, S., McRae, K., Kuo, J., Álvarez, J., Kulkarni, M. R., & Bonn-Miller, M. (2013). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: A prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(3), 296.
- Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: Associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1287-1293.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3). New York: Basic books.
- Bowlby, J. (1989). *The role of attachment in personality development and psychopathology*.
- Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology S. Greenspan, G. Pollock (Eds.), *The course of life*, International Universities Press, Madison (1989), pp. 229-270
- Bridges, L., Denham, S., & Ganiban, J. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child development*, 75(2), 340-345.
- Cabrera, N. & Álvarez, M. (2009). Prevalencia de Ideación Suicida en Usuarios que Solicitan Servicio Médico o Psicológico en una Clínica-Escuela Universitaria. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (4), 105-120
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York, NY, US: Guilford Press.
- Ceballos, G. (2004). Características de las Personas que Consumaron Suicidio en la Ciudad de Santa Marta (Colombia) Durante el año 2002: Un Informe de Casos. *Duazary*, 1(1), 24-28.
- Cervantes, W. & Melo, E. (2008). El Suicidio en los Adolescentes: Un Problema en Crecimiento. *Duazary*, 2 (5), 148-154.

- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 14(3), 182-187.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644.
- Cortes, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 30, (1), 132-139.
- Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E. & Durán, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 27(1), 33-41.
- Cyprien, F., Courtet, P., Malafosse, A., Maller, J., Meslin, C., Bonafé, A... Artero, S. (2011). Suicidal behavior is Associated with Reduced Corpus Callosum Area. *Biological Psychiatry*, 70 (4), 320-326.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968-980.
- Denham SA., Blair, K., DeMulder E., Levitas J, Sawyer K, Auerbach-Major S, Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence? *Child Development*, 74, 238-256.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. F. Alcan.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*, 75(2), 334-339.
- Everall, R., Bostik, K., & Paulson, B. (2006). Being in the Safety Zone Emotional Experiences of Suicidal Adolescents and Emerging Adults. *Journal of Adolescent Research*, 21(4), 370-392.
- Feeney, J. & Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feeney, J., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of personality and Social Psychology*, 58(2), 281-291.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335.
- Glazebrook, K., Townsend, E., & Sayal, K. (2015). The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide and life-threatening behavior*, 45(6), 664-678.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Attachment interview for adults. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Goldin, P., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), 577-586.
- Goldsmith, H., & Davidson, R. (2004). Disambiguating the components of emotion regulation. *Child Development*, 75(2), 361-365.

- González, R., Ysern, L., Pallás, M., Marqués, C., & Martín, M. (2010). Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(29), 9-26.
- Gottman, J., & Parker, J. (1986). *Conversations of friends: Speculations on affective development*. Cambridge University Press.
- Gratz, K., & Tull, M. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 107-133.
- Grimalt, L., & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations.
- Guzmán, M., & Contreras, P. (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psykhé (Santiago)*, 21(1), 69-82.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Herrera, P. (1999). Principales Factores de Riesgos Psicológicos y Sociales en el Adolescente. *Revista Cubana pediatría*, 71(1), 39-42.
- Hilt, L., Hanson, J., & Pollak, S. (2011). Emotion dysregulation. *Encyclopedia of adolescence*, 3, 160-169.
- Hirshfeld, D., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S., & Rosenbaum, J. (1997). Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 205-213.
- Hofer, M. (2006). Psychobiological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 84-88.
- Hulbert, C., Jennings, T. C., Jackson, H., & Chanen, A. (2011). Attachment style and schema as predictors of social functioning in youth with borderline features. *Personality and Mental Health*, 5(3), 209-221.
- John, O., & Gross, J. (2007). Individual differences in emotion regulation. *Handbook of emotion regulation*, 351-372.

- Kerr, S., Melley, A., Travea, L., & Pole, M. (2003). The Relationship of Emotional Expression and Experience to Adult Attachment Style. *Individual Differences Research, 1*(2), 108-123.
- Klonsky, E. (2007). Las funciones de la deliberada autolesión.: Una revisión de las pruebas de examen *La psicología clínica, 27* (2), 226-239.
- Kobak, R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development, 59* (1), 135-146.
- Kochanska, G. (2001). Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child development, 72*(2), 474-490.
- Laferté, A., & Laferté, L. (2000). Comportamiento del suicidio en ciudad de la habana. Intervención de Enfermería en la Atención Primaria de Salud. *Revista cubana de enfermería, 16* (2), 78-87.
- Lecannelier, F. (2002). La entrevista de apego de niños Child Attachment Interview-Cai. *Revista Terapia Psicológica, 20*, 53-60.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Lom Ediciones.
- Levi, Y., Weinberg, S., & Nadjar, R. (2011). Santiago: Support groups for suicide survivors: Self-regulation and social support as mediating the effect of recovery. *European Psychiatry, 26*, (1), 1626.
- Lin, J. (2015). The role of attachment style in Facebook use and social capital: evidence from university students and a national sample. *Cyber psychology, Behavior, and Social Networking, 18*(3), 173-180.
- Magai, C., Hunziker, J., Mesias, W., & Culver, L. (2000). Adult attachment styles and emotional biases. *International Journal of Behavioral Development, 24*(3), 301-309.
- Mandal, E., & Zalewska, K. (2012). Style przywiązania, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa i dorosłości, stany psychiczne oraz metody podejmowania prób samobójczych przez kobiety leczone psychiatrycznie. *Psychiatr. Pol, 46*(1), 75-84.
- Mandal, E., & Zalewska, K. (2010). Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, przywiązania estilo, radzenia estilo sobie i strategie autoprezentacji u kobiet podejmujących Proby samobójcze. *Psychiatric Polska, 44* (3), 329-339.
- Marrone, M., Diamond, N., & Juri, L. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Massey, S. H., Compton, M. T., & Kaslow, N. J. (2014). Attachment security and problematic substance use in low-income, suicidal, African American women. *The American Journal on Addictions, 23*(3), 294-299.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus disfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 513-524.

- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). *The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of personality and social psychology*, 83(4), 881.
- Mikulincer, M., Shaver, P., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). El suicidio un evento de salud mental prevenible. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-suicidio,-un-evento-de-salud-mental-prevenible.aspx>
- Moneta, M. (2003). El Apego. Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo. Santiago: Cuatro Vientos.
- Morris, A., Silk, J., Steinberg, L., Myers, S., & Robinson, L. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388.
- Muris, P., Mayer, B., & Meesters, C. (2000). Self-reported attachment style, anxiety, and depression in children. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 28(2), 157-162.
- Najmi, S., Wegner, D., & Nock, M. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1957-1965.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 5, 1-21.
- Okusaga, O., Duncan, E., Langenberg, P., Brundin, L., Fuchs, D., Groer, M., & Friedl, M. (2016). Combined *Toxoplasma gondii* seropositivity and high blood kynurenine-Linked with nonfatal suicidal self-directed violence in patients with schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 72, 74-81.
- Olhaverly, M., Zapata, J., Escobar, M., Mena, C., Farkas, C., Santelices, M. & Krause, M. (2014). Antenatal depression and its relationship with problem-solving strategies, childhood abuse, social support, and attachment styles in a low-income Chilean sample. *Mental Health & Prevention*, 2(3), 86-97.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1976). El suicidio y los intentos de suicidio. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO_PHP_58_\(part1\)_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO_PHP_58_(part1)_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1996). Informe Mundial sobre Violencia. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Recuperado

- de Informe Mundial Sobre Violencia y Salud. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Ozouni, R., Valizadehb, S. & Nikam, M. (2010). The relationship between attachment styles and suicide ideation: the study of Turkmen students, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1190–1194.
- Palitsky, D., Mota, N., Afiti, T., Downs, C. & Sareen, J. (2013). The Association between Adult Attachment Style, Mental Disorders, and Suicidality: Findings from a Population-Based Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (7), 579-586.
- Pascual, P., Villena, A., Morena, S., Téllez, J. & López, C. (2005). El paciente suicida. *Guías clínicas*, 5 (38), 1-3.
- Pérez, Ó., Piernagorda, D., & Rengifo, Á. (2010). Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío-Colombia, entre 1989 y 2008. *Pensamiento psicológico*, 8(15), 9-16.
- Perez, S. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2011-2016.
- Pierucci, N., & Luna, B. (2014). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2), 215-225.
- Pishva, N., & Ali Besharat, M. (2011). Relationship Attachment Styles with Positive and Negative Perfectionism. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 402-406.
- Rice, T., & Sher, L. (2013). Neuroendocrinology of emotion regulation and suicide risk in adolescents. *Neuropsychiatry*, 3(6), 551-554.
- Sheftall, A., Mathias, C., Furr, R., & Dougherty, D. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & human development*, 15(4), 368-383.
- Shelef, L., Fruchter, E., Hassidim, A., & Zalsman, G. (2015). Emotional regulation of mental pain as moderator of suicidal ideation in military settings. *European Psychiatry*, 30(6), 765-769.
- Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- Simpson, J. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 971.
- Sroufe L. (2003). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-67.
- Sroufe, A. Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Suárez-Colorado, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 182 - 200. Pérez, I. (2010). Trastornos Emocionales en la Adolescencia.

- Revista Digital Transversalidad Educativa, 31. Recuperado de http://www.enfoqueseducativos.es/transversalidad/transversalidad_31.pdf#page=135
- Tavakolizadeh, J., Tabari, J. & Akbari, A. (2015). Academic Self-efficacy: Predictive Role of Attachment Styles and Meta-Cognitive Skills. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171 (16), 113-120.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.
- Thompson, R., & Calkins, S. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(01), 163-182.
- Thompson, R., & Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, 38-58.
- Thompson, R., & Goodvin, R. (2007). Taming the tempest in the teapot. *Socioemotional development in the toddler years: Transitions and transformations*, 320-341.
- Thompson, R., & Lagattuta, K. (2006). Feeling and understanding: Early emotional development. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 317-337). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Thompson, R., Flood, M. & Lundquist L. (1995). Emotional regulation: Its relations to attachment and developmental psychopathology. In: Dante C, Sheree E, Toth L, editors. *Emotion, cognition, and representation*. Rochester symposium on developmental psychopathology. Vol. 6. Rochester, NY: University of Rochester Press; pp. 261–299.
- Ürün, Ö., Yildirim, E., & Erkoç, Ş. (2015). Relationship of suicidal ideation and behavior to attachment style in patients with major depression. *Arch Neuropsychiatr*, DOI: 10.5152/npa.2015.7459
- Voon, D., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Cambio en el uso de estrategias de regulación emocional y su impacto en los adolescentes no suicidas autolesión: Un análisis longitudinal de tres años el uso de modelos de crecimiento latente. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (3), 487.
- Wang, L., Zhang, X., Jia, L., Hu, S., Zhao, J., Yang, J., ... & Wang, R. (2014). C-Myc-mediated epigenetic silencing of MicroRNA-101 contributes to dysregulation of multiple pathways in hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 59(5), 1850-1863.
- Wiltgen, A., Adler, H., Smith, R., Rufino, K., Frazier, C., Shepard, C., Booker, K... & Fowler, C. (2015). Attachment insecurity and obsessive-compulsive personality disorder among inpatients with serious mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 174 (15), 411-415.
- Zelazo, P., & Cunningham, W. (2007). Executive Function: Mechanisms Underlying Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 135-158). New York, NY, US: Guilford Press.

Capítulo 8

Ansiedad ante la evaluación académica y *engagement*: revisión conceptual, perspectivas, evidencias y líneas de discusión



José Hernando Ávila-Toscano^(a)

Laura Isabel Rambal-Rivaldo^(b)

Leonardo Vargas-Delgado^(c)

a) Psicólogo, Magíster en psicología, Ph.D en Ciencias Humanas y Sociales. Docente investigador del programa de Licenciatura en Matemáticas, Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad del Atlántico (Colombia).

b) Psicóloga, investigadora adscrita al grupo de investigación PSICUS (Psicología, Cultura y Sociedad). Corporación Universitaria Reformada (Colombia).

c) Licenciado en matemáticas, Magíster en educación. Docente Tiempo Completo Coordinador del programa de Licenciatura en Matemáticas de la Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad del Atlántico (Colombia).

Cómo citar este capítulo: Ávila-Toscano, J.H., Rambal-Rivaldo, L.I & Vargas-Delgado, L. (2018). Ansiedad ante la evaluación académica y *engagement*: revisión conceptual, perspectivas, evidencias y líneas de discusión. En: A.D Marenco-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp.208-235). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

1. Generalidades para una revisión conceptual sobre la ansiedad

Los seres humanos experimentan diferentes reacciones emocionales mediadas por sus estados de ánimo o por diversas circunstancias a las cuales se enfrentan, en tal sentido, dichas reacciones pueden entenderse como el resultado de la influencia de factores como el medio, procesos fisiológicos y psicológicos, que derivan en la expresión de sentimientos que demuestran aceptación o inconformidad ante los eventos.

Una de estas reacciones comúnmente manifestada es la ansiedad, la cual consiste en una respuesta psicológica y conductual de origen adaptativo que forma parte de la existencia humana y aparece ante situaciones de riesgo o posible daño (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). La ansiedad es una combinación de manifestaciones físicas y mentales, las cuales no se relacionan con peligros reales, y sus manifestaciones pueden ser crisis o un estado persistente y difuso (Sierra et al., 2003).

El concepto de ansiedad ha evolucionado pasando por múltiples dimensiones y enfoques. Inicialmente se le consideró como un estado que combinaba elementos de tipo emocional y fisiológico con diferentes connotaciones, dado que podía manifestarse como un rasgo de carácter transitorio, o bien entenderlo como un rasgo de personalidad, así mismo, se señaló que la ansiedad no siempre era producida por una situación específica, sino que podía aparecer de forma irracional ante situaciones que no representaban de peligro real (Mowrer, 1939).

Posteriormente, en la década comprendida entre 1950-1960, se empezó a concebir la ansiedad como una dolencia de sobreexcitación, desde esta perspectiva se entendió que la exposición ante un estímulo excitante podía desembocar en una incapacidad para la inhibición de la excitación (Malmo, 1957) lo cual conducía al desarrollo de la respuesta ansiógena como reacción a la sobreexcitación. Por su parte, Wolpe (1958) consideró la ansiedad como un fenómeno mucho más generalizado asumiendo que existían estímulos presentes en el ambiente capaces de provocar en el individuo la respuesta ansiosa continuamente, sin que existiera una causa aparente que lo justificara. Poco a poco, estas postulaciones fueron tomando forma y ya en la década siguiente, Lang (1968, citado en Sierra

et al., 2003), expuso la teoría tridimensional sobre el fenómeno, desde la cual argumentaba que las respuestas emocionales (incluida la ansiedad) contaban con una organización que incluía elementos de orden cognitivo o subjetivo, así como fisiológico y motor, tales avances permitieron concluir que las manifestaciones de ansiedad, si bien contaban con canales motores de expresión y con un mecanismo fisiológico determinado, también podrían variar en cada individuo producto de la intermediación de las características subjetivas.

A finales de la década de 1960-1970, se concibe la ansiedad como un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión que incluía la participación de cogniciones y el desarrollo de activación fisiológica (Franks, 1969), es decir, respuestas a estímulos internos que corresponden a procesos cognitivos, así como respuestas a estímulos externos propiciados por el ambiente. De esta forma, se reforzaba la postura inicial de Lang al entender la ansiedad como un fenómeno de mecanismo tripartito.

En esta misma época se empezó a considerar que existía una relación entre la ansiedad y la enfermedad —entendida esta última como concepto genérico— a través de la cual la primera ejercía influencia sobre las funciones fisiológicas con lo que se suponía una agudización de las patologías o trastornos en las personas, esta interpretación condujo a aumentar el interés en este constructo, así como a darle una connotación en el sentido de la clínica del comportamiento (Sierra et al., 2003).

Por otro lado, en la década de 1980, se comienzan a establecer con mayor precisión las características de la ansiedad, Lewis (1980), por ejemplo, señalaba entre estas un estado emocional experimentado como miedo y distinto de la ira; en segundo lugar, describió una emoción desagradable que conllevaba a experimentar sentimientos de muerte o fracaso; en tercer lugar, indicó que la respuesta se relacionaba con amenazas o peligros inminentes orientados al futuro; como cuarto criterio afirmaba que la ansiedad no era provocada por una amenaza real y, de aparecer algún estímulo, el estado emocional y la respuesta del individuo resultaba siendo desproporcionado a la situación; el quinto criterio señalado por Lewis resaltaba la presencia de sensaciones corporales que causaban molestias durante los episodios (p.e.: sensaciones de ahogo, dificultades respiratorias, etc.); finalmente, destacaba la manifestación de trastornos como funciones corporales voluntarias o involuntarias.

En la década de 1990 al 2000, surgieron nuevas posturas teóricas que concebían la ansiedad como un estado emocional cuya manifestación no siempre ocurría de forma aislada, sino que podía también presentarse acompañada de estados depresivos, así como de síntomas psicósomáticos, ello como resultado del fracaso del individuo en su intento de adaptación al medio (Valdés & Flores, 1990). Por otra parte, Miguel-Tobal (1996) describió la ansiedad como una reacción emocional del sujeto ante la percepción de un peligro o amenaza. Las respuestas del individuo ante tales eventos se agrupan en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia.

A partir de la descripción de esta evolución histórica del concepto, se puede establecer que la ansiedad es entendida como una reacción emocional caracterizada por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación (Sierra et al., 2003), los cuales van acompañados de respuestas fisiológicas que aparecen por la activación del Sistema Nervioso Autónomo Simpático. Dicha reacción emocional es anticipatoria y tiene un valor funcional, así como utilidad biológica para los seres humanos.

Ahora bien, es válido aclarar que han surgido diferenciaciones conceptuales y prácticas de la ansiedad con otros eventos psicológicos y fisiológicos parecidos, por ejemplo, la ansiedad está asociada con el miedo, sin embargo, se diferencia de este en que el miedo ocurre ante la presencia de estímulos reales, mientras que la ansiedad se manifiesta por la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Ambas reacciones son mecanismos que favorecen la adaptación y supervivencia de la especie humana, por lo cual comparten rasgos similares como los pensamientos de peligro, las sensaciones de aprensión, las reacciones fisiológicas y las respuestas motoras (Sierra et al., 2003), no obstante, la ansiedad, por su carácter anticipatorio, tiene un valor funcional que le permite al individuo prever o señalar peligros o situaciones amenazantes, lo cual activa y facilita la capacidad de respuesta de las personas.

Desde otra perspectiva, se establece una diferencia entre la ansiedad exógena y la ansiedad endógena para la cual Sheehan (1982) define la primera como conflictos externos, personales o psicosociales ligados a una ansiedad generalizada, mientras que la segunda la considera autónoma e independiente

de los estímulos ambientales, y se liga ante todo a algunas manifestaciones clínicas como los ataques de pánico y cuadros fóbicos. En realidad, la ansiedad no es un estado que se resume a condiciones de orden clínico, de hecho, se le puede asumir como un estado de agitación e inquietud agradable que conlleva a la anticipación del peligro, predominando los síntomas psíquicos y la sensación de un peligro eminente. El problema del síntoma ansioso radica en su repetitividad e intensidad en algunos individuos (Vila, 1984), así como el surgimiento ante situaciones que no deberían desencadenar respuestas de este tipo, o en caso que lo hagan, las mismas deberían ser controladas racionalmente por el sujeto; la ansiedad resulta entonces problemática cuando supera la posibilidad de control e interfiere con el normal desarrollo cotidiano.

Otra distinción importante en la ansiedad consiste en la caracterización — desde la psicología de la personalidad — en términos de rasgo y estado. La ansiedad *rasgo* se entiende como una tendencia individual a responder de forma ansiosa ante estímulos o situaciones; esta forma de ansiedad se suele acompañar de características de personalidad compatibles con este tipo de respuestas como ocurre con la timidez, y con frecuencia aparece durante largos períodos de tiempo en toda clase de situaciones (Sandín, 1990), se le reconoce pues, como un rasgo de personalidad distintivo del sujeto.

En la otra orilla (pero sin ser conceptos opuestos) se encuentra la ansiedad entendida como *estado*, la cual se asume como una fase emocional transitoria y variable en lo que se refiere a la intensidad y la duración de la respuesta emocional; su aparición se desencadena ante una situación o evento particular que produce una activación autonómica y somática acompañada por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del nivel de peligro que la realidad ofrezca, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja (Sierra et al., 2003).

Es claro entonces que los individuos con más rasgo de ansiedad, expresan dicha respuesta con mayor frecuencia (Miguel-Tobal, 1996), pero aun quien no tiene la ansiedad como rasgo, puede experimentar la respuesta emocional de acuerdo con los juicios que realice de las situaciones que percibe como amenazantes. Estas situaciones pueden ser de muy diversa naturaleza,

incluyendo desde eventos que implican peligro para la integridad física, hasta situaciones ligadas con el diario vivir, el trabajo o incluso el escenario educativo.

Como puede notarse, desde los inicios de la identificación del fenómeno, la ansiedad tomó un papel importante dentro del estudio psicológico. Esta misma posición la ocupa hasta nuestros días, dado que se trata de uno de los fenómenos comportamentales más comunes y frecuentemente experimentados por los individuos que se enfrentan a situaciones o estímulos de su ambiente o contexto, que son susceptibles de generar respuestas emocionales o de excitación vinculadas a las expectativas de los sujetos.

2. Ansiedad y contexto educativo

Acorde con lo previamente descrito, las manifestaciones de ansiedad pueden ser generadas por estímulos y contextos variados, siendo especialmente común en aquellos escenarios donde el sujeto queda expuesto a la evaluación social como sucede por ejemplo en el ámbito educativo (Ávila-Toscano, Hoyos, González & Cabrales, 2011). ¿Por qué puede el contexto educativo desencadenar ansiedad? Los nuevos escenarios de la educación (en todos sus niveles) han sido determinados a partir de las exigencias y necesidades de promover una educación de calidad, esto implica que los estudiantes enfrenten cada día fuertes demandas en su formación, las cuales pueden ser situaciones retadoras que influyen en la motivación y ánimo de superación de algunos estudiantes, mientras que para otros pueden convertirse en una serie de eventos desgastantes de difícil manejo (Hystad, Eid, Laberg, Johnsen & Bartone 2009). Estos resultados tanto positivos como negativos, pueden ser la causa de pensamientos y acciones por parte de los estudiantes, los cuales terminan por debilitar o reforzar los procesos de aprendizaje.

Los estudiantes encaran exigencias de la vida académica como son los horarios extensos, las calificaciones, presentaciones en público, además de los frecuentes exámenes; todas estas situaciones pueden provocar reacciones ansiosas en el estudiantado, caracterizadas por respuestas físicas, psicológicas y cognitivas que pueden repercutir en su bienestar físico y mental (Peñacoba & Moreno, 1999). Por tales efectos multidimensionales, es precisamente que la ansiedad ha sido una de las variables de mayor

interés estudiadas en el campo de la psicología (Celis, Bustamante, Cabrera, Alarcón & Monge, 2001).

La ansiedad ante los exámenes se entiende inicialmente como una problemática habitual que obstaculiza el cumplimiento exitoso en la realización de las evaluaciones académicas llevadas a cabo por los estudiantes. A partir de esta concepción se ha buscado lograr una estructuración conceptual de esta problemática, es por esto que ha requerido de distintos enfoques teóricos para definirla, de los que cabe resaltar aquellos que primeramente intentaron explicar este fenómeno de carácter académico.

Inicialmente, el *enfoque conductual* intenta explicar la ansiedad ante los exámenes y cómo esta influye en la ejecución de los mismos. Desde este modelo la ansiedad ante los exámenes es entendida como una reacción de inhibición de conductas —de tipo académicas— que se originan a partir de una situación de castigo, dicha reacción se compone por una serie de agentes condicionales que aumentan en razón de la situación de ansiedad, lo que provoca cambios en el comportamiento y en las reacciones del individuo frente al ambiente.

Por otro lado, desde una *perspectiva cognitiva*, se entiende la ansiedad como consecuencia de ideas y pensamientos negativos, actitudes de desmotivación, baja autoestima, y dificultad en la resolución de problemas; síntomas negativos estudiados como resultado de esta problemática académica (Gutiérrez-Calvo, 1984; Tobías, 1985). Posteriormente se involucró en este debate el *modelo de aprendizaje*, el cual señala que las habilidades y capacidades del aprendiz en el proceso de enseñanza, son la base del estudio de la ansiedad ante los exámenes, hasta el punto de considerarse la causa más probable del porqué los estudiantes podrían presentarla o no (Yunker, Yunker & Sterner, 1986).

Así mismo, es importante retomar entre los modelos la Teoría Tridimensional de la Ansiedad (Lang, 1968, citado en Oblitas, 2004), la cual, como hemos descrito, basa su objetivo en definir y clarificar cuáles son los múltiples síntomas generales a nivel cognitivo, fisiológico y motor (Tabla 1) que experimentan las personas en situación de ansiedad.

Tabla 1. Dimensiones de la Ansiedad tenidas en cuenta para su evaluación.

Cognitivas	Fisiológicas	Conductuales / Motores
Preocupación	Activación del SNC, SE, Sla	Hiperactividad
Hipervigilancia	Aumento frecuencia cardiaca	Movimientos repetitivos
Pensamientos negativos sobres si mismo	Presentación de Sudor	Evitación de situaciones temidas
Miedo	Tensión Muscular	Tensión en la expresión facial
Dificultades para estudiar	Dificultad respiratoria	Respuestas de evitación
Dificultad para concentrarse	Sensaciones Gástricas	Alejarse de personas cercanas
Sensación de pérdida de control	Contracturas musculares	Consumo elevado de sustancias (café, tabaco, alimentos).

^a Sistema Nervioso Central, Sistema Endocrino y Sistema Inmune respectivamente

Fuente: Elaboración propia, a partir de Álvarez, Aguilar y Lorenzo (2012).

En este sentido, la ansiedad frente a las evaluaciones —aunque principalmente suela ser explicada como una situación habitual del contexto académico— es un fenómeno complejo y, por consiguiente, debe ser estudiada a profundidad debido a que comprende factores relacionados con la salud física, el estado psicológico y el comportamiento, así como los procesos psicosociales, los cuales afectan al ser humano en los distintos momentos de la vida.

Gutiérrez-Calvo y Avero (1995), mencionan que la situación que genera mayor ansiedad en los estudiantes es la presentación de evaluaciones académicas, de allí el concepto general de Ansiedad ante los Exámenes (en adelante, AE), definida por ellos como como un rasgo de tipo situacional de preocupación progresiva caracterizado por sentimientos de posible fracaso,

que puede desencadenarse por miedo a la obtención de un bajo rendimiento académico o pérdida de algún beneficio.

De acuerdo con Escalona y Miguel-Tobal (1996), en su mayoría los estudiantes presentan elevados síntomas de ansiedad durante el tiempo correspondiente a la ejecución de exámenes, enfrentándose a consecuencias como la afectación del rendimiento académico y afecciones de su salud, lo cual se asocia con cambios de hábitos, pensamientos negativos, dolores musculares, mala alimentación, entre otros. Este tipo de problemáticas son más comunes de lo esperado y gran parte de los estudiantes las presentan, a veces sin ser conscientes de las mismas. En un estudio desarrollado por Hernández (2005), con 28.559 estudiantes de 16 universidades de España, se reportó una prevalencia de ansiedad ante exámenes de 20.8%; de acuerdo con los datos, los estudiantes analizados manifestaban tener síntomas tan intensos que necesitaban apoyo especializado para aliviar la tensión causada por la evaluación académica.

3. Evaluación educativa, pruebas académicas y ansiedad en el estudiantado

En el proceso de formación los estudiantes están ineludiblemente expuestos a la evaluación frecuente, de hecho, realizar una prueba académica o un examen conduce a que el estudiante sienta que expone su nivel de conocimiento, su habilidad frente a un tema y en general, su capacidad cognitiva e intelectual ello puede producir en el estudiante respuestas de ansiedad derivadas por la anticipación de los resultados de la evaluación o la incertidumbre ante los mismos, igualmente, pueden participar en dicho proceso las expectativas de los demás y su posible juicio acerca del desempeño.

Los estudios en este campo se han orientado principalmente al análisis de la ansiedad que experimentan los estudiantes escolares y universitarios ante situaciones de evaluación o exámenes y, por consiguiente, su estrecha relación con el bajo rendimiento académico (Gutiérrez-Calvo & Averó, 1995), la relación entre ansiedad ante la evaluación y estrategias de aprendizaje (Furlan, Heredia, Illbele, Piemontesi & Sánchez, 2009), la reducción de la eficiencia en el aprendizaje (Jadue, 2001), y la relación con variables personales y académicas (Álvarez, Aguilar & Lorenzo, 2012; Pitoni & Rovella, 2013). Sin embargo, otros

escenarios como el nivel de desgaste o agotamiento del estudiantado han sido menos explorados en relación con la ansiedad experimentada ante estímulos específicos como los exámenes o pruebas académicas de diversa naturaleza.

En un sentido general, desde las edades más tempranas los estudiantes experimentan una gran presión por obtener un buen rendimiento académico, entendido este último como una medida de las capacidades del educando a través de la cual se manifiesta estimativamente lo que ha aprendido a lo largo de su proceso de instrucción o formación (Pizarro, 1985, citado en Castillo & González, 2009). En el rendimiento académico intervienen variables externas al estudiante, relacionadas con el ambiente del aula, la participación o presiones de la familia, las formas de enseñanza y evaluación de los maestros, el sistema educativo, entre otras; así mismo, también una participación importante de actitudes y características del aprendiz como la actitud hacia las clases, el autoconcepto, la motivación, etc.

En tal sentido, el desempeño de los estudiantes es una responsabilidad compartida, aunque el rendimiento, así como en general la capacidad de adaptación al escenario educativo, pueden verse afectados por las evaluaciones del sistema académico, las cuales contribuyen con el incremento del temor del estudiante. De acuerdo con Jadue (2001), esta situación se agudiza especialmente en los primeros años de formación educativa, cuando el alumno se siente inseguro de sus habilidades sociales y tiene temor a las evaluaciones negativas de sus compañeros, amigos y profesores, lo cual puede provocar una exacerbación de la ansiedad.

En congruencia con lo anterior, Gutiérrez-Calvo & Avero (1995), plantean que la elevada ansiedad ante la evaluación está asociada con el miedo al fracaso. Esta reacción emocional se manifiesta en las personas en situaciones en las cuales sus aptitudes son evaluadas social y/o profesionalmente como sucede en el escenario académico. Tal reacción obedece a una preocupación repetitiva sobre la posibilidad de fracasar o de mostrar un rendimiento desfavorable en el cumplimiento de la tarea, con los correspondientes efectos negativos que ello implica para la autoestima del estudiante, o bien la reducción de valoración social o la pérdida de beneficios en el orden académico como las notas que los docentes le asignan (Furlan, 2006).

Otros estudios relacionan la ansiedad ante la evaluación con las estrategias de aprendizaje o habilidades de estudio (Furlan et al., 2009). Esta línea de trabajo analiza la frecuencia con la que los alumnos que experimentan elevada ansiedad en las evaluaciones emplean las diversas estrategias para aprender, así mismo, desde este enfoque se ha buscado establecer diferencias entre las habilidades de los estudiantes. En general se ha encontrado que los estudiantes que experimentan una ansiedad elevada en las evaluaciones académicas cuentan con una menor habilidad para el estudio en comparación con sus pares menos ansiosos. Pedagógicamente sobresale en el estudiante con ansiedad el uso de estrategias basadas en la memorización, presentan dificultades para el aprendizaje, poca autorregulación y dificultades para la organización de los conceptos, así como para diferenciar el material relevante del secundario (Furlan et al., 2009).

De esta forma, las características descritas parecen incidir en el surgimiento de ansiedad ante la evaluación, lo que a su vez conduce a una reducción en la eficiencia del aprendizaje (Jadue, 2001); al parecer, la ansiedad elevada se relaciona inversamente con el aprendizaje en tanto que la respuesta ansiosa reduce la atención, la concentración y la retención, lo cual sin duda afecta el desempeño del estudiante. Jadue (2001) coincide con algunos de los hallazgos de Furlan en tanto que reseña que el estudiante ansioso presenta dificultades para la organización y elaboración adecuada de los materiales, además de mostrar poca flexibilidad para adaptarse a los procesos de aprendizaje.

Estas descripciones permiten establecer distinciones importantes del concepto de ansiedad asociada con la evaluación académica, de la ansiedad como concepto general, ello en la medida que la ansiedad ante los exámenes (o ante la evaluación) se relaciona particularmente con el concepto que el estudiante tiene de las demandas que se le formulan en relación con su capacidad comprensiva y con sus habilidades para el control de lo que aprende y cómo aprende, elementos claramente psicológicos y contextualizados con la situación de aprendizaje. Jadue (2001) enfatiza que el estudiante enfrenta de forma permanente situaciones académicas cuyas exigencias debe comparar con sus propios medios cognitivos, de esta forma, cuando el estudiante rechaza el proceso educativo y las evaluaciones en particular, puede estar asociado con la experimentación de sensaciones de peligro o de humillación derivadas de una percepción desfavorable de sus capacidades frente a los retos que plantean los exámenes.

Los estudiantes con ansiedad intensa pueden ser excesivamente sensibles ante las evaluaciones y manifestar miedo al contexto educativo, así como sentir vergüenza, inseguridad y manifestaciones somáticas; igualmente, suelen preocuparse intensamente por sus habilidades cognitivas, mostrándose intranquilos e incluso desarrollando signos disfuncionales de su comportamiento tales como trastornos del sueño, dolores de estómago, alteraciones conductuales, etc. (Jadue, 2001).

Por otro lado, la mayor o menor intensidad de las manifestaciones de ansiedad parecen estar vinculadas con diversas variables de orden individual, así como con condiciones propias del sistema educativo. En esta línea de estudios se ha analizado el papel de variables como la edad, el sexo, el tiempo de estudio, el nivel académico y el tipo de evaluación. Álvarez, Aguilar & Lorenzo (2012) por ejemplo, en un estudio con estudiantes universitarios encontraron diferencias significativas que indican que las mujeres presentan mayores manifestaciones de ansiedad ante las evaluaciones que los hombres, sin embargo, este es un dato que merece una valoración más amplia dado que su novedad es poca, en cuanto poblacionalmente es esperable que las manifestaciones de ansiedad sean mucho más comunes entre las mujeres (APA, 2002). Por su parte, los autores también identificaron que la ansiedad en los estudiantes es mayor a medida que aumenta el nivel de formación dentro de la carrera, es decir, los estudiantes analizados mostraban mayores niveles de ansiedad hacia el final de su formación.

Pérez y Martínez (2014) reiteran la mayor tendencia a la respuesta de ansiedad ante la evaluación en mujeres; destacan que entre estudiantes universitarios los valores más altos de las puntuaciones directas en las escalas de ansiedad corresponden a las mujeres. Algunos investigadores se dieron a la tarea de definir y buscar un porqué de esta diferencia, generalmente no buscaron refutarla sino más bien sustentarla con miras a dar otras explicaciones más allá de los datos obtenidos estadísticamente. Al respecto, Arenas y Puigcerver (2009), aportan a esta teoría desde un enfoque biológico afirmando que las mujeres en edad reproductiva (entre 20 y 40 años) son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres. Hay que mencionar además, el estudio realizado por Arnaiz y Guillén (2012), en el cual señalan que las mujeres presentan mayor niveles de ansiedad debido a dos causas aparentes, como primera medida desde el proceso de socialización

donde se expresa que las mujeres tienden a subestimar sus propias decisiones y formas de actuar (en este caso, indicando que al momento de realizar la evaluación académica es la población femenina la que más se cuestiona sobre sus respuestas y el posible resultado que puedan obtener). Como segunda causa, los autores indican que las mujeres admiten cuando se encuentran en una situación de ansiedad y son capaces de reconocerlo, por lo que en un estudio de investigación serán ellas las más sinceras en expresarlo.

Por otro lado, el nivel de formación también ha sido un tópico considerado en el estudio de la AE. De acuerdo con Rosenthal et al. (1987), afirmaron no encontrar evidencias suficientes que demostraran diferencias en los niveles académicos con relación a la presentación de los síntomas de la AE. Opuestamente, Hembree (1988), a partir del desarrollo de un meta-análisis de 562 investigaciones sobre estudios particulares con estudiantes norteamericanos desde primaria (nivel académico más básico) hasta la universidad (nivel académico superior), llegó a la conclusión de que la AE afecta el cumplimiento en la ejecución de tareas académicas en todos los niveles educativos. En años más recientes, Martin (2007) realizó un estudio enfocado en universitarios, indicando que con frecuencia se presentan mayores índices de ansiedad a partir de los primeros semestres en comparación con los últimos de la carrera profesional, además, el aumento de sintomatología ansiosa era más elevado en los tiempos de presentación de exámenes.

Teniendo en cuenta estas investigaciones, cabe señalar los aportes que han contribuido en que al día de hoy se mantenga el interés por el estudio de estas variables, así como la importancia de indagar sobre los fenómenos del contexto educativo. No obstante, se reconoce que no existe un consenso en la literatura en relación con el nivel académico con el tiempo de prevalencia y aparición de los síntomas de la AE durante los diferentes niveles de la formación académica.

Ahora bien, retomando a Álvarez et al. (2012), los hallazgos descritos en su trabajo también involucraban otras variables como el tiempo de estudio dedicado a la preparación para la evaluación, hallándose una relación positiva entre esta variable y la ansiedad ante los exámenes, así pues, los estudiantes que dedicaban mucho más tiempo a la preparación de exámenes, eran precisamente los que manifestaban mayor ansiedad. Este es un resultado

llamativo pues podría esperarse que quienes estudian más expresen menos ansiedad por confiar en el nivel de preparación adquirido, sin embargo, los resultados llevan a retomar las descripciones de Furlan et al. (2009) y Jadue (2001), en la medida que parecen reforzar el hecho que los estudiantes ansiosos requiere más tiempo de preparación producto de sus limitaciones a nivel de la elaboración cognoscitiva.

Otra línea de análisis que puede relacionarse con este tipo de hallazgos obtenidos por Álvarez et al (2012), se relaciona con el papel de las actitudes perfeccionistas de los estudiantes. De acuerdo con Pitoni y Rovella (2013), el perfeccionismo puede entenderse como un conjunto de normas (reglas, criterios) que fijan un estándar de desempeño muy elevado, y que además están acompañadas de autoevaluaciones críticas exigentes.

El principal problema del perfeccionismo en los estudiantes está relacionado con las tendencias a evaluar críticamente la propia ejecución, cuyas consecuencias derivan, por un lado, en un nivel de preocupación elevado por los errores en el desempeño, conduciendo a que los fallos, así sean menores, se les juzgue como un fracaso. Por otra parte, el perfeccionismo genera dudas sobre la calidad de la propia acción del individuo (Hamachek, 1978).

En este sentido, el estudio del perfeccionismo ha ganado relevancia al analizarse en relación con la evaluación académica (Valero, 1999). El estudio realizado por Pitoni y Rovella (2013), ha mostrado que el perfeccionismo incide directamente en la ansiedad ante los exámenes mediante una relación positiva; en particular se ha observado que la excesiva preocupación por los errores y dudas sobre la calidad de las propias acciones, las elevadas expectativas paternas, la percepción de una actitud paterna muy crítica y los estándares personales elevados y exigentes correlacionan positivamente con la ansiedad. Este estudio reiteró además la mayor tendencia a la ansiedad ante la evaluación por parte de las mujeres, mientras que en materia de perfeccionismo no se hallaron diferencias significativas acorde con el género.

Por otro lado, un tópico menos atendido, pero de similar valor en el análisis del fenómeno lo constituye el tipo de evaluación a la que es sometido el estudiante. En un estudio desarrollado en Colombia con 200 estudiantes de

la región Caribe, se analizó la manifestación de ansiedad a nivel fisiológico, motor y cognitivo en estudiantes de diversas carreras de grado (Ávila-Toscano et al., 2011). Los resultados señalaron que la ansiedad fisiológica fue la que mostró mayor relación con el tipo de prueba, seguida de la ansiedad motora y en último lugar la ansiedad cognitiva. Los exámenes orales individuales fueron una de las pruebas más significativamente asociadas con las manifestaciones de ansiedad, siendo muy importante en relación con las manifestaciones cognitivas del fenómeno. Los exámenes que implicaban el desarrollo de proposiciones o argumentaciones por parte del estudiante también estuvieron estrechamente relacionados con los tres tipos de síntomas ansiosos, los exámenes prácticos por su parte, se asociaron significativamente con la ansiedad motora y fisiológica, entre otros hallazgos importantes.

De acuerdo con estos autores, las manifestaciones cognitivas de ansiedad parecen desempeñar un papel esencial en esta situación, tanto por ser las de mayor prevalencia en su estudio como por los efectos que puede tener sobre las respuestas fisiológicas y motoras, dado que con frecuencia las preocupaciones e inquietudes derivadas de la situación de evaluación van desencadenando las demás respuestas.

Como puede notarse, la información disponible da cuenta de los diversos estudios que se han realizado sobre la ansiedad ante los exámenes y su relación con el contexto educativo. Los estudios antes mencionados encuentran relación entre la ansiedad y el bajo rendimiento académico (Gutiérrez-Calvo & Averó, 1995), las estrategias de aprendizaje (Furlan et al., 2009), la reducción de la eficiencia en el aprendizaje (Jadue, 2001), así como la relación con distintas variables personales y académicas (Álvarez et al., 2012; Ávila-Toscano et al., 2011; Pitoni & Rovella, 2013).

Sin embargo, pese a que se trata de un fenómeno que se registra con elevada frecuencia y cuyos efectos son muy relevantes en el desempeño y la salud mental de los estudiantes, la ansiedad ante los exámenes no ha sido un tema con tanta difusión como ha ocurrido con otros problemas en el contexto educativo como la deserción, la mortalidad, el acoso, etc. Gran parte de los estudios sobre ansiedad ante los exámenes han dirigido su atención a variables como las estrategias de aprendizaje que emplean los estudiantes con estos síntomas, la expresión somática del fenómeno y su relación con otros problemas,

los mecanismos del estudiante para afrontarla o las diferencias de acuerdo al género (Furlan, Sánchez, Heredia & Piemontesi, 2009; Sánchez, Castañeiras & Posada, 2008; Sowa & LaFleur, 1986; Viñas Poch & Caparrós, 2000).

Por supuesto que todos los temas descritos son de mucha importancia, sin embargo, nuestro énfasis acerca de los polos hacia los cuales se ha dirigido el estudio de la AE más que criticar tales enfoques, radica en demostrar la necesidad de atender otras áreas igualmente relevantes que permitan comprender la relación de la ansiedad con las respuestas del estudiante en el proceso formativo. Algunos enfoques actuales hacen hincapié en una perspectiva positiva de las reacciones y estados psicológicos y conductuales del estudiante, lo que hace necesario explorar mecanismos individuales que le permitan a los educandos afrontar los retos que plantea el escenario educativo de manera efectiva.

Específicamente nos referimos a la forma cómo el estudiante experimenta dedicación, compromiso y entrega por su formación, fenómeno conocido como *engagement académico*, y cómo el mismo podría estar relacionado con la ansiedad; este es sin duda, un terreno de estudio muy fértil que resulta importante asumir por el impacto de ambos fenómenos y por la necesidad de explorar medidas que desde la investigación nos permitan formular estrategias por un lado, para promover ese nivel de compromiso, y por el otro, para a través de dicho fomento afrontar la ansiedad ante los exámenes.

Con el fin de ganar más claridad en la comprensión del *engagement académico*, procederemos a su breve descripción.

4. El concepto de Engagement: Una introducción

Hemos aseverado que la mayoría de los estudiantes universitarios están expuestos a una diversidad de variables inherentes al escenario educativo que pueden ser susceptibles de generar tensión psicológica, lo cual es genéricamente conocido como estrés académico (Dziegielewski, Turnage & Roest-Marti, 2004), sin embargo, cuando la acumulación de repuestas de estrés es frecuente sin que se encuentren soluciones de orden conductual o de otro tipo, es común la aparición de manifestaciones de agotamiento psicológico, el surgimiento de desinterés por la actividad educativa y la

reducción de la capacidad individual para cumplir con las responsabilidades y exigencias propias de la academia (Schaufeli, Martínez, Marques, Salanova & Bakker, 2002); esta serie de manifestaciones son conocidas como burnout académico, fenómeno que se ha relacionado con eventos múltiples como la experimentación de insatisfacción por los estudios (Caballero, Abello & Palacio, 2006), el bajo nivel de expectativas frente al desempeño profesional (Martínez & Marques, 2005), y en general, la tendencia a mostrar poca madurez en este plano (Manzano, 2002).

Sobre burnout existe una vasta evidencia investigativa con múltiples enfoques, sin embargo, su descripción y análisis enfoca el estudio del estrés académico sobre la connotación negativa del fenómeno, lo que ha conducido a que nuevos enfoques desde la psicología positiva hayan centrado el interés no sobre el estrés y sus desencadenantes sino sobre formas particulares y funcionales de responder al mismo, es decir, sobre conductas y actitudes de los estudiantes que contribuyen al adecuado afrontamiento del estrés y al manejo de su impacto sobre el desempeño académico; un escenario que se abre también para evaluar cómo tales formas funcionales de conducta pueden incluso moderar o mediar en las respuestas de AE.

En la actualidad ha venido creciendo una importante discusión acerca de la experiencia de “compromiso” por parte de los estudiantes frente a su proceso de formación, la investigación en la materia ha venido profundizando en el análisis del fenómeno conocido como *Engagement académico*, y para nuestro caso en particular, el mismo resulta muy relevante en el objetivo de identificar existencia de factores que como el engagement, podrían asociarse negativamente (en términos estadísticos) con la ansiedad AE.

El *Engagement académico* es considerado como un estado psicológico positivo que motiva la autorregulación y el funcionamiento óptimo del estudiante en sus actividades académicas, de lo que resulta una condición de bienestar frente a las demandas del ambiente educativo (Parra & Pérez, 2010). Entender el *Engagement* como un estado momentáneo y específico es un error, ya que en realidad comprende un estado más persistente y de afectividad cognitiva, que tiene efectos de larga duración en el individuo. Además, más que un concepto, el *engagement* es un constructo, pues no está conformado

por un único factor, sino por múltiples variables que influyen en este proceso psicológico dinámico (Salanova et al., 2000).

A propósito de ello, el *Engagement Académico* se caracteriza por tres escalas o manifestaciones definidas como *vigor*, *dedicación* y *absorción*, las cuales tienen una correlación importante entre sí, dicha correlación se sustenta debido a los resultados de estudios transculturales que se han realizado en más de 13 países para confirmar la validez de las dimensiones que definen al *Engagement*.

A continuación, se describen los ítems o indicadores que caracterizan a las dimensiones de Engagement (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de las dimensiones del Engagement Académico.

Vigor	Dedicación	Absorción
Altos niveles de energía	Entusiasmo e inspiración	Sentimiento de realización
Resiliencia mental frente a desafíos académicos	Satisfacción de cumplir con las metas propuestas	Niveles de concentración y disciplina
Deseos de invertir esfuerzos incluso cuando aparecen dificultades	Alta implicación en las actividades académicas	Actitudes positivas resultadas del interés y alto disfrute por las actividades

Fuente: elaboración propia.

En este sentido, las dimensiones del *engagement Académico* están directamente relacionadas con los procesos educativos desde una óptica positiva. Dentro del ámbito académico dichas manifestaciones hacen referencia a la propia autonomía y la notable implicación personal del estudiante frente a sus actividades académicas. Las dimensiones del engagement descritas en la Tabla 2 se definen de manera general como emociones académicas positivas que influyen en el cumplimiento de las tareas académicas, así como en la optimización de la calidad del aprendizaje (Cavazos & Encinas, 2016).

Asimismo, se reconoce el aumento que han tenido en los últimos años los estudios relacionados con los procesos y las emociones académicas

positivas, que actúan como mediadores del buen desempeño obtenido por los estudiantes (Pekrun 2006), así pues, en la búsqueda de identificar tales emociones, los investigadores (Manzano, 2004), (Pacheco, Duran y Rey, 2007), (Salanova et., al. 2010), han demostrado la alta relación del rendimiento académico con la motivación, las actitudes y el compromiso hacia los estudios. En efecto, Parra (2010), señala que los estudiantes mayormente comprometidos con sus tareas académicas son los más exitosos — determinado por el número de exámenes realizados y sus calificaciones — debido a esto, los estudiantes presentan un mayor nivel de aprobación lo que conduce a desarrollar actitudes y emociones académicas positivas.

En torno a este novedoso constructo psicológico, existen evidencias empíricas de sus relaciones negativas con el Burnout (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000; Durán, Extremera & Rey, 2004a), del vínculo positivo que posee con las habilidades emocionales (Extremera, Durán & Rey, 2005), además de la relación con diversos procesos facilitadores del estado de bienestar tales como el desarrollo profesional (Martínez & Salanova, 2003), los altos niveles de satisfacción, así como su incidencia en la disminución del indicador de abandono escolar (Salanova, Martínez, Bresó, Llorens & Grau, 2005).

De igual manera Caballero, Abello y Palacio (2007), a través de un estudio con universitarios colombianos, identificaron correlaciones positivas entre las dimensiones del burnout y la satisfacción frente al estudio. Asimismo, Bresó, Llorens, et al. (2005) también hallaron correlaciones positivas del engagement, esta vez con la autoeficacia académica, una variable de mucha relevancia en lo atinente al desempeño en asuntos académicos.

En esta línea, Huertas (1997) indica que:

“(..) la idea que tengamos sobre nuestras propias capacidades influye en las tareas que elegimos, las metas que nos proporcionamos, la planificación, esfuerzo y persistencia de las acciones encaminadas a dicha meta. En líneas generales, se puede afirmar que, al llevar a cabo cualquier actividad, más exigencias, aspiraciones y mayor dedicación a la misma” (p.108).

Esta afirmación establece un vínculo importante entre la autoeficacia y los niveles de motivación que direccionan al individuo en la realización de sus actividades, así como también lo movilizan y dirigen en consecuencia de la auto-observación de sus propias competencias y de los recursos que se impone frente a tales desafíos.

Por otro lado, González y Sánchez (2013), realizaron un estudio para determinar en qué medida el engagement actuaba como amortiguador de los efectos de la procrastinación académica, entendida como la tendencia a retrasar intencionalmente el inicio o término de ciertas actividades, pese a reconocer que ello puede afectar el bienestar de los individuos (Ariely & Werten-broch, 2002; Howell, Whatson, Powell & Buro, 2006; Lay & Silverman, 1996). En el estudio, se destacaron considerablemente las diferencias que existen entre los estudiantes con niveles medios-altos de engagement y los procrastinadores, sobre todo en las formas de afrontamiento de sus tareas académicas, además de evidenciarse el efecto amortiguador del engagement sobre la procrastinación académica, resultado del desarrollo de diversas estrategias de aprendizaje llevadas a cabo para la autorregulación de los pensamientos, emociones y comportamientos.

Dichos resultados definen los efectos negativos de la procrastinación académica sobre otras variables como la autorregulación deficiente, los problemas o dificultades que se atribuyen a la falta de tiempo en la realización de tareas, y la correlación negativa que posee con la percepción de tener un buen nivel de preparación ante los exámenes, efectos asociados de manera inversa con el engagement académico, que influye por su parte en las emociones relacionadas con el buen estado de ánimo, la motivación y la sensación de estar preparado frente a las evaluaciones académicas, siendo estos indicadores emocionales de engagement en los estudiantes (Lyubomirsky, King & Deiner, 2005; Skinner & Belmont, 1993).

En virtud de lo expuesto anteriormente, debemos señalar la importancia del estudio del engagement académico, así como los efectos de su interacción con otras variables asociadas con los procesos educativos y con las condiciones de bienestar experimentadas por los estudiantes. Este proceso psicológico positivo abre la brecha a un camino amplio de alternativas y mecanismos que

pueden contribuir a la generación de estrategias para contrarrestar los efectos nocivos que impactan sobre las metas del estudiantado.

Conclusiones

En tono de epítome, a continuación, presentamos los principales aprendizajes que guían la línea de análisis descriptivo de este trabajo.

La ansiedad es asumida como una respuesta adaptativa que suele aparecer ante diversas situaciones que impliquen para el individuo la percepción de un posible riesgo o la exposición a daños eventuales (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Las manifestaciones de ansiedad pueden ser desencadenadas por múltiples situaciones y en contextos muy variados, los cuales sobrepasan incluso los escenarios de carácter clínico; su presencia es común en aquellos contextos en los cuales los individuos son expuestos a posibles evaluaciones o juicios de carácter social como sucede, por ejemplo, en el contexto educativo (Ávila-Toscano et al., 2011); encontrarse ante la realización de una prueba o evaluación de orden académico cuyo resultado expone la habilidad, conocimiento y manejo de algún tema por parte de los estudiantes, puede ser un fenómeno que induzca al surgimiento de respuestas ansiógenas. Esta respuesta, conocida como AE, es presentada en los individuos como reacción ante la incertidumbre de los posibles resultados a obtener, y la manera como estos influyen en la percepción y estatus que los demás tienen acerca del evaluado. Sin embargo, a pesar de tratarse de un fenómeno frecuente cuyos efectos son relevantes, su estudio no se ha difundido con tanta asiduidad como sucede con otros eventos como la deserción, la intimidación entre iguales, etc., sin negar claro está, que existen evidencias importantes sobre el tema.

Viñas Poch y Caparrós (2000), consideran que la naturaleza estresante que supone la situación de aplicación de una evaluación, puede activar en el estudiante elevados niveles de ansiedad, así como vulnerar su equilibrio físico y psicológico contribuyendo a disminuir el rendimiento esperado. Por otro lado, Sánchez, Castañeiras y Posada (2008), consideran que los procesos cognitivos y emotivos son relevantes en este fenómeno, puesto que la interpretación del individuo ante las respuestas fisiológicas de su organismo y el estado afectivo

generado por la tensión de la situación enfrentada podrían asociarse con la ansiedad desarrollada.

El individuo percibe la situación de enfrentarse a la aplicación del examen como amenazante lo que determinará cambios fisiológicos, conductuales e incluso cognitivos, estos últimos tienen un papel muy importante en la ansiedad ante la evaluación, en tanto generan interferencia cognitiva y división de la atención, al respecto, Zeidner (1998) señala que la manera como el estudiante percibe la situación lo conlleva a dividir su atención focalizando entre los procesos de ejecución de la tarea y la cognición de sí mismo, lo cual disminuye su rendimiento académico.

Precisamente, uno de los mayores problemas de la ansiedad experimentada ante los exámenes o evaluaciones académicas consiste en su estrecha relación con el bajo rendimiento académico (Gutiérrez-Calvo & Avero, 1995; Viñas Poch & Caparrós, 2000) y la reducción de la eficiencia en el aprendizaje (Jadue, 2001), además del compromiso de la salud mental de los estudiantes.

Ahora bien, este efecto negativo de la AE en el rendimiento académico debe permitir considerar que el individuo no necesariamente presenta problemas de aprendizaje o en sus capacidades cognitivas, si no que el factor influyente es el extremo nivel de ansiedad durante la ejecución de la prueba, que en ocasiones supone una respuesta excesiva en el estudiante generando una sobrecarga en la memoria de trabajo, lo cual interfiere en las respuestas cognitivas encaminadas a la resolución de tarea y aumenta la ansiedad percibida (Lancha & Carrasco, 2003).

En este sentido varios estudios coinciden en señalar que la ansiedad desarrollada por los universitarios ante los exámenes y su efecto sobre el rendimiento, está relacionada con un nivel inadecuado de habilidades para el estudio, así como con el empleo de estrategias superficiales para el procesamiento de la información (Furlan, Sánchez, Heredia & Piemontesi, 2009) y déficit en la capacidad de ejecución.

Lo cierto es que la mayoría de las investigaciones que se enfocan en la ansiedad ante los exámenes se han centrado en variables como el papel de las estrategias de aprendizaje (Furlan et al., 2009), la interacción

con manifestaciones somáticas diversas (Viñas Poch & Caparrós, 2000), la diferencias existentes entre géneros (Sowa & LaFleur, 1986), la capacidad de afrontamiento (Sánchez et al., 2008) y otros elementos de estudio previamente descritos, lo cual demanda también la necesidad de extender los enfoques de análisis ocupando escenarios teóricos que merecen ampliación empírica.

Uno de estos escenarios consiste en la discusión cada vez más importante y actualizada acerca de la existencia de indicadores de “compromiso”, lo que actualmente se denomina como *engagement académico*, consistente en una respuesta psicológica y actitudinal positiva del estudiante hacia su proceso de formación, opuesta a las manifestaciones de “agotamiento” o *burnout*, y que puede significar un mecanismo psicológico para hacer frente a las condiciones amenazantes percibidas ante las evaluaciones académicas.

El *engagement* supone manifestaciones de vigor, dedicación y absorción frente al proceso académico, lo cual está muy relacionado con las creencias de autoeficacia (Schaufeli, Martínez, Marques Pinto, Salanova & Bakker, 2002) que posee el estudiante, por ello, resulta importante considerar el papel modulador que podría desempeñar este estado psicológico frente a la experimentación de conductas ansiosas cuando el estudiante se enfrenta a una evaluación.

El estudio de tales fenómenos bien podría ofrecer una visión más amplia y detallada acerca de la existencia de factores que como el *burnout*, pueden desencadenar la ansiedad ante los exámenes, por tal razón, resulta relevante en el contexto aplicado de la educación superior el análisis de los efectos de tales variables, en la medida que su identificación y adecuado reconocimiento constituye un aporte sustancial para la generación de estrategias educativas, que permitan dentro del ambiente universitario la construcción de un escenario académico más sano y propicio para asumir el reto educativo, sin los consabidos riesgos de mortalidad y bajo desempeño que se pueden asociar a la ansiedad producida por el desarrollo de las pruebas académicas.

Referencias

- Álvarez, J., Aguilar, J. & Lorenzo, J. (2012). La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios: relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Psychology*, 10(1), 333-354.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV-TR*. España: Harcourt Brace.
- Ariely, D. & Wertenbroch, K. (2002). Procrastination, deadlines, and performance: Self-Control by precommitment. *Psychological Science*, 13, 219- 224. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00441>
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 20-29.
- Arnaiz, P., & Guillén, F. (2012). Foreign language anxiety in a Spanish university setting: Interpersonal differences. *Revista de Psicodidáctica*, 17(1), 5-26.
- Ávila-Toscano, J. H., Hoyos, S., González, D. & Cabrales, A. (2011). Relación entre ansiedad ante los exámenes, tipos de pruebas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(26), 255-268.
- Bresó, E., Llorens S., & Salanova, M. (2005). Creencias de eficacia académica y engagement en estudiantes universitarios. *Jornades de Fomento de la Investigació*n. Disponible en: <http://n9.cl/5EO>
- Bresó, E. & Salanova, M. (2005). Efectos significativos del uso de las creencias de ineficacia como componente del burnout académico en estudiantes universitarios. *Jornades de Fomento de la Investigació*n. Disponible en: <https://bit.ly/2MCEBo>
- Caballero, C., Abello LL., & Palacio, J. (2006). Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2).
- Caballero-Domínguez, C. C., Gutiérrez, O. G., & Sañudo, J. E. P. (2015). Relación del burnout y el engagement con depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Salud Uninorte*, 31(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.1.5085>.
- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., & Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 62, No. 1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/379/37962105.pdf>
- Castillo, M. & González, C. (2009). Rendimiento académico de los deportistas destacados de la Universidad de los Lagos, campus Osorno. *Efdeportes.com. Revista Digital*, 14(138). Disponible en: <https://bit.ly/2JNxNw8>
- Cavazos Arroyo, J., & Encinas Orozco, F. C. (2016). Influence of academic engagement in graduate students' loyalty: A Structural Equation Modelling approach. *Estudios Gerenciales*, 32(140), 228-238.

- Durán, A., Extremera, N., & Rey, L. (2004a). Engagement and Burnout: Analyzing their association patterns, *Psychological Reports*, *94*, 1048-1050.
- Durán, A., Extremera, N., & Rey, L. (2005). Burnout y engagement en el marco de la experiencia piloto para la adaptación a los créditos europeos. En: *Libro de Actas del IX Congreso Nacional de Psicología Social*, La Coruña.
- Dziegielewski, S. F., Turnage, B., & Roest-Marti, S. (2004). Addressing stress with social work students: A controlled evaluation. *Journal of Social Work Education*, *40*(1), 105-119.
- Escalona, A. & Miguel-Tobal, J. J. (1996) La ansiedad ante los exámenes: evolución histórica y aportaciones prácticas para su tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, *2/3* (2), 195-209.
- Franks, C. M. (1969). *Behaviortherapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- Furlan, L. (2006). Ansiedad ante los exámenes. ¿Qué se evalúa y cómo? *Evaluar*, *6*, 32-51.
- Furlan, L., Sánchez, J., Heredia, D. & Piemontesi, S. (2009). Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios. *Pensamiento psicológico*, *12*, 117-124.
- Gil-Montes, P. R. (2001). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory- Geneeeral Survey. *Revista de Salud Pública de México*. *44*, 33-40. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.
- González-Brignardello, M. P., & Sánchez-Elvira-Paniagua, Á. (2013). ¿Puede amortiguar el Engagement los efectos nocivos de la Procrastinación Académica? *Acción psicológica*, *10*(1), 115-134. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3440/344030771012/>
- Gutiérrez-Calvo, M. (1984). Ansiedad evaluativa y deterioro del rendimiento. Los mediadores cognitivos directos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *39*(5), 963-982.
- Gutiérrez Calvo, M. y Avero, P. (1995). Ansiedad, estrategias auxiliares y comprensión lectora: déficit de procesamiento vs. Falta de confianza. *Psicothema*, *7*(3), 569-578. Disponible en: <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7289/7153>.
- Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, *15*, 27-33.
- Hembree, R. (1988). Correlates, causes, effects, and treatment of test anxiety. *Review of Educational Research*, *58*(1), 47-77. DOI: <https://doi.org/10.3102/00346543058001047>.
- Hernández, J. M. (2005). Ansiedad ante los exámenes: una evaluación de sus manifestaciones en los estudiantes universitarios españoles. *Barcelona, Universidad de Barcelona: PAU Education*, *1*, 13-18.
- Howell, A. J., Watson, D. C., Powell, R. A. & Buro, K. (2006). Academic procrastination: The pattern and correlates of behavioural postponement.

Personality and Individual Differences, 40(8), 1519-1530. DOI:10.1016/j.paid.2005.11.023.

Huertas, J. A. (1997). Motivación. *Querer aprender*. Buenos Aires: Aique.

Hystad, S. W., Eid, J., Laberg, J. C., Johnsen, B. H., & Bartone, P. T. (2009). Academic stress and health: Exploring the moderating role of personality hardiness. *Scandinavian journal of educational research*, 53(5), 421-429.

Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 27, 111-118.

Lancha, C. & Carrasco, M. (2003). Intervención en ansiedad a los exámenes, obsesiones y compulsiones contendidas en un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. *Acción psicológica*, 2(2), 173-190.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). Washington, DC, US: American Psychological Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/10546-004>.

Lay, C., & Silverman, S. (1996). Trait procrastination, anxiety, and dilatory behavior. *Personality and Individual Differences*, 21(1), 61-67.

Lewis, A. (1980). Problems presented by the ambiguous word anxiety as used in psychopathology. In: G. D. Burrows & B. Davies (Eds.). *Studies on anxiety* (pp.1-15). Amsterdam: Elsevier/North-Holland.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological bulletin*, 131(6), 803. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>.

Malmo, R. B. (1957). Anxiety and behavioral arousal. *Psychological Review*, 64, 276-287.

Manzano, G. (2002). Burnout y engagement en un colectivo preprofesional. Estudiantes universitarios. *Boletín de Psicología*, 74, 79-102.

Manzano, G. (2004). Perfil de los estudiantes comprometidos con sus estudios: influencia del burnout y engagement. *Anuario de Psicología*, 5(3), 399-415.

Marks, I. (1986). *Tratamiento de la neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.

Martín, I. M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de psicología*, 25(1), 87-99. Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/12812/file_1.pdf.

Martínez, I. M., & Salanova, M. (2001). Burnout y engagement en estudiantes de la Universitat Jaume I. *Docència Universitària: Avanços Recents. Publicacions de la Universitat Jaume I*.

Martínez, I. M., & Salanova, M. (2003). Niveles de burnout y engagement en estudiantes universitarios. Relación con el desempeño y desarrollo profesional. *Revista de Educación*, 330, 361-384. Disponible en: http://www.want.uji.es/wp-content/uploads/2017/03/2003_Mart%C3%ADnez-Salanova.pdf.

- Martínez, I. & Marques, A. (2005). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. *Revista Aletheia*, 21, 21-30.
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565.
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Pacheco, N., Durán, A., & Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de educación*, 342, 239-256.
- Parra, P., & Pérez, C., (2010). Propiedades psicométricas de la escala de compromiso académico, UWES-S (versión abreviada), en estudiantes de psicología. *Revista de Educación de Ciencias de la Salud*, 7(1), 128-133.
- Peñacoba Puente, C., & Moreno Jiménez, B. (1999). La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos poblacionales específicos. *Ansiedad y estrés*, 5(1), 61-78.
- Pérez, V. Martínez, O. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación [Anxiety in university students: study of a sample of students of the Faculty of Education]. *ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-78.
- Pekrun, R. (2006). The control-value theory of achievement emotions: Assumptions, corollaries, and implications for educational research and practice. *Educational Psychology Review*, 18(4), 315-341. doi: 10.1007/s10648-006-9029-9.
- Pitoni, D. & Rovella, A. (2013). Ansiedad y perfeccionismo: su relación con la evaluación académica universitaria. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 329-341.
- Rosenthal, T. L., Edwards, N. B., & Ackerman, B. J. (1987). Students' self-ratings of subjective stress across 30 months of medical school. *Behaviour research and therapy*, 25(2), 155-158.
- Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J., & Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "Engagement". *Una nueva perspectiva*, 16(2), 117-134.
- Salanova, M., Schufeli, W. B., Martínez, I. M., & Bresó, E. (2010). How obstacles and facilitators predict academic performance: The mediating role of study burnout and engagement. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23(1), 1-18. doi: 10.1080/10615800802609965.
- Sánchez, M., Castañeiras, C. & Posada, M. C. (2008). Ansiedad de evaluación en estudiantes universitarios: Estudio de las relaciones entre autoeficacia percibida y afrontamiento efectivo ante situaciones de examen. *IV Congreso marplatense de Psicología VI Encuentro de becarios de investigación*.

- Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Disponible en: <https://bit.ly/2ylsPBr>.
- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.
- Schaufeli, W., Martínez, I., Marques Pinto, A., Salanova, M. & Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464-481. doi: 10.1177/0022022102033005003.
- Sheehan, D. V. (1982). Panic attacks and phobias. *New England Journal of Medicine*, 307, 156-158.
- Sierra, L. C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Skinner, E. A., & Belmont, M. J. (1993). Motivation in the classroom: Reciprocal effects of teacher behavior and student engagement across the school year. *Journal of educational psychology*, 85(4), 571. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.85.4.571>.
- Sowa, C. J., & LaFleur, N. K. (1986). Gender Differences within Test Anxiety. *Journal of Instructional Psychology*, 13(2), 75.80.
- Tobias, S. (1985). Test anxiety: Interference, defective skills, and cognitive capacity. *Educational Psychologist*, 20(3), 135-142.
- Valdés, M. & Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés* (2ª Ed.). Barcelona: Martínez Roca.
- Valero Aguayo, L. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: Datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. *Anales de psicología*, 15(2). 223-231. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/167/16715206/>.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En: J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.). *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229-264). Madrid: Alhambra.
- Viñas Poch, F. & Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*, 4 (1). Disponible en: <https://bit.ly/2K0LgN1>.
- Wolpe, J. (1958). Neurosis. In: W. Arrol, H. J. Eysenck & R. Meili (Eds.). *Diccionario de psicología* (pp. 404-408). Madrid: Ediciones Rioduero.
- Yunker, P. J., Yunker, J. A., & Sterner, J. (1986). On the relationship between test anxiety and grades in accounting courses. *College Student Journal*.
- Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: The state of the art*. New York: Plenum.

Capítulo 9

Discapacidad motora y resiliencia en adultos



Eugenio Saavedra Guajardo^(a)

Camila Durán^(b)

Marina Escalera^(b)

Blanca Mora^(b)

Álvaro Pacheco^(b)

María de los Ángeles Pérez^(b)

a) Licenciado en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Magister en investigación Academia de Humanismo Cristiano (Chile), Doctor en Educación por la Universidad Valladolid (España, Terapeuta Cognitivo (Inteco), Psicólogo clínico acreditado. Profesor titular de la Universidad Católica del Maule (Chile).

b) Psicólogos. Universidad Católica del Maule (Chile).

Sinopsis del capítulo

El objetivo de esta revisión fue describir las características resilientes en población adulta en edad productiva, con discapacidad motora de nacimiento o adquirida, que no tengan otras discapacidades asociadas, esta fue realizada

Cómo citar este capítulo: Saavedra-Guajardo, E., Durán, C., Escalera, M., Mora, B., Pacheco, Á. & Pérez, M. (2018). Discapacidad motora y Resiliencia en adultos. En: A. D. Marenco-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 236-252). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

a través de una revisión sistemática entre el año 2007 y el año 2017. Se tomó la información de las bases de datos Dialnet, EBSCOhost, PubMed, Redalyc, Scielo, además de considerar otras fuentes semejantes a la temática. Dentro de esta revisión se encontró evidencia que da cuenta de la importancia de las habilidades resilientes para enfrentar las condiciones de que acompañan a las personas con discapacidad motora y sus familias. Dentro de los factores encontrados que pueden ayudar a la mejora en la calidad de vida del sujeto con discapacidad motora son la familia, las condiciones socioeconómicas, sus creencias, el nivel de educacional de las personas, entre otras. Se sugiere en futuras investigaciones trabajar más con población latinoamericana que acerque al investigador a detallar las capacidades resilientes en esta población y propuestas de intervención que apoyen en el desarrollo y fortalecimiento de estas.

Introducción

La palabra resiliencia según algunos autores tiene su origen en el idioma latín, del término resilio que se puede traducir como un volver atrás o rebotar hacia atrás, desde la psicología es tomado para definir a aquellas personas que logran reponerse satisfactoriamente de situaciones de alto riesgo, desarrollando una vida sana como resultado de un contexto familiar, social y cultural donde se manifiestan mecanismos protectores en el desarrollo de la persona resiliente (Kotliarenco & Cáceres, 2012; Losada & Latour, 2012). Igualmente, la resiliencia, está íntimamente asociada con las características de los individuos, que sirven para el afrontamiento de la adversidad y que se relaciona a la salud física, la flexibilidad cognitiva y la capacidad de crear y de aprender de los problemas para superarlos (Houston et al., 2017; Ríos-Risquez, Carrillo-García & Sabuco-Tebar, 2014).

En los últimos años, las investigaciones han mostrado un enfoque de asociación entre la incidencia de discapacidad y las herramientas resilientes que tiene esta población para afrontar sus condiciones (Suriá, 2012), debido a que la discapacidad se convierte en una limitación que genera dependencia en actividades diarias y que involucra autocuidado en las tareas esenciales para tener una mejor calidad de vida, limitando la participación en igualdad de condiciones en espacios sociales, laborales, educativos y culturales (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson & Anderson, 2004; Botero, 2013).

En este sentido, el presente documento describe las características resilientes en población adulta en edad productiva, con discapacidad motora de nacimiento o adquirida, que no tengan otras discapacidades asociadas; en estudios científicos cualitativos y cuantitativos de población latinoamericana y europea presentes en las principales bases de datos, a través de una revisión sistemática entre los periodos 2007 hasta el 2017. Se plantearon como objetivos específicos definir las variables asociadas a la discapacidad motora, y los elementos del entorno que están presentes en las conductas resilientes de esta población. Además de relacionar a partir de la evidencia los elementos protectores o de riesgo y las eventuales conductas resilientes presentes en las personas con discapacidad motora.

Resiliencia

La resiliencia es un constructo ampliamente estudiado, que quiere responder a los cuestionamientos que genera observar cómo las personas lidian con las circunstancias adversas logrando recuperar una buena vida, es descrita además, como una concepción dinámica que involucra al sujeto como un actor que viene predispuesto con una estructura psíquica que sirve de base para el desarrollo de la resiliencia, pero que también la ejercita a lo largo de su vida como forma de afrontar las distintas situaciones que se le van presentando (Saavedra, Castro, & Saavedra, 2012; Cejudo, López-Delgado, & Rubio, 2016).

Igualmente, es un concepto que está íntimamente asociado por varios autores, con características de los individuos, que se construyen y modifican a partir del lenguaje hablado, generando un proceso de interpretación de la realidad y de sí mismo, creando percepciones que pueden ser positivas o negativas, que abren posibilidades a la recuperación para determinar los mecanismos que acciona en superar los eventos traumáticos (Houston et al., 2017; Ríos-Risquez, Carrillo-García, & Sabuco-Tebar, 2014; Saavedra & Villalta, 2008).

Más tarde se presenta un modelo que explica la resiliencia como un aspecto que se manifiesta en conductas de acción para establecer metas y seguirlas, acompañadas de la flexibilidad necesaria para resolver problemas y la claridad en la definición de sí mismo que comprende aspectos

positivos en la afectividad y conductas proactivas ante los problemas; estos sujetos tienen creencias, redes y vínculos sociales que sirven de fuente de seguridad para interpretar formas de solucionar, generando resultados más satisfactorios y acordes con mejor calidad de vida (Saavedra 2003, en Saavedra & Villalta, 2008).

Es importante señalar, que la resiliencia no es un constructo que define solo a las personas en forma individual o a una etapa del ciclo de vida, sino también se ha estudiado y observado en grupos grandes y pequeños como puede ser una familias o comunidades, organizaciones, niños, adultos con diferentes variables asociadas, que tienen en común la mirada que le dan a las dificultades y las acciones que asumen para prevenirlas, minimizarlas o superarlas (García del Castillo, García del Castillo-López, López-Sánchez & Dias, 2015; Saavedra, 2011; González-Arratia & Valdez, 2013).

Entre las áreas de desarrollo de la resiliencia está la autoestima y el autoconcepto de los individuos, evidenciándose que una visión positiva de sí mismo es un factor predictor de comportamientos resilientes (Callisaya, 2017). Para Saavedra, Castro & Inostroza, (2012), el desarrollo de la resiliencia se fortalece a partir del autoconcepto como parte de la identidad de los individuos que nace de la retroalimentación recibida de las figuras significativas del niño, como los familiares y sus cuidadores. Asimismo, Quiceno & Vinaccia (2013), en su estudio confirman la hipótesis de otros autores respecto a que la resiliencia y la espiritualidad tiene una íntima relación positiva, demostrando que las personas que tienen algún sentido de trascendencia que puede o no desarrollarse a través de la religión, despliegan explicaciones ante situaciones vividas y sufridas que les ayudan a dar un sentido positivo y de resignación a lo sucedido, favoreciendo la adaptación al cambio y generando un marco protector para la salud mental.

Con relación a la salud, la población que despliega conductas resilientes da cuenta de menor percepción de dolor en sus enfermedades físicas, asociado a un mejor bienestar dentro de las limitaciones que sus condiciones médicas ofrecen y la potenciación de habilidades para optimizar y organizar los recursos en función del mantenimiento de la salud. Estas habilidades son descritas como mayores niveles de protección que se traduce en actuar con celeridad ante riesgos de salud con capacidad de autogestión, a esto se

suma el pensamiento positivo en relación al avance de sus enfermedades (Pagnini et al., 2011; García del Castillo et al., 2015). Es importante resaltar, que estas conductas resilientes no solo benefician al paciente sino además a sus familiares y cuidadores que hacen parte del círculo cercano, siendo difícil precisar qué se produce primero, si las conductas resilientes por parte del enfermo o por parte de sus redes de apoyo.

Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia

Para poder hablar de factores protectores y factores de riesgo se debe aclarar la definición de cada concepto. Según algunos autores (García del Castillo et al., 2015; Callisaya, 2017), los factores de riesgo son las características individuales que permiten la capacidad de adaptación al ambiente o situacionales que están presentes en la interacción con personas que representan vínculos afectivos de calidad, pero que aumentan la posibilidad de deterioro que puede ser irreversible, sufrimiento, de uso y abuso de estupefacientes entre otras formas de daño. Por lo contrario, los factores protectores son las características individuales (capacidad de adaptación), ambientales (contextos) o situacionales que se fortalecen en la interacción con los vínculos afectivos de calidad y que reducen, coartan o mitigan la posibilidad de daño y acentúa la capacidad resiliente.

Si bien la resiliencia se expone en múltiples definiciones como una capacidad que tienen algunos individuos para superar dificultades y proyectarse a futuro a partir de esas situaciones, no significa que es una condición presente siempre, al contrario, es una capacidad que fluctúa en distintos momentos y se diferencia en niveles dependiendo de la historia de vida del sujeto, teniendo a favor que es dinámica y está en constante

Dentro de las etapas del ciclo vital vivido por cada persona hay factores que pueden ayudar a fortalecer o disminuir la resiliencia, por lo que una misma variable puede actuar como factor protector o factor de riesgo (Morelato, 2011), en este punto cada autor tiene su mirada a favor o en contra, por lo que aún no existe una visión unificada de estos elementos.

Dentro de los siete factores se encuentran: Adversidad, Vulnerabilidad, Afrontamiento, Inteligencia emocional, Bienestar subjetivo, Locus de control (interno y externo) y finalmente la capacidad de competencia que posea la persona (García del Castillo et al., 2015).

Desde otra perspectiva se puede identificar algunos factores de riesgo entre los que están, los biológicos e internos del sujeto como deterioro cognitivo, agresiones reiteradas, delincuencia, fracaso académico, temperamento difícil, entre otras. medioambientales donde se ubica a la familia, contextos de pobreza, padres con abuso de sustancias, criminalidades y/o enfermedades mentales, separación de los padres, negligencia parental, falta de un cuidador por mucho tiempo, abuso sexual o físico, entre otros que influyen en la mirada del sujeto del mundo interior hacia el mundo exterior. En los factores protectores de una persona resiliente se evidencian elementos como una autoestima positiva, confianza, optimismo, autonomía, sentido de esperanza e independencia, empatía, motivación al logro, etcétera. Estas características están influenciadas por el entorno más cercano a través de la relación cálida con los padres, vínculo seguro y tener un hogar que se componga de rutinas. También la comunidad juega un papel importante en la interacción fuera de la familia, amigos que apoyen al individuo, creencias religiosas y desempeño en el lugar de trabajo, que al presentar un ambiente favorable al sujeto estimulará los elementos característicos en una persona resiliente (Saavedra, 2011; Aguiar & Acle-Tomasini, 2012; Saavedra et al, 2015). Finalmente es importante mencionar que, aunque no se puede decir que estos factores determinan un problema a lo largo de la vida, si se puede mencionar que aumentan la probabilidad que se presenten, por lo que una persona resiliente, aunque tenga cualquiera de estos factores de riesgo igual posee rasgos protectores que permiten aminorar la situación problemática y enfrentarla de forma segura (Saavedra, 2011; Saavedra et al, 2015).

Discapacidad

El concepto de discapacidad ha estado en una dinámica de cambio influenciado por los derechos humanos y la forma en que ha sido involucrado en la sociedad la idea de respeto por las diferencias individuales (Naciones Unidas, 2008). Por esto la OMS y el Banco mundial publicó en 2011 el Informe mundial sobre la discapacidad, presentando un cambio en el concepto definiéndola como una condición humana en la cual casi todas las personas sufrirán algún

tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la adultez mayor experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto (OMS & Banco mundial, 2011). Actualmente, se desarrolla una visión de la discapacidad donde el problema no es la persona o la condición que padece, sino el reconocimiento de su derecho para participar libremente en la sociedad, derecho que debe satisfacer el estado a través de leyes y normas que los favorezcan y la sociedad a través de instaurar una cultura de respeto y real integración independiente de las condiciones de vida que pueda presentar esta población (Hurtado et al., 2012).

Barreras contextuales y personales de individuos con discapacidad

En muchas ocasiones, las personas que presentan algún tipo de discapacidad se encuentran con una serie de barreras externas a la de la propia persona, que impiden o dificultan que puedan integrarse libremente a la comunidad y poder ejercer algún rol dentro de ella, lo cual conlleva a que no logren de plenamente su independencia (Lotito & Sanhueza, 2011). Estas barreras externas se evidencian en las infraestructuras de uso público que no contemplan un acceso y tránsito sin dificultad para las personas con reducida movilidad, todo esto a pesar de los esfuerzos en normativas legales.

En cuanto al tema de legislación, se han podido apreciar cambios, especialmente en los países desarrollados; donde se observan en diferentes ámbitos como educativo, político y en la sociedad en general (SENADIS & Ministerio de desarrollo social, 2013). Como sociedad se observan avance en cuanto a la actitud hacia las personas con discapacidades, mayores niveles de empatía, solidaridad y respeto por el otro, pero el estigma social que puede significar tener una condición de discapacidad está aún presente en muchos contextos (Palma et al., 2016).

El acceso a la educación superior de personas con discapacidad abre opciones para su desarrollo y mejora en las condiciones de vida, permitiendo que a su vez sean participantes activos a través de la validación en su aporte dentro de su desempeño laboral, siendo valorados desde sus capacidades y no desde sus limitaciones (Samaniego, 2009). Sin embargo, las estadísticas muestran que esta participación de las personas con discapacidad en la educación superior es escasa (Palma et al., 2016).

Definición de discapacidad motora

En el artículo Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos, se define la discapacidad motora como la alteración de la capacidad del movimiento que se presenta en distintos grados y que limitan la función de desplazamiento de la persona y/o de manipulación, que limita al individuo en su desarrollo personal y social. Puede ser de nacimiento o adquirida, siendo esta última una consecuencia de lesiones, accidentes, consecuencias de enfermedades que afectan al cuerpo (Pérez & Garaigordobil, 2007).

La discapacidad motora es un tema muy poco estudiado, esto es paradójico ya que como la OMS ha mencionado se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial en 2010. Esta cifra es superior a las estimaciones previas correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10% (OMS & Banco Mundial, 2011).

Tipos de discapacidad motora

Para poder hablar de discapacidad motora es necesario conocer los tipos de discapacidad motora que el ámbito médico ha clasificado según topografía del trastorno motor, donde se pueden encontrar cinco, en el cual se encuentra la tetraplejía el cual consiste en la afectación de los cuatro miembros, la paraplejía es la afectación de dos miembros superiores o inferiores, las hemiplejías es la afectación de dos miembros de un lado u otro del cuerpo, las diplejías que consisten en la afectación indistinta de dos miembros cualquiera y como última se encuentra la monoplejía que es la afectación de un solo miembro. Según la clasificación de las características de movimiento se encuentra la espasticidad la cual significa un tono muscular excesivo de la persona, la hipotonía que es la disminución del tono muscular, distonía el cual consiste en la alteración del tono muscular que está caracterizado por espasmos de contracción intermitente. A pesar de la variedad de en las clasificaciones es frecuente el que sea difícil situar a un afectado en una de estas categorías, debido a la existencia de formas de transición entre unos y otros de los grupos así caracterizados (Pérez & Garaigordobil, 2007).

Barreras ambientales, políticas, económicas y sociales de las personas con discapacidad motora

Como se mencionó anteriormente las personas con discapacidades se enfrentan cotidianamente a distintos obstáculos, las personas que tienen discapacidades motoras por nacimiento enfrentan estas barreras desde el

principio de sus vidas, pero las personas que adquirieron mediante un evento desafortunado las limitaciones motoras logran ver las facilidades que las personas sin ningún tipo de discapacidad tienen, como el desplazamiento de un lugar a otro donde las barreras ambientales dificultan su participación o acceso a servicios de salud (Leturia, Pérez, Sannino & Martínez, 2014), esto se ve reflejado cuando se encuentran normalmente con espacios inaccesibles o inadecuados para sus necesidades.

En el ámbito político y económico, se observa la poca efectividad o desconocimiento en las políticas públicas que, a pesar de los aportes logrados con los años, no logran garantizar el derecho a la educación superior dentro de sus condiciones de vida, así como también mayores oportunidades de empleo que les garantice ingresos económicos para sustentar sus necesidades y las de sus familias (Huete & Quezada, 2014; Legarreta & Gutiérrez, 2014).

Por otra parte, en los aspectos sociales y/o actitudinales se enfrentan a la actitud negativa de diversas personas frente a la discapacidad, la falta de apoyo o desconocimiento acerca del manejo de este y los procedimientos de orden asistencial como la falta de afiliación a seguridad social o el manejo inadecuado en condiciones de emergencia (Serrano et al., 2013).

Resiliencia y discapacidad motora

A partir de los años noventa desde el enfoque psicosocial se comenzó a defender los derechos e igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas, declarando que la sociedad es el problema, no la persona que posee alguna condición limitante. Desde ahí se inicia un camino de investigación y práctica sobre las personas con discapacidad, investigando cómo éstos individuos enfrentan diversas situaciones problemáticas en sus vidas, además de qué herramientas cognitivas y emocionales estarían presentes en sus capacidades resiliente (Barton, 2015).

A través de diversos estudios se observa que los individuos con una discapacidad adquirida a lo largo de la vida presentan niveles más altos de resiliencia que aquellos que conviven con la discapacidad desde el nacimiento, esto podría deberse a que este grupo desarrollan sus aprendizajes, adaptaciones y autoconcepto en asociación con su condición que los limita y minimiza tanto física como psicológicamente, mientras que los de discapacidad sobrevenida desarrollaron una relación consigo mismo, los logros y capacidades con un cuerpo que no los limitó para interactuar y desarrollarse (Saavedra & Villalta, 2008; Suriá, 2012)

Con referencia a lo dicho anteriormente, se ha estudiado el bienestar del sujeto con discapacidad motora haciendo referencia a la valoración de

las personas tienen sobre el estado de sus vidas independiente de su tipo de limitación o discapacidad, descubriendo que las conforman por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales, referida a los estados de ánimo del sujeto y otra centrada en los aspectos cognitivos valorativos, referido a la Es importante destacar que la valoración que las personas hacen de sí mismo y de sus condiciones de vida está determinada por las distintas oportunidades y el apoyo que percibe de su entorno, desde este punto de vista entre más vínculos de apoyo y oportunidades tenga la persona con discapacidad motora, es más frecuente que se pongan de manifiesto conductas para lograr combatir de diferentes maneras la problemática que ellos padecen, ya sea de nacimiento o adquirida. La diferencia entre bienestar subjetivo en esta población puede ser determinado por los niveles de resiliencia que esté vivenciando ante las dificultades. Estos niveles se pueden ver en aumento o en disminución por variados factores tanto protectores como de riesgo en la vida del sujeto (Saavedra & Villalta, 2008) y la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida (Suriá, 2016).

Políticas Públicas sobre la Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial han creado un Informe mundial sobre la discapacidad, para entregar información que ayudará a crear políticas y programas que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidades en cada país, a partir de la idea que la discapacidad es parte de nuestra condición humana, pues en algún momento de la vida se puede sufrir algún tipo de discapacidad, ya sea transitoria o permanente por accidentes como también por el proceso propio del envejecimiento (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012). Dentro de este informe se plantean ciertas medidas, entre las que destacan el poder establecer entornos que sean propicios, promover rehabilitaciones que cuenten con servicios de apoyo, brindar una óptima protección social, instaurar políticas y programas inclusivos, y aplicar normas y reglamentaciones en beneficio de las personas con discapacidades (OMS & Banco Mundial, 2011).

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, (2012) refiere que esta Convención ofrece un modelo de derechos humanos a través del cual, toda persona con discapacidad que no pueda cuidar de sí misma, recibe la misma condición de humanidad y dignidad, por tanto, toda discriminación que sufra será entendida como una violación de los derechos humanos. Por ende, se plantea un cambio en la percepción social de la discapacidad de manera que se asuma que es importante poder ayudar a todas las personas con discapacidad, brindándoles la oportunidad de vivir su vida de la forma más independiente y plena posible; esto lleva a la eliminación de las barreras, específicamente las

arquitectónicas, que existen sobre el tema (Toboso & Arnau, 2008); puesto que tales problemas son los más visibles para todos.

Es relevante destacar que, en el Consejo de Ministros, el 26 de septiembre de 2008 se aprobó la Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad 2008-2012; esto es fundamental porque pretende fomentar la inclusión en el empleo, favoreciendo la contratación (principalmente el contrato indefinido) de personas con discapacidades, y, por tanto, que obtengan un puesto de trabajo permanente.

Es importante señalar que, el concepto de discapacidad en Chile ha sido abordado desde diferentes modelos, donde se asumen e incluyen las múltiples visiones que se han desarrollado en otros países; es por esto que se crea un modelo centrado en las personas, respetando sus derechos en pro de generar condiciones que permitan a las personas con discapacidades, tener igualdad de condiciones y oportunidades (SENADIS & Ministerio de desarrollo social, 2013).

En cuanto al ámbito legal se destaca en el año 1994 la promulgación de la Ley N° 19.284, la cual establece normas para la plena integración social de las personas con discapacidad; a partir de ese año y hasta hoy, se han creado a lo menos 21 cuerpos normativos que han abordado el tema de la discapacidad en diversos ámbitos vinculados con la educación, salud, capacitación y trabajo, accesibilidad al entorno, vivienda, entre otros (SENADIS & Ministerio de desarrollo social, 2013).

Igualmente, el 10 de febrero del 2010 en Chile se estableció la entrada en vigencia de la Ley 20.422, la cual crea normas en base a la inclusión social e igualdad de oportunidades de personas con discapacidad, la que fue creada por el SENADIS; uno de los criterios en que se basa esta ley, es poder asegurar el pleno respeto hacia la dignidad de las personas con discapacidades, eliminando cualquier tipo de discriminación (SENADIS, 2010).

Finalmente, con lo mencionado, es posible decir que todo el marco legal a nivel mundial ha cobrado espacio en los últimos años para promover la defensa, el respeto y los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad, ofreciendo a esta población un contexto con más oportunidades, desde una mirada de igualdad de derechos que a su vez favorece las habilidades resilientes. Es claro que el trabajo apenas empieza, y como sociedad se tiene el deber fundamental de poder conocer y comprometerse con las políticas públicas, que significan igualdad de opciones para todos, entendiendo que para que se produzca un cambio cultural, se debe contar con la participación activa de cada ciudadano para crear así un Chile más Inclusivo (SENADIS & Ministerio de desarrollo social, 2013). Se han conseguido enormes avances, pero aún queda un largo camino por recorrer.

Intervenciones en Resiliencia y Discapacidad

Dentro de las intervenciones que se pueden destacar en este capítulo son las intervenciones que se realizan a nivel educativo y laboral, se sabe a través del segundo estudio de discapacidad en Chile que alrededor de un 8% del total de las personas con discapacidad accede a la educación superior pero más de la mitad no logra terminar sus estudios, es por esto que más del 60% de los discapacitados mayores de 15 años no realizan ningún tipo de trabajo remunerado, por lo que no tienen acceso a una vida con todas sus necesidades cubiertas (Ministerio de Desarrollo Social, 2016 a; Ministerio de desarrollo Social, 2016 b).

En Chile el año 2013 se implementó un programa de inclusión laboral en personas con discapacidad sensorial y motora, ésta se realiza a cien personas estudiantes de la Universidad de los lagos, su objetivo principal fue fomentar el vínculo con el mundo laboral a través de un programa de educación inclusiva, los resultados fueron satisfactorios ya que fortaleció la comunidad de estudiantes y trabajadores, generando mejor clima social y una mayor sensibilización de cada estudiantes, así como aumento las redes de asociatividad y colaboración con organizaciones que se vinculan a estas temáticas (Gálvez, Vrsalovic & Valenzuela, 2013).

En España en el año 2009 se implementó un programa parecido al anterior, con la diferencia que fue un programa que se implementó por 24 meses y con personas con discapacidad intelectual (Egido, Cerrillo & Camina, 2009). También se trabaja en España la discapacidad auditiva, con el desarrollo de estrategias comunicativas que les ayuden en la adquisición de competencias lingüísticas mediante el conocimiento y la intervención con las formas y técnicas de comunicación (Martínez, Pérez, Padilla, López-Liria & Lucas, 2008). En una temática un poco distinta se encuentra Colombia, ellos trabajan la inclusión social de niños entre 0 a 14 años. Esto se lleva a cabo a través de tres proyectos el primero llamado “Ruta Atención Integral a la Primera Infancia en Situación de Discapacidad del Distrito Capital”, su objetivo fue contribuir al cumplimiento de los derechos y políticas por la calidad de vida de los niños discapacitados. Un segundo proyecto llamado “la inclusión un camino que construimos todos”, que fortalece la capacidad de entidades y profesionales que trabajen con población infantil a detectar oportunamente diferentes condiciones de discapacidad, y por último el Proyecto para fortalecer la capacidad de atención de los funcionarios de OPAIN (funcionarios del aeropuerto internacional el dorado), para brindarle una atención de calidad y seguridad de usuarios con discapacidad (Brunal et al, 2013).

Cada una de estas intervenciones, fortalece la resiliencia en las personas que presentan discapacidad, ya que las movilizan para que se inserten en el medio

laboral, social y educativo para poder mantener contacto con otros lo que ayuda a tener más confianza en sí mismo de poder seguir mejorando la calidad de vida, enfocándose en la fortalezas y recursos que la persona tiene y puede adoptar, no en las carencias (Quintero, 2005 en Palma-García & Hombrados-Mendieta, 2013).

Conclusión

El presente trabajo describe las características resilientes en población adulta en edad productiva, con discapacidad motora de nacimiento o adquirida, que no tengan otras discapacidades asociadas; en estudios científicos cualitativos y cuantitativos de población latinoamericana y europea presentes en las principales bases de datos, a través de una revisión sistemática entre los periodos 2007 hasta el 2017. Para ello se plantearon diferentes objetivos. En base al primer objetivo, se observó que las personas con discapacidad motora son aquellas que poseen algún tipo de limitación del movimiento, que puede presentar en distintos grados y adquirir ya sea por nacimiento o debido a una circunstancia desafortunada o una enfermedad degenerativa; con el tiempo los individuos se enfrentan cotidianamente a distintas dificultades y/o barreras ambientales, políticas, económicas y sociales. Es preciso destacar que los distintos países a nivel de Latinoamérica y Europa han creado políticas públicas entorno a la discapacidad, donde con el transcurrir de los años han reconocido sus necesidades para poder tener un desenvolvimiento con igualdad de oportunidades dentro de la sociedad. Sin embargo, es evidente que en muchas ocasiones no están implementadas, es decir no se encuentran materializadas, puesto que no hay una entidad que fiscalice continuamente el cumplimiento de éstas normativas.

Con respecto al segundo objetivo cuando se integra una persona con discapacidad dentro de la familia, se percibe como una situación extraña e inesperada que de alguna manera rompe con las expectativas que se tenían sobre el hijo deseado, por lo que puntualmente la familia o figuras de apoyo están presentes en las vidas de estas personas y procurarán continuar con su independencia habitual. Por otro lado, es preciso señalar que las políticas públicas son fundamentales, si éstas realmente se materializan en acciones concretas dando paso a la inclusión a través de la participación activa en los diferentes contextos.

En el tercer objetivo, se observan como elementos protectores el grado de discapacidad motora, es decir, nunca es igual la realidad que vive una persona con discapacidad motora que posee funcionalidad en sus miembros superiores, por lo tanto, es un factor que beneficia las condiciones resilientes del individuo. También se encontró en las distintas investigaciones que a medida que se avanza en edad la resiliencia es mayor; por lo que hay que considerar que una discapacidad es dolorosa en cualquier etapa del ciclo vital

pero cuanto más tiempo pasa más oportunidades hay de asimilar el cambio. Igualmente, la familia puede ser percibida como un elemento protector, especialmente si se apoya de una situación económica favorable. En este aspecto las políticas públicas juegan un papel crucial, ya que en muchos países incluyendo Chile se asigna una pensión a las personas con discapacidad por parte del estado, y se han aprobado normativas que posibilitan la inserción laboral, permitiendo generar ingresos y participar en espacios donde en otros momentos de la historia habían sido excluidos por sus condiciones físicas. Por otro lado, se encuentra el apoyo de redes familiares y sociales; sin embargo, la familia también puede ser considerada un elemento de riesgo, esto depende de cómo responda en el proceso de adaptación que involucra tener un miembro de la familia con una recién adquirida discapacidad que modifica y a veces interrumpe las metas del proyecto de vida que la familia se había planteado. Otro de los elementos de riesgo estudiados, es que la población con discapacidad motora recibe mayores percepciones negativas del medio, las que abarcan rechazo social y una valoración precaria en cuanto a sus capacidades, generando así sentimientos de frustración y aumentando la posibilidad de que tanto el autoconcepto como la autoestima hacia ellos mismos sea negativa. Además, un escaso porcentaje de las personas con discapacidad motora acceden a la educación superior, esto es debido a distintas variables que van desde las adaptaciones físicas que ofrece el entorno universitario, hasta las modificaciones curriculares y pedagógicas. También es preciso señalar que otro factor de riesgo es la pérdida o falta de figuras de apoyo significativas; y en el caso de que las posea, en algunas situaciones no es capaz de percibir las como tal. Con lo observado y analizado durante el proceso de revisión sistemática, cabe decir que las personas con discapacidad motora se enfrentan cotidianamente a distintos eventos donde pueden desarrollar diversos trastornos afectando su percepción de bienestar, sin embargo, en otras circunstancias son capaces de rescatar un aprendizaje resiliente, desarrollando así nuevas habilidades y en consecuencia una posterior aceptación de sus nuevas condiciones físicas y sociales a las que se enfrentan. Con respecto al cuarto objetivo, se analizó que la búsqueda de espiritualidad mejora la capacidad de aceptación de la realidad a través de las creencias de un ser superior. Asimismo, el deporte potencia diferentes características, como la motivación, rehabilitación y genera la liberación de endorfinas las que producen bienestar en las personas; por lo que se podría decir que ser perteneciente de un grupo, le proporciona un soporte a la persona con discapacidad. Otra conducta resiliente es poseer actitud de servicio a la comunidad estableciendo vínculos estrechos, así mismo la percepción que tenga la persona con discapacidad de sí mismo afectará a la de su entorno.

Con la recopilación de información que se llevó a cabo en la revisión sistemática sobre la resiliencia y discapacidad motora en adultos en edad productiva, se puede sugerir que es pertinente realizar estudios que midan los niveles de resiliencia en personas con discapacidad motora con población latinoamericana, ya que los estudios recabados son escasos y que la muestra tiene pocos participantes, además que la mayoría de los artículos científicos son realizados con población europea, en donde las leyes y el apoyo tanto político como educacional no es similar al de Latinoamérica, donde se podrían desarrollar planes de intervención con el propósito de fomentar el desarrollo resiliente de las personas con discapacidad motora como de sus familias ya que la literatura da evidencia que el apoyo de la familia puede tener una función protectora que estimule a seguir en el logro de metas a la persona con discapacidad motora, o convertirse en un factor de riesgo que hace más difícil su proceso de adaptación y resignificación de la vida a partir de esta condición. Los autores también resaltan dentro de los conocimientos adquiridos los niveles de resiliencia como una causa determinante que define el bienestar subjetivo percibido por las personas con discapacidad motora. Esta mirada desde las posibilidades de desarrollo puede ser la diferencia entre una vida feliz y una desdichada. Finalmente, otra sugerencia de mencionar es que los estudios puedan evidenciar las diferencias entre los niveles de resiliencia según la edad de los participantes y en la edad que se adquirió la discapacidad motora.

Referencias

- Aguar, E., & Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: Elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64. Recuperado de <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=79825836002>
- Barton, L. (2015). Estudios sobre discapacidad y la búsqueda de inclusividad: observaciones.
- Botero, P. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 196-214.
- Brunal, B., Ferreira, P., García de Galindo, L., Lucía, M., Acosta, P., Falla, E., & Lopera, G. (2013). Tres proyectos de inclusión para niños y jóvenes con discapacidad en entornos funcionales urbanos. *IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. ISBN: 978- 84-606-6434-5
- Callisaya, J. (2017). Análisis de la resiliencia de un adolescente en situación de riesgo por consumo de alcohol. *Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 13(13), 41-58.
- Cejudo, J., López-Delgado, M., & Rubio, M. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia: su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario De Psicología*, 46, 51-57. doi:10.1016/j.anpsic.2016.07.001
- Egido, I., & Cerrillo, R., & Camina, A. (2009). La inclusión social y laboral de las personas con discapacidad intelectual mediante los programas de empleo con apoyo. Un reto para la orientación. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 20 (2), 135-146.
- Fried, L., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting

- and care. *The journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), 255-263.
- Gálvez, D., Vrsalovic, V., & Valenzuela, P. (2013). *Programa de inclusión educativa y laboral para personas en situación de discapacidad sensorial y motora*.
- García del Castillo, J., García del Castillo-López, Á., López-Sánchez, C., & Días, P. (2015). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud Y Drogas*, 16(1), 59-68.
- González-Arratia, N., & Valdez, J. (2013). Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 941-955. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358942803005>
- Huete, A., & Quezada, M. (2014). Análisis de Retorno Social de la Inversión en dos sistemas de apoyo a personas con gran discapacidad: asistencia personal y servicio residencial. Un estudio de caso. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 51-69.
- Houston, J., First, J., Spialek, M., Sorenson, M., Mills-Sandoval, T., Lockett, M., Nitiéma, P., Allen, S., & Pfefferbaum, B. (2017). Randomized controlled trial of the Resilience and Coping Intervention (RCI) with undergraduate university students. *Journal of American College Health*, 65(1), 1. doi:10.1080/07448481.2016.1227826.
- Hurtado, M., Aguilar, J., Mora, A., Sandoval, C., Peña, C., & León, A. (2012). Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Salud Uninorte*, 28(2), 227-237.
- Kotliarenco, M., & Cáceres, I. (2012). Resiliencia y educación infantil temprana en américa latina. *Revista Academia*, 3(2), 35. Recuperado de http://www.revistaakademeia.cl/wp/wp-content/uploads/2013/12/articulo-3_Kotliarenco-y-Caceres.pdf.
- Legarreta, R., & Gutiérrez, D. (2014). La incentivación del empleo de las personas con discapacidad en el medio ordinario de trabajo. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 7-32.
- Leturia, F., Pérez, O., Sannino, C., & Martínez, R. (2014). La atención sanitaria a las personas con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 151-164.
- Lotito, F., & Sanhueza, H. (2011). Discapacidad y barreras arquitectónicas: Un desafío para la inclusión. *Revista AUS*, (9), 10-13.
- Losada, A., & Latour, M. (2012). Resiliencia conceptualización e investigaciones en Argentina. *Psiencia: Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 4(2), 84-97. doi:10.5872/psiencia/4.2.3.
- Martínez, M., Pérez, M., Padilla, D., López-Liria, R., & Lucas, F. (2008). *Métodos de intervención en la discapacidad auditiva*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 219-224.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2016 a). II Estudio Nacional de la Discapacidad. *Resultado sobre la inclusión laboral de la población adulta (de 18 o más)*. 1 - 101.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2016 b). II Estudio Nacional de la Discapacidad. *Resultado sobre educación en la población adulta (18 o más) e infantil (2 a 17 años)*. 1- 43.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020*.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 83-96.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], & Banco Mundial. (2011). *Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad*, 1-27.
- Naciones unidas. (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Material de promoción: Serie de Capacitación Profesional N° 15*. Nueva York y Ginebra, 1-56.

- Pagnini, F., Bomba, G., Guenzani, D., Banfi, P., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2011). Hacer frente a la esclerosis lateral amiotrófica: la capacidad de resiliencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 213-219. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826003.pdf>.
- Palma-García, M., & Hombrados-Mendieta, I. (2013). *Trabajo Social y resiliencia: revisión de elementos convergentes. Portularia*, XIII (2), 89-98.
- Palma, O., Soto, X., Barria, C., Lucero, X., Mella, D., Santana, Y., & Seguel, E. (2016). Estudio cualitativo del proceso de adaptación e inclusión de un grupo de estudiantes de educación superior con discapacidad de la universidad de Magallanes. *Magallania*, 44(2), 131-158.
- Pérez, J., & Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357, doi: 10.1174/021093 907782506434.
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 591-619. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a08.pdf>
- Ríos-Risquez, M., Carrillo-García, C., & Sabuco-Tebar, E. (2014). Resiliencia, síndrome de quemarse en el trabajo y malestar psicológico en estudiantes de enfermería. *Ansiedad Y Estrés*, 20(2-3), 115-126.
- Saavedra, E. (2011). La resiliencia desde una mirada post racionalista: Dos historias de vida. Saarbrücken: Académica Española.
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 14(14), 31-40.
- Saavedra, E., Castro, A., & Inostroza, A. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Pequén*, 2(1), 161-184. Recuperado de <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/RP/article/view/1839>
- Saavedra, E., Castro, A., & Saavedra, P. (2012). Autopercepción de los jóvenes universitarios y resiliencia: construcción de sus particularidades. *Revista Katharsis*, (14), 89-105.
- Saavedra, E., Salas, G., Cornejo, C., & Morales, P. (2015). Resiliencia y calidad de vida. La psicología educacional en diálogo con otras disciplinas. Talca: Editorial Universidad Católica del Maule.
- Samaniego, P. (2009). *Personas con discapacidad y acceso a servicios educativos en Latinoamérica: Análisis de situación*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Servicio Nacional de la Discapacidad [SENADIS] (2010). *Balance de Gestión Integral*. Santiago de Chile.
- Servicio Nacional de la Discapacidad [SENADIS], & Ministerio de desarrollo social. (2013). *Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020*. Chile, 1-47.
- Serrano, C., Ramírez, C., Abril, J., Ramón, L., Guerra, L., & Clavijo, N. (2013). Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 45(1), 41-51.
- Suriá, R. (2012). Resiliencia en jóvenes con discapacidad: ¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad? *Boletín de Psicología*, (105), 75-89.
- Toboso, M., & Arnau, M. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 10(20), 1-20.