

29

Psicología y salud

Cuarta época Año V Publicación semestral multidisciplinaria / Julio-diciembre de 2012



Revista de la Universidad Cristóbal Colón

"Educar para servir"



EDUCARE ET MINISTRARE

Virginia G. Chávez Montes de Oca, María del Rayo Juárez Martínez, Jorge Josafat Ortiz Enríquez, Karla Pineda Tenorio, Berenice Ortega Ramírez, Sara Rentería Chapol, Sofía Soto Cevalco, Luis Freyre Cáceres, Julián Miguel González Álvarez, Enrique A. Sánchez-Valdivieso

Frecuencia de cáncer familiar y hereditario. La preocupación principal motivante para su prevención

M. Berenice Carrasco Ponce, Paloma Borunda Amador Mariel Ortiz Aguilar Enrique A. Sánchez Valdivieso, Virginia G. Chávez Montes de Oca

El cáncer desde la comprensión psicosocial de sus representaciones sociales

Rodolfo Delgadillo Castillo, Cenes Jazmín Guy Pérez, Virginia Chávez Montes de Oca

Ansiedad y depresión en el proceso de duelo en padres de hijos con cáncer

Sandra Márquez de la Cruz, Marco Antonio García Flores, Humberto Pérez Roldán

Efectos de un programa de intervención neuropsicológica para la corrección de dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura en la etapa escolar

Oscar Linares Alonso, Verónica Reyes Meza, Héctor Juan Pelayo González, Emelia Minerva Lázaro García

Desempeño cognoscitivo de pacientes con hipertensión arterial

Héctor Juan Pelayo González, Daniel Salazar Frías, Luis Quintanar Rojas, Verónica Reyes Meza y Gregorio García Aguilar

Contribuciones del estudio del lenguaje en la esquizofrenia: aproximación neurolingüística

Julio Carreón Rosas, Rodolfo Uscanga Hermida

Violencia familiar y la diferenciación del género en medios rurales y urbanos en localidades de Veracruz

ISBN
1405 8731

29

Psicología y salud

Revista de la Universidad
Cristóbal Colón

CONSEJO INTERNO

Francisco José Aísa Gamero

Isabel Ortega Ridaura,

Coordinadora editorial

Arturo García Santillán

Elena Moreno García

Marco Antonio Muñoz Guzmán

Terina Palacios Cruz

Daniel Vázquez Cotera

Rodolfo Uscanga Hermida

CONSEJO EDITORIAL

Alfonso González Damián

Universidad de Quintana Roo

Laurence Le Bouhellec Guyomar

Universidad de las Américas

Juan Carlos Martínez Coll

Universidad de Málaga

Rubén Edel Navarro

Universidad Veracruzana

Eufasio Pérez Navío

Universidad de Jaén

María Román Navarro

Universidad Autónoma de Madrid

Osmar Sánchez Aguilera

Tecnológico de Monterrey-Ciudad

de México

Abilio Vergara Figueroa

Escuela Nacional de Antropología

e Historia

COORDINADORES DEL NO. 29

Alfredo Zavaleta Rito

María de los Ángeles Acevedo Marrero

Rodolfo Uscanga Hermida

Universidad Cristóbal Colón

CORRECCIÓN DE ESTILO

Enna Ladrón de Guevara Bazarte

Luis Pablo Barragán Morales

COMPOSICIÓN DE REVISTA

GMM*Estudio*

gmmestudio@gmail.com

La Revista de la Universidad Cristóbal Colón es una publicación electrónica multidisciplinaria de divulgación científica, editada por la Universidad Cristóbal Colón. Los artículos contenidos en este número son responsabilidad exclusiva de los autores. Certificado de reserva de derecho al uso exclusivo No. 04-2000-051113122400. ISSN 1405-8731. Publicación multidisciplinaria. Número 29, Cuarta época. Año V. Julio – diciembre 2012. Universidad Cristóbal Colón, Campus Torrente Viver. Departamento de Investigación. Carretera La Boticaria Km 1.5 s/n. Colonia Militar, Veracruz, Ver. C. P. 91930 Tel: (229) 923 08 85 / (229) 923 29 50 al 53 Ext. 1142, 1146 Fax: (229) 92217 57.

Correo electrónico: revista@aix.ver.ucc.mx http://www.ver.ucc.mx/inve/Revista_UCC/Inicio.html

CONTENIDO

- 7  **Presentación**
Cáncer: prevención, representaciones sociales y duelo
-
- 9  **FRECUENCIA DE CÁNCER FAMILIAR Y HEREDITARIO. LA PREOCUPACIÓN, PRINCIPAL MOTIVANTE PARA SU PREVENCIÓN**
Virginia G. Chávez Montes de Oca, María del Rayo Juárez Martínez, Jorge Josafat Ortiz Enríquez, Karla Pineda Tenorio, Berenice Ortega Ramírez, Sara Rentería Chapol, Sofía Soto Cevalasco, Luis Freyre Cáceres, Julián Miguel González Álvarez, Enrique A. Sánchez-Valdivieso
- 27  **EL CÁNCER DESDE LA COMPRENSIÓN PSICOSOCIAL DE SUS REPRESENTACIONES SOCIALES**
M. Berenice Carrasco Ponce, Paloma Borunda Amador Mariel Ortiz Aguilar Enrique A. Sánchez Valdivieso, Virginia G. Chávez Montes de Oca
- 43  **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PROCESO DE DUELO EN PADRES DE HIJOS CON CÁNCER**
Rodolfo Delgadillo Castillo, Genes Jazmín Guy Pérez, Virginia Chávez Montes de Oca
- 57  **Lenguaje, aprendizaje y desempeño cognoscitivo**
-
- 57  **EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA PARA LA CORRECCIÓN DE DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA EN LA ETAPA ESCOLAR**
Sandra Márquez de la Cruz, Marco Antonio García Flores, Humberto Pérez Roldán
- 79  **DESEMPEÑO COGNOSCITIVO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**
Oscar Linares Alonso, Verónica Reyes Meza, Héctor Juan Pelayo González, Emelia Minerva Lázaro García
- 93  **CONTRIBUCIONES DEL ESTUDIO DEL LENGUAJE EN LA ESQUIZOFRENIA: APROXIMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA**
Héctor Juan Pelayo González, Daniel Salazar Frías, Luis Quintanar Rojas, Verónica Reyes Meza y Gregorio García Aguilar
- Violencia familiar**
-
- 107  **VIOLENCIA FAMILIAR Y LA DIFERENCIACIÓN DEL GÉNERO EN MEDIOS RURALES Y URBANOS EN LOCALIDADES DE VERACRUZ**
Julio Carreón Rosas, Rodolfo Uscanga Hermida
- 131  **Normas para la presentación de colaboraciones**

PRESENTACIÓN

El presente número está enfocado en temas de psicología y salud. Contiene diversos artículos que muestran datos significativos de investigaciones relevantes e innovadoras, cuya incursión en objetos de estudio poco explorados en disciplinas de la salud representa un avance y aporte importantes en el conocimiento científico del comportamiento humano y su relación con la salud física. Enfermedades ampliamente estudiadas en el seno de las ciencias médicas como el cáncer, la hipertensión arterial, la esquizofrenia y la obesidad han dado pauta para abrir caminos de indagación sobre los efectos colaterales que ocasionan dichas enfermedades en la dimensión psicológica y social de los individuos y grupos. De igual forma, estos malestares han despertado el interés de investigadores para la exploración de factores multidimensionales que permitan la comprensión del entramado histórico cultural de las motivaciones, representaciones sociales y el imaginario colectivo de personas con antecedentes hereditarios de la mortal enfermedad. Asimismo, se extiende la indagación hacia la identificación de los mecanismos que aplican para prevenirla y afrontarla.

En esta misma línea se incluye un estudio de manifestaciones de ansiedad y depresión en casos de padres de hijos con cáncer como parte de la etapa del proceso de duelo por la que pasan, su influencia en las actitudes que asumen ante la enfermedad, así como la reconfiguración estructural y emocional que se vive en el interior de la familia.

En otros artículos se muestran los avances en el campo de las neurociencias y neurolingüística, en particular, la neuropsicología infantil actualmente considerada una incipiente subespecialidad donde se pone a prueba un nuevo modelo explicativo y de intervención. Éste, cobra fuerza a partir de resultados en la intervención y análisis de casos, su aplicación en problemas de aprendizaje, específicamente de dislexia y disgrafía empiezan a tener resultados alentadores en la corrección de estos problemas.

Los datos evidencian que estos programas de intervención superan la efectividad de tratamientos basados en la estimulación de funciones perceptivo – motoras y de integración sensorial.

En el área de la neurolingüística se amplían los campos de investigación con el propósito de aproximarse al estudio de la relación cerebro – lenguaje, analizando las características del repertorio léxico – semántico con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

La hipertensión arterial es un padecimiento silencioso que afecta no sólo la estabilidad física del paciente sino que las esferas afectiva y cognoscitiva también se ven afectadas. La investigación aquí presentada muestra datos de las afectaciones en la esfera cognoscitiva de 20 sujetos hipertensos. Se encontró mayor afectación en las funciones visoespaciales, en tanto las funciones motoras y del lenguaje se encontraron más conservadas.

Un tema emergente de la psicología y las ciencias sociales es, sin duda, la violencia familiar y género, dicho fenómeno permanecía velado, daba la impresión que no existía por el hecho de no contar con información válida y confiable sobre su incidencia y tipología. Su investigación desde una perspectiva sistémica aporta información muy valiosa de características tanto de las víctimas como de los victimarios y factores asociados y desencadenantes de este comportamiento en la dinámica familiar.

Dr. Alfredo Zavaleta Rito
Comité Coordinador del Núm. 29



FRECUENCIA DE CÁNCER FAMILIAR Y HEREDITARIO. LA PREOCUPACIÓN, PRINCIPAL MOTIVANTE PARA SU PREVENCIÓN

HEREDITARY CANCER. WORRY AS THE MAIN MOTIVATIONAL FACTOR TO IMPLEMENT PREVENTIVE STRATEGIES

Virginia G. Chávez Montes de Oca¹, María del Rayo Juárez Martínez², Jorge Josafat Ortiz Enríquez², Karla Pineda Tenorio¹, Berenice Ortega Ramírez¹, Sara Rentería Chapo², Sofía Soto Cevalco², Luis Freyre Cáceres¹, Julián Miguel González Álvarez², Enrique A. Sánchez-Valdivieso^{2,3}

RESUMEN

El manejo preventivo en familias susceptibles al cáncer conlleva un gran componente de impacto psicológico. Este estudio buscó determinar la frecuencia de cáncer familiar y hereditario en Veracruz y los factores psicológicos asociados con su detección y prevención. Se plantearon dos estrategias: A.- Se entrevistaron personas de la población sobre antecedentes familiares. B.- Se invitó a participar en un estudio para determinar el riesgo de cáncer registrando los motivos de asistencia. Se entrevistaron 500 individuos de ambos sexos con promedio de edad de 28.7 años; 39.4% pertenecían a familias con cáncer, siendo la relación de primer grado en 21.3 % (8.4% del total). En la segunda estrategia se recibieron 36 solicitudes, encontrándose transmisión hereditaria en

el 42%. Se aplicó un cuestionario estructurado abierto, donde se describió una opinión alrededor del cáncer. La principal preocupación fue desarrollar cáncer, tanto ellos, como su familia. Los sentimientos presentes son miedo y desesperanza. En conclusión, la frecuencia de cáncer familiar es elevada en nuestra región. La preocupación es el motivante principal para informarse acerca del cáncer y someterse a estrategias de prevención.

Palabras clave: cáncer familiar, hereditario, consejo genético.

ABSTRACT

Discussion about preventive strategies in families with cancer susceptibility carries a great psychological impact component. The aim of this study was to determine the frequency of familial and hereditary cancer

¹Licenciatura en Psicología, Universidad Cristóbal Colón; ²Departamento de Investigación, Licenciatura en Médico Cirujano, Universidad Cristóbal Colón; ³Servicio de Oncología, Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, Secretaría de Salud, Veracruz, México.

Contacto: coordinación.d.investigacion@gmail.com

Fecha de recepción: 29 de febrero de 2012

Fecha de aceptación: 11 de junio de 2012

and associated psychological factors. Two different strategies were developed: A) In the first part, healthy adults were asked whether they had family history of cancer. B) In the second part, people were invited to participate in a series of interviews to determine risk of cancer and reasons for attendance.

Five hundred healthy adults whose ages averaging 28.7 years were interviewed. Belonged to families with cancer 39.4% of them, being first-grade relatives affected in 21.3% (8.4% of total). In the second strategy 36 requests were received, a possible

inheritance of cancer being demonstrated in 42%. An open structured questionnaire asking their opinion about cancer was offered. The main concern was to develop cancer by them or their family. Feelings observed were fear and hopelessness. Frequency of familial and hereditary cancer appears to be higher in our region. Worry is the main motivational factor to learn about cancer and undergo some preventive strategy.

Key words: Family cancer, hereditary, genetic counselling.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de “enfermedades crónico-degenerativas”, donde la genética y el ambiente tienen un papel primordial para su desarrollo y evolución. Constituye uno de los principales problemas mundiales de salud pública; causó 7.9 millones de muertes a nivel mundial en 2007 (13% del total) calculándose en 12 millones para el año 2030 (Cancer Statistics 2007). En Europa, una de cada tres personas desarrollará cáncer en algún momento de su vida (Baselga J. y Senn H.J., 2008). En México el cáncer es la segunda causa de muerte (INEGI 2007). El cáncer tiene un significado social particular, de miedo, dolor y muerte. Además, se percibe como una enfermedad potencialmente desfigurante que afecta de manera radical a la familia e impacta en cada espacio de la vida del paciente (familiar, laboral, económico, social, entre otros.).

Importantes avances moleculares sobre el conocimiento de una susceptibilidad al cáncer crean oportunidades para desarrollar estrategias de predicción, prevención y promoción de la salud. Una de las estrategias es la identificación de grupos de población con mayor riesgo de desarrollar

un tipo de cáncer. La Medicina Genómica ha desarrollado pruebas con enorme potencial en la promoción y preservación de la salud individual, familiar y comunitaria que permiten conocer la genética de una persona y así predecir una predisposición hereditaria. En la aplicación de estas pruebas desempeña una función fundamental el Consejo Genético Oncológico (CGO), que es un procedimiento de comunicación educacional sobre problemas de salud humana asociados con la ocurrencia, o riesgo de ocurrencia y repetición de un desorden genético familiar y que no se refiere únicamente a las necesidades médicas de manejo de la patología específica, sino también a los aspectos psicológico, social y, a menudo, hasta financiero de la vida de los pacientes y sus familias (Sánchez-Valdivieso EA, Chávez Montes de Oca V, 2000). Los propósitos básicos del CGO son: 1) la evaluación del riesgo de cáncer con base en la historia familiar; 2) brindar consejo y apoyo valorando el impacto psicosocial potencial y 3) establecer políticas efectivas de vigilancia. Una evaluación de los riesgos debe considerar tanto los factores personales de riesgo como la historia familiar completa (Sánchez-Valdivieso E.A., Chávez Montes de Oca V., 2000; ASCO Policy Statement Update, 2003). El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de cáncer familiar y hereditario en Veracruz y los factores psicológicos asociados con su detección y prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvo la aprobación de los comités institucionales de ética e investigación correspondientes, tanto en la Universidad Cristóbal Colón, como en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz para la realización del estudio. Los participantes de la primera parte del estudio fueron individuos adultos de ambos sexos reclutados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y consecutivo en los centros comerciales y parques públicos de nuestra localidad, sin seguir ningún criterio de selección y preguntando, además de los datos socio-demográficos, sobre presencia de familiares de cualquier grado con diagnóstico de cáncer.

En forma paralela, se realizó una invitación abierta por medio de carteles y panfletos ubicados públicamente en las instituciones participantes, así como por medio de un periódico de circulación local, para acudir a

una consulta informativa sin costo de evaluación del riesgo personal y familiar de desarrollar cáncer, explicándoles el proceso. A quienes aceptaron participar en el estudio, se les solicitó participar en un proceso de entrevista.

La atención a los usuarios comenzó con una entrevista de primera vez, en la cual se recopilaban sus datos generales y se elaboró su árbol genealógico por medio del software Genopro® previa firma del consentimiento informado. Así mismo, se aplicó un cuestionario abierto acerca de sus opiniones y preocupaciones respecto al cáncer y cuáles eran las expectativas para desear participar en el estudio.

En una segunda entrevista se aplicó un cuestionario de estilo de vida por tipo de cáncer el cual es una herramienta disponible en internet de manera gratuita (http://www.yourdiseaserisk.wustl.edu/hccpquiz.pl?lang=english&func=home&page=cancer_index); esta herramienta fue desarrollada por Graham A. Colditz MD, DrPH et al.

Durante una tercera entrevista se entregaron resultados sobre la estimación del riesgo en una escala colorimétrica obtenida directamente de la herramienta en línea (figura 1), y se brindó asesoramiento clínico y psicológico por medio de información verbal y escrita (folletos) sobre el cáncer. Una cuarta entrevista consistió en el seguimiento sobre la respuesta a los resultados del consejo genético.

RESULTADOS

Encuesta a la población general: se practicó una encuesta de calle a quinientos individuos de ambos sexos (promedio: 28.7 años, rango 17 a 84 años) preguntando, además de los datos socio-demográficos, acerca de la presencia de enfermos de cáncer en etapa de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o fallecidos dentro de su familia. Ciento noventa y siete entrevistados (39.4%) reportaron tener algún miembro de la familia con cáncer (Figura 2). De ellos, 42 reportaron cáncer en familiares de primer grado (Figura 3), lo que corresponde al 8.4% de todos los entrevistados, y 155 (31% del total) reportaron cáncer en familiares de segundo y tercer grado.

Entrevista a usuarios: en la siguiente fase de nuestro estudio se logró la asistencia por invitación al CGO de 36 usuarios. Veintiocho de ellos eran trabajadores o alumnos de la Universidad y los 8 restantes, pacientes del

servicio de Oncología del Hospital General. Se obtuvo el árbol genealógico de todos los participantes. En la figura 4 se muestra el árbol genealógico de una familia portadora de Neurofibromatosis tipo I, enfermedad monogénica de herencia mendeliana con modo de transmisión autosómico dominante. La penetrancia es del 100% y todas las generaciones están afectadas, excepto los muy jóvenes debido a que la enfermedad se expresa hasta la edad adulta. Nuestro usuario tenía en ese momento, una niña de 5 años sin evidencia de enfermedad. Se aplicó un cuestionario abierto acerca de sus opiniones y preocupaciones respecto al cáncer y cuáles eran las expectativas para desear participar en el estudio. En la pregunta de cuál era su opinión con respecto al cáncer, 4 usuarios manifestaron que se puede curar si se detecta a tiempo. Todos los demás tuvieron una opinión negativa como: "lleva a la muerte" (11 usuarios), "es peligroso" (7 usuarios) y las demás respuestas fueron miedo, confusión, tristeza, trauma, dolor y cambio. La siguiente pregunta trataba acerca de la motivación para acudir al estudio. Todos respondieron que la preocupación; en algunos era la preocupación a que ellos desarrollaran la enfermedad (15 usuarios), en otros la preocupación de que algún miembro de su familia desarrollara la enfermedad (11 usuarios), los demás la preocupación hacia el sufrimiento, al morir y al aspecto económico que conlleva el cáncer.

La tercera pregunta se refería a los sentimientos relacionados con el cáncer. Solo 4 participantes manifestaron sentimientos positivos como lucha y fortaleza. Los demás se enfocaron en sentimientos negativos como miedo (8 usuarios), tristeza (6 usuarios), depresión (4 usuarios), pánico, angustia y rechazo. La última pregunta hacía referencia sobre las expectativas que ellos tenían al acudir al estudio. En las respuestas manifestaron que esperaban recibir información y conocimientos sobre el proceso, sobre cómo prevenir el cáncer, así como sus probabilidades personales de adquirirlo.

En una segunda entrevista se aplicó un cuestionario en línea de estimación del riesgo de cáncer según el estilo de vida, de acuerdo a los tipos de cáncer para los cuales la primera entrevista hubiera sugerido un mayor riesgo personal, genético o hereditario. En la subsiguiente (tercera) entrevista se entregaron los resultados sobre dicha estimación del riesgo según el estilo de vida en una escala colorimétrica en forma de una gráfica

como se muestra en la figura 1. El riesgo era mucho más fácil de interpretar por el paciente, independientemente de su nivel de educación, ya que el riesgo por debajo del promedio se evidencia en un color frío mientras que un riesgo elevado se reporta como colores cálidos. El riesgo promedio, es decir, equiparable al de la población general, se obtenía en un color que si bien no es neutro (verde), sí sirve para diferenciar objetivamente el riesgo bajo del alto (Figura 1).

En el cuestionario en línea de estimación del riesgo según el estilo de vida de acuerdo a los tipos de cáncer, los resultados que se obtuvieron fueron: un estilo de vida de alto riesgo en 15.4% de los usuarios (como colores cálidos en la escala colorimétrica). El 38.5% de los usuarios presentaba un estilo de vida de riesgo promedio (similar al de la población general), y el restante 46.1% de los usuarios demostraba un estilo de vida de bajo riesgo.

Se presentaron 31 mujeres (86%) y 5 varones (14%) lo que corresponde a una relación hombre-mujer de 1:6.2 (Figura 5) y solo dos de los varones completaron todas las fases del estudio. Quince usuarios (42%) acudieron debido a que tenían serias preocupaciones acerca de su salud personal y/o familiar por tener uno o más familiares de primer grado con diagnóstico de cáncer (Figura 6). El resto (21 usuarios, 58%) fue porque tenían familiares de segundo o tercer grado con cáncer. En relación con la asociación a cáncer, catorce de los 36 usuarios (39%) no reportaron familiares con cáncer, solo acudieron por desear información y conocimiento; otros 14 usuarios manifestaron tener cáncer en la familia, pero no en familiares de primer grado; y los restantes 8 usuarios (22%) referían cáncer en padres y/o hermanos (Figura 7).

DISCUSIÓN

Tradicionalmente, las personas han buscado atención médica por preocupación con respecto a una enfermedad actual. Ahora están disponibles pruebas de susceptibilidad o pre-sintomáticas (ASCO Policy Statement Update, 2003; Trepanier A. et al., 2004).

La historia familiar de cáncer es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar esta enfermedad. Esta investigación ha arrojado datos muy interesantes: se demuestra una prevalencia de cáncer en

familiares en la Ciudad de Veracruz de 39.4%, resultando este porcentaje más elevado que lo informado en la literatura (Trepanier A. et al., 2004). De este total se desprende un 8.4% de individuos que manifestaron tener al menos un familiar de primer grado con cáncer. Se considera que hasta el 35% del cáncer presenta un componente familiar y 5% a 10% del total de casos están en relación directa con un defecto o mutación unigénica heredada con un patrón mendeliano de transmisión. Ha sido sugerido por ciertos estudios epidemiológicos que nuestro país podría presentar una tasa más elevada de cáncer hereditario de colon y recto que en países desarrollados (Casimiro C., 2002). Luego entonces, este resultado es muy relevante y de significancia clínica para la Salud Pública en nuestra región, por lo que se le tendrá que dar seguimiento.

Más de la tercera parte de nuestra población ha vivido ya el proceso de esta enfermedad en la familia. Además, el 95% de las personas que asisten a un proceso de Consejo Genético Oncológico (CGO) ya han vivido en su familia el cáncer y acuden para conocer su riesgo de desarrollarlo, siendo la preocupación su principal motivante para asistir (Balmana J. et al., 2004).

La pregunta sería: no quiero que me dé cáncer pero, al mismo tiempo, ¿por qué no deseo saber cuál es mi riesgo de padecer cáncer? Solo un 5% acude por preocupación por su salud o por saber cuál es su posible riesgo de desarrollar cáncer. Se podría pensar que cualquier persona que tuviera la oportunidad de saber su riesgo lo tomaría, pero esto no ocurre. Se necesita haber vivido el proceso de la enfermedad, tomando en cuenta que el cáncer es una enfermedad que trastoca cada espacio de la vida de la familia que le toca vivirla, dejando un gran sufrimiento en ella, además de un decremento en su estatus económico. Todo esto hace que las personas que lo han vivido se preocupen y los lleve a buscar información para que no lleguen a padecerlo, o inclusive piensan también en brindar esta información a su familia. El estilo de vida actual de la mayoría de las personas (que incluye el fumar, sedentarismo, estrés, hábitos alimentarios aberrantes, cada vez menos vegetales, entre otros) nos lleva a estar más propensos a esta enfermedad (Casimiro C., 2002).

La socialización masculina tendiente a la competencia, a la temeridad y a la percepción de que una actitud cuidadosa y preventiva no es masculina, puede agregar obstáculos en la auto-atención. De la misma forma la

relación entre trabajo y atención a la salud es contradictoria; una razón es la centralización del trabajo en la construcción de la identidad masculina -el hombre tiende a amalgamarse con su ocupación-, que se refuerza con el rol de proveedor que históricamente ha jugado en la familia y el cuerpo es vivido como instrumento para esos fines. El género influye en las percepciones de estilos de vida saludable o no saludable (von Bothmer M.I.K. & Fridlund B., 2005) y las decisiones relacionadas a salud (Nolen-Hoeksema S. y Hilt L., 2006). Las mujeres son más atraídas para actuar como “agente” de los servicios de salud que los hombres. Aunque las mujeres presentan una mayor morbilidad y mayor utilización de los servicios de salud, los hombres exhiben una mortalidad más elevada. La valoración del cuerpo en el sentido de la salud, y por ende la auto-atención, es algo casi inexistente en la socialización de los hombres. El cuidarse o cuidar a otros aparece como un rol netamente femenino, salvo cuando se es médico y se decide sobre la salud ajena. Por lo tanto, la salud y la auto-atención no juegan un rol central en la construcción de la identidad masculina; tiene que ver con las maneras en que se estructura la identidad de género masculina y sus contenidos, no sólo a nivel individual o colectivo, sino también de los propios servicios de salud. En los hombres está especialmente presente una sensación de invulnerabilidad y la búsqueda de riesgos como un valor cultural, especialmente en los jóvenes. La imagen que tienen los hombres de los servicios de salud es que son para ancianos, mujeres y niños, y por tanto les son ajenos. Los varones adultos tienen muchas limitaciones sociales que les condicionan serias dificultades para verbalizar sus necesidades de salud. En general, los hombres adultos no hablan de sus problemas de salud porque constituiría una demostración de debilidad y/o de feminización frente a los demás. Ello denota una feminización de la noción del cuidado de la salud. Nuestro estudio no podía ser la excepción.

El CGO es la intervención destinada a reducir la ansiedad del usuario, mejorar en el mismo el sentimiento de control y dominio sobre las circunstancias de vida, aumentar la comprensión por parte del usuario de la enfermedad genética y de las opciones para las pruebas genéticas de la enfermedad, y facilitar al individuo y a la familia las herramientas necesarias para adaptarse a los posibles resultados (Hopwood P., 2005; Weil, J., 2003; Lodder L., et al., 2003; Bleiker EMA et al., 2003; Gil F., et al., 2003;

Van Dooren S., et al., 2004; Braithwaite D, et al., 2004; Cruzado JA., et al., 2003; Pérez-Segura P., 2005). La información proporcionada durante el CGO ayuda al individuo y a la familia a personalizar la información con el fin de aclarar sus valores y a reforzar sus mecanismos de adaptación. El aspecto más difícil del CGO es hacer frente a la miríada de reacciones y emociones de los clientes en respuesta a un diagnóstico genético (dilemas psicológicos, emociones y reacciones comúnmente encontradas durante el consejo genético). Las consecuencias emocionales de que a una persona sana se le haga el diagnóstico de “enfermo” pueden ser profundas (Nordin K. et al., 2011).

Si bien el número de usuarios es muy limitado, cerca de la mitad de la población de nuestra región se conduce con un modo de vida de bajo riesgo, mientras que se sabe que hasta el 40 % de todos los cánceres en los países desarrollados tienen una causa demostrable relacionada estrechamente con el estilo de vida de la población. Por ejemplo: se distinguen grupos de riesgo de cáncer de mama: alto (30-40%), moderado (20-30%) y bajo (11-20%) (método modificado de Claus; se basa en edad e historia familiar de cáncer de mama[Lynch H.T. et al., 2003; Hidalgo-Miranda A. y Jiménez-Sánchez G., 2009]).

Los varones adultos eran muy reacios a participar en el estudio y los pocos que aceptaban participar de una manera voluntaria, principalmente por una motivación muy fuerte debido a la presencia de cáncer en la familia, desertaron rápidamente sin completar todas las fases. Finalmente, el riesgo percibido juega un importante papel para decidir participar en el estudio. El hecho de tener familiares con cáncer hace que el individuo desarrolle conciencia, expresada como un aumento de la preocupación por su salud, tanto personal, como familiar, y aproveche los escasos intentos existentes en nuestro país por ofrecer un servicio de información, prevención y medicina predictiva en cáncer. Un aspecto adicional que nos queda por investigar a partir de la información y las recomendaciones que el usuario recibe del CGO, sería saber por qué algunos de los usuarios las siguen y otros, a pesar de ser informados de su elevado riesgo de cáncer, persisten con hábitos de vida que ellos mismos saben les son perjudiciales.

REFERENCIAS

- American Cancer Society**, *Cancer Statistics 2007*.
American Society of Clinical Oncology Policy Statement Update: Genetic Testing for Cancer Susceptibility (2003). *J Clin Oncol* 21: 2397 – 2406.
- Balmana J, Stofell EM, Emmons KM, et al.**, (2004). *Comparison of motivations and concerns for genetic testing in hereditary colorectal and breast cancer syndromes*. *J Med Genet* 41: e44.
- Baselga J y Senn H-J**, (2008). *The perspective and role of the medical oncologist in cancer prevention: A position paper by the European Society for Medical Oncology*. *Ann Oncol* 19: 1033–1035.
- Bleiker EMA, Hahn EE, Aaronson NK** (2003). *Psychosocial issues in cancer genetics*. *Acta Oncol* 42: 276 – 286.
- Braithwaite D, Emery J, Walter F, et al.**, (2004). *Psychological impact of genetic counselling for familial cancer: a systematic review and meta-analysis*. *J Natl Cancer Inst* 96: 122 – 133.
- Casimiro C.** (2002). *Ethiopathogenic factors in colorectal cancer. Nutritional and life-style aspects 2*. *Nutr Hosp* 17: 128 – 138.
- Cruzado JA, Sanz R, Olivera H, et al.**, (2003). Evaluación e intervención psicológica en consejo genético oncológico. *Rev. Psicol. Univ. Tarracón* 25: 59 – 72.
- Gil F, Mendez I, Sirgo A, et al.**, (2003). *Perception of breast cancer risk and surveillance behaviors of women with family history of breast cancer: a brief report in a spanish cohort*. *Psychooncology* 12: 821 – 825.
- Hidalgo-Miranda A, Jiménez-Sánchez G.** (2009). Bases genómicas del cáncer de mama: avances hacia la medicina personalizada. *Salud Publ. Mex.* 51 supl. 2:S197-S207.
- Hopwood, P.** (2005). *Psychological care of women with a family history of breast cancer*. *Psicooncología* 2(2-3): 293-302.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.** Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer. México: INEGI, 2007.
- Lodder L, Frest PG, Trijsburg RW, et al.**, (2003). *Attitudes and distress levels in women at risk to carry a BRCA1/BRCA2 gene mutation who decline genetic testing*. *Am J Med Genet* 119: 266 – 272.
- Lynch HT, Snyder CL, Lynch JF, et al.**, (2003). *Hereditary breast-ovarian cancer at the bedside: role of the medical oncologist*. *J Clin Oncol* 21:740-753.

- Nolen-Hoeksema S., Hilt L.**, (2006). *Possible Contributors to the Gender Differences in Alcohol Use and Problems*. *J Gen Psychol* 133(4), 357-374.
- Nordin K., Roshanai A., Bjorvatn C., Wolff K., Mikkelsen EM., Bjelland I., Kvale G.** (2011). *Is genetic counseling a stressful event?* *Acta Oncol* 50: 1089–1097.
- Pérez-Segura P.** (2005). Modelos y organización de una Unidad de Consejo genético. *Psicooncología* 2: 261 – 263.
- Sánchez-Valdivieso E.A., Chávez Montes de Oca V, Cruz-Hernández JJ, et al.**, (2000). Síndrome de Cáncer Hereditario de mama/ovario y genes de susceptibilidad. El consejo genético con un enfoque médico-psicológico. *Oncología* 23: 354 - 368.
- Trepanier A, Ahrens M, McKinnon W, et al.** (2004). *Genetic cancer risk assessment and counseling: recommendations of the National Society of Genetic Counselors*. *J Genet Couns* 13: 83 – 114.
- Van Dooren S, Rijnsburger AJ, Seynaeve C, et al.**, (2004). *Psychological distress in women at increased risk for breast cancer: the role of risk perception*. *Eur. J. Cancer* 40: 2056 – 2063.
- Von Bothmer M.I.K., Fridlund B.**, (2005). *Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students*. *Nurs. Health Sci.* 7(2): 107-118.
- Weil, J.** (2003). *Psychosocial genetic counseling in the post-nondirective era: a point of view*. *J Genet Couns* 12:199-211.

ILUSTRACIONES

20

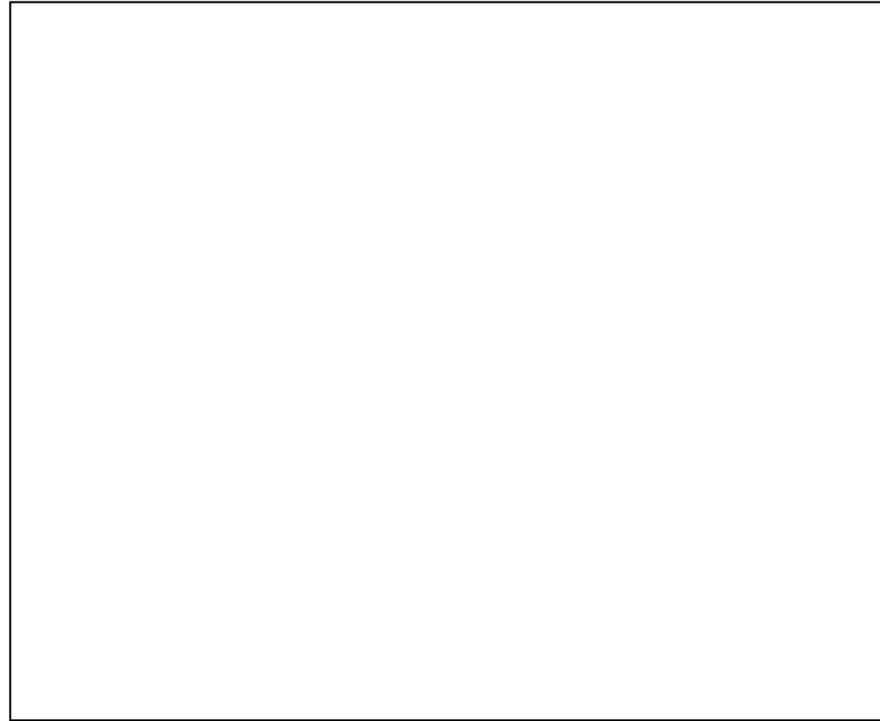


Figura 1. Ejemplo de una escala colorimétrica obtenida directamente de la herramienta en línea para estimación del riesgo personal de padecer cáncer.

21

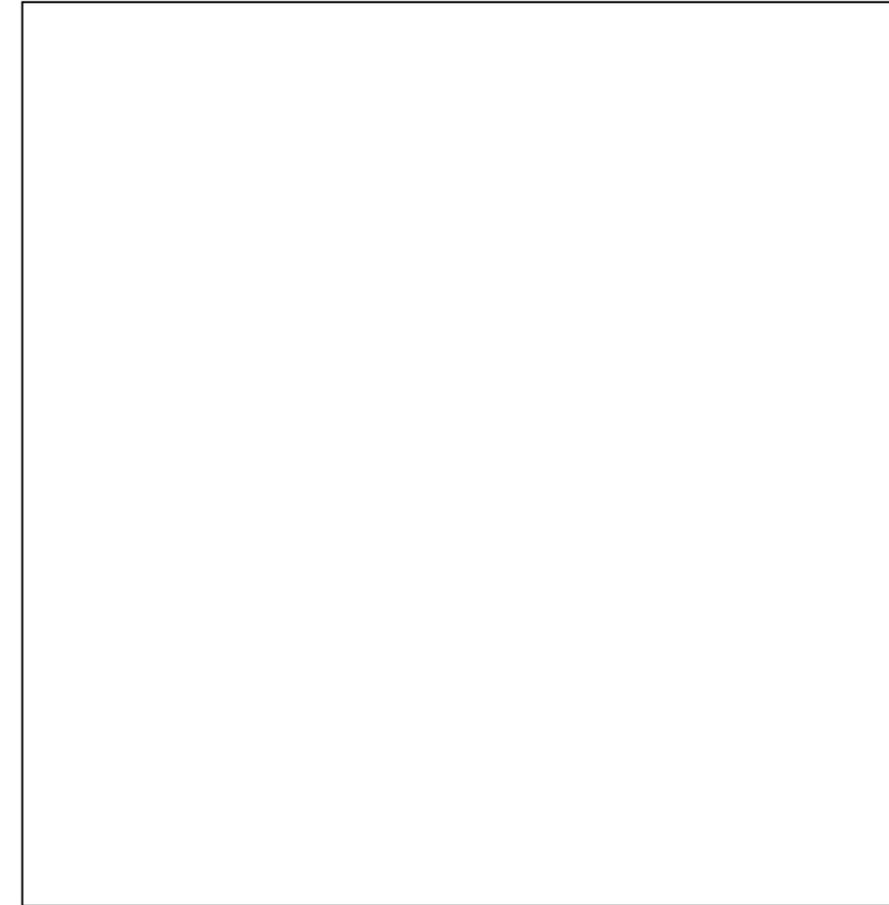


Figura No. 2. Distribución de los individuos entrevistados, según si manifestaban tener familiares con cáncer o no.

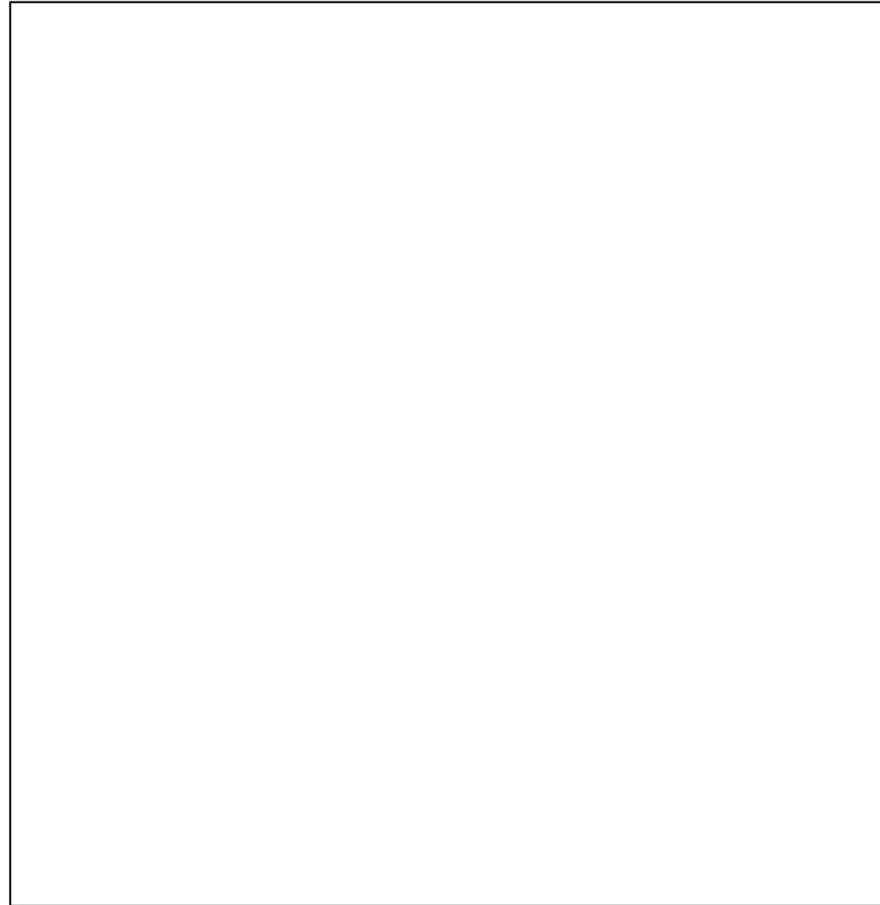


Figura No. 3. Distribución de los individuos entrevistados, según si manifestaban tener familiares de primer grado con cáncer o no.



Figura No. 4. Árbol genealógico de una familia portadora de una enfermedad (Neurofibromatosis tipo I) de herencia mendeliana monogénica autosómica dominante, con penetrancia del 100% (individuos afectados en sombreado; los cuadrados representan varones y los círculos representan mujeres). El sujeto índice (flecha) tenía una niña de 5 años sin evidencia de enfermedad.

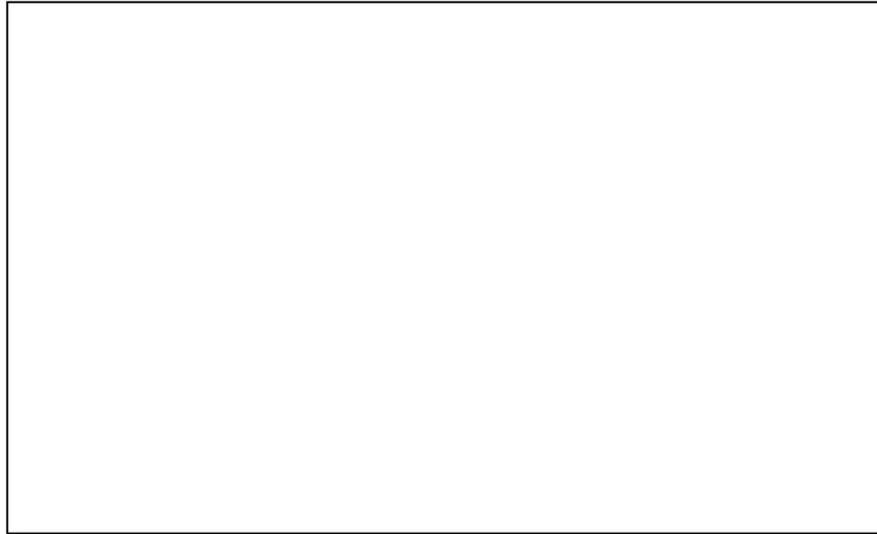


Figura No. 5. Distribución de los usuarios del servicio según el género. Varones (n=5; 14%) y mujeres (n=31; 86%).

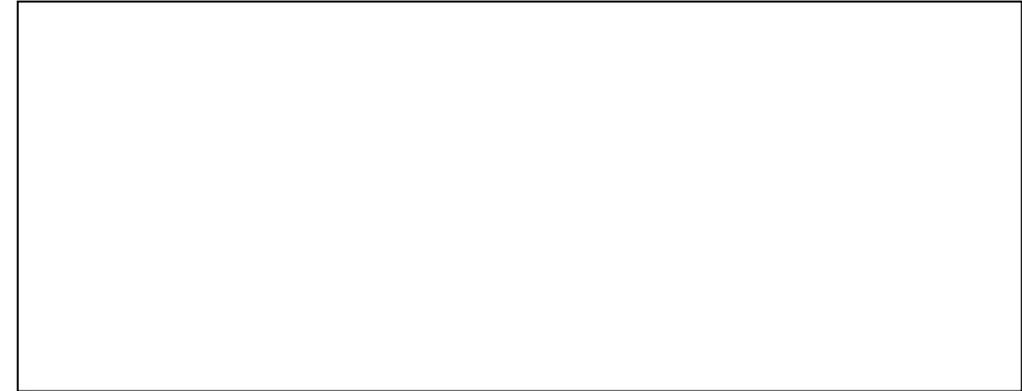


Figura No. 6. Distribución de los usuarios según sus familiares con cáncer. Familiares de primer grado (n= 15; 42%) y no de primer grado (n= 21; 58%).

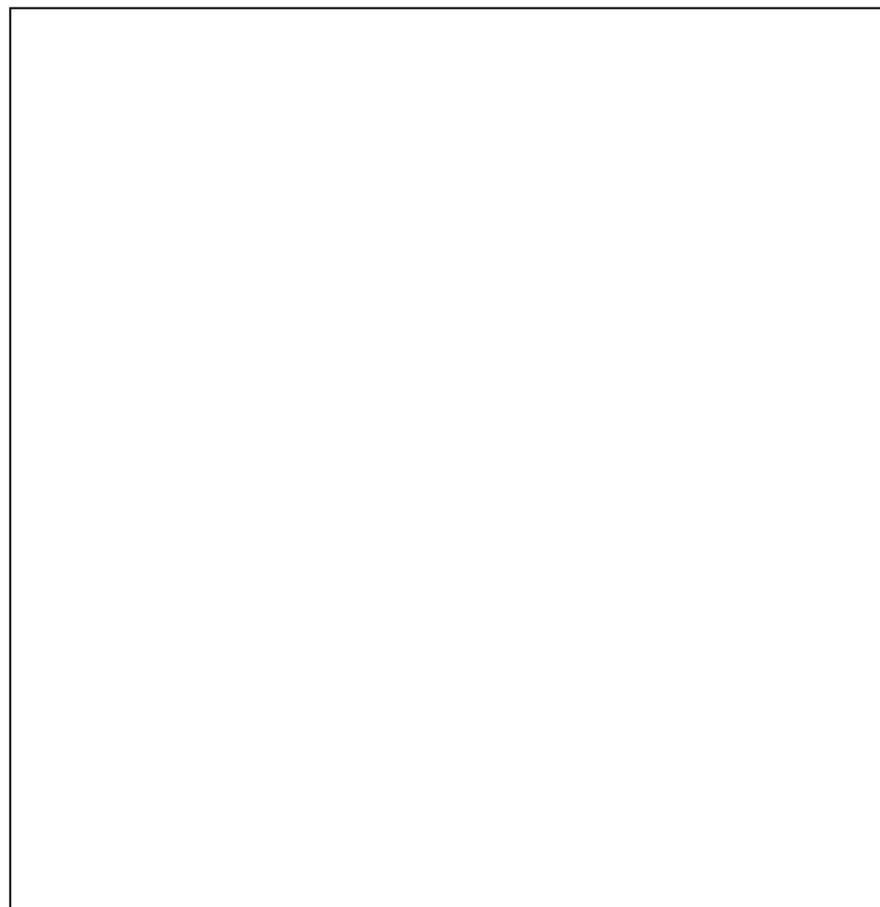


Figura No. 7. Distribución de los usuarios según la presencia de cáncer en la familia: familiares de primer grado con cáncer (n=8; 22%), cáncer en familiares pero no de primer grado (n=14; 39%) y sin familiares con cáncer (n=14; 39%).

EL CÁNCER DESDE LA COMPRENSIÓN PSICOSOCIAL DE SUS REPRESENTACIONES SOCIALES

CANCER FROM THE PSYCHO-SOCIAL UNDERSTANDING OF ITS SOCIAL REPRESENTATIONS

M. Berenice Carrasco Ponce¹, Paloma Borunda Amador¹, Mariel Ortiz Aguilar¹,
Enrique A. Sánchez Valdivieso², Virginia G. Chávez Montes de Oca¹

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que hoy en día lamentablemente se posiciona como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, lo cual impulsa al análisis integral de dicha enfermedad. La promoción de la salud se establece como una tarea importante para dibujar estrategias de acción con las cuales generar una conciencia colectiva y actitudes responsables que se expresen una actuación oportuna, por parte de la población, en las actividades de prevención. Por lo anterior, es trascendente vislumbrar al cáncer desde sus representaciones sociales, lo cual otorga la posibilidad de comprensión psicosocial que sirve de apoyo para sensibilización los profesionales e instituciones en el contexto hospitalario.

Palabras clave: Promoción de la salud, cáncer, representaciones sociales y psicología social.

ABSTRACT

Cancer is a disease that unfortunately today ranks as one of the leading causes of death worldwide, prompting the comprehensive analysis of the disease. Health promotion is established as an important task to draw action strategies which generate a collective awareness and responsible attitudes in the population to be expressed as a timely action in prevention activities. Therefore, glimpse at the cancer from its social perception is important, because gives the possibility of psychosocial understanding that serves to raise participation of professionals and institutions in a hospital context.

Key words: Health, cancer, social psychology and social representations.

¹Licenciatura en Psicología, Universidad Cristóbal Colón; ²Servicio de Oncología, Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, Secretaría de Salud, Veracruz, México.

Fecha de recepción: 21 de marzo de 2012

Fecha de aceptación: 29 de octubre de 2012

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por finalidad comprender las representaciones sociales en torno al cáncer, para estructurar acciones contextualizadas para la promoción y prevención de la salud.

La comprensión de esta perspectiva psicosocial implica abundar en una visión integral donde las representaciones sociales plantean las ideas. Creencias que vivifican nuestros hábitos y a partir de las cuales finalmente se actúa y en donde médico – paciente y familia participan de forma activa para potenciar o no el conocimiento asertivo del cáncer.

En consideración con lo planteado anteriormente se propone una investigación sobre la manera como se construyen y recrean las representaciones sociales referentes al cáncer por parte del paciente y sus familiares y la sociedad. Cómo esto influye en su dinámica y estructura para afrontar esta enfermedad.

Incorporar las representaciones sociales a la psicología social brinda la posibilidad de equilibrar la perspectiva metodológica y epistémica respecto a los procesos salud-enfermedad en temáticas que hasta ahora sólo son surcadas por las ciencias médico-biológicas.

EL CÁNCER DESDE LA COMPRENSIÓN PSICOSOCIAL DE SUS REPRESENTACIONES SOCIALES

La idea de salud constituye el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignora-

das, como las ciencias sociales y humanas. Ahora no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional.

Durante mucho tiempo la medicina ha abordado la salud/enfermedad/atención (SEA) bajo la perspectiva biológica del cuerpo humano, dejando de la lado la relación entre el conocimiento biológico y la comprensión social de los contextos en que la gente habita. La salud y la enfermedad tienen definiciones diferentes en contextos sociales diversos, es decir, la forma en que se responde y actúa depende en gran medida de las construcciones (pensamientos, ideas y reflexiones) que emergen del magma social. Eduardo Menéndez (1990) antropólogo médico reflexiona con respecto a la tríada salud – enfermedad – atención (SEA), incorporando una perspectiva sociológica y antropológica al estudio y comprensión de la idea de promoción y prevención de la salud. Propone el concepto de autoatención, refiriéndose “a una serie de actividades [...] que] integra alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de enfermedades, daños, problemas...” La autoatención, es entendida entonces como parte estructural de las sociedades para el estudio de los procesos de “frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedad, daño o problema”.

Es una necesidad fundamental para cualquier sociedad y su desarrollo contar con un sistema de salud que realmente resuelva los problemas que se presentan en cada sociedad. Y al mismo tiempo “interesa analizar el papel activo de la población, no sólo como generadora de significados y sentidos culturales de la enfermedad, sino como instancia de resolución de sus propios problemas de salud, estudiando más a fondo las respuestas sociales a la enfermedad” (Osorio Carranza, 2001).

Grandes sumas de dinero son destinadas anualmente para este fin, sin llegar a ser suficiente el recurso económico y humano. Por otra parte, la salud no sólo implica la idea de recursos, también se ponen en juego otros aspectos como la vida política, ciencia, tecnología, educación y cultura principalmente, aspectos que son visualizados en representaciones sociales que se construyen en una sociedad.

Comúnmente cuando pensamos en salud inevitablemente vienen a nuestra mente imágenes relacionadas a la enfermedad, hospitales y me-

dicinas, es decir se construyen imágenes de la salud en referencia al funcionamiento óptimo de nuestro cuerpo.

La salud es un concepto más amplio e implica una serie de representaciones sociales que de forma cotidiana se construyen, y se definen como “una modalidad particular de conocimientos cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos” (Moscovici, 1979). Las representaciones sociales² son un conjunto de ideas, conocimientos y pensamientos, que las personas hacen, comprenden, construyen y vivifican en una realidad, sea social o física. Dichas representaciones se establecen gracias a una intersubjetividad o intercambio mediante la comunicación cotidiana. En suma, se establecen como el conocimiento de sentido común cuyo principal objetivo es comunicar, creando un conocimiento de sentido común con respecto a la realidad que comparte una sociedad (Mendoza, 2001).

Moscovici define a las representaciones sociales como: “entidades casi tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas. Sabemos que corresponden, por una parte, a la sustancia simbólica que entra en su elaboración y, por otra, a la práctica que produce dicha sustancia, así como la ciencia o los mitos corresponden a una práctica científica y mítica” (Moscovici, 1979).

Las representaciones sociales permiten comunicar ideas pensamientos y puntos de vista construidos en la sociedad a través del intercambio constante de lo que se menciona o divulga y de lo no dicho, es decir de las formas, hábitos y costumbres que se gestan en la cotidianidad con respecto a algo, sea un hecho u objeto social.

Darío Páez (1987) menciona cuatro características esenciales de las representaciones sociales:

- 1) Privilegiar, seleccionar y retener algunos hechos relevantes del discurso ideológico concernientes a la relación sujeto en interacción, o sea descontextualizar algunos rasgos de este discurso.
- 2) Descomponer este conjunto de rasgos en categorías simples naturalizando y objetivando los conceptos del discurso ideológico referente al sujeto en grupo.

²“Moscovici propuso el concepto de representación social en 1961. Desde entonces, se ha pasado de la elaboración del concepto a un desarrollo de la teoría que ha permeado las ciencias sociales porque constituye una nueva unidad de enfoque que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social; el pensamiento y la acción” (Araya Umaña, 2002, p.9).

3) Construir un ‘mini-modelo’ o teoría implícita, explicativa y evaluativa del entorno a partir del discurso ideológico que impregna al sujeto.

4) El proceso reconstruye y reproduce la realidad otorgándole un sentido y procura una guía operacional para la vida social, para la resolución de los problemas y conflictos. (citado en Mora, 2002 p. 8).

Las representaciones sociales se gestan en el día a día, gracias a la comunicación que emerge del sentido común, conocimiento que ha sido desdeñado en las esferas científicas y que pocas veces se comprende desde paradigmas cuantitativos. Reid (1998) alude con respecto al sentido común como una forma de percibir, razonar y actuar. “El conocimiento del sentido común es conocimiento social porque está socialmente elaborado. Incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no sólo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan” (Araya, 2002, p.11).

Las representaciones sociales, reconstruyen un imaginario dotado de imágenes, símbolos significados y sentidos con los cuales es posible la identificación y comprensión de estereotipos, normas, creencias, opiniones, valores y juicios que suelen desencadenar en actitudes.

Cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, como es el caso del cáncer, que no sólo se establece con una enfermedad o padecimiento médicamente hablando, sino que sale de la esfera de la técnica de los profesionales de la salud y se establece en el plano cotidiano mediante una apreciación equivalente a temor, desesperanza y tristeza³. Se presentan explicaciones y evaluaciones de dicha enfermedad que corresponden a las experiencias de vida de personas que padecen o cuentan con un familiar o amigo con esta enfermedad, ello da pie a la construcción de su representación social.

El estudio de las representaciones posibilita la búsqueda de respuestas a interrogantes claves para mejorar los programas de prevención y promoción de la salud: ¿Por qué las campañas de promoción y prevención de la salud referentes a contrarrestar la presencia de cáncer no tienen el impacto esperado?, ¿Por qué las personas piensan en cáncer como una enfermedad incurable, y no como una enfermedad prevenible?, ¿Cómo cambia el sistema social del paciente con cáncer?, ¿La información que

³“Enfermedad que roe, devora y consume” (Furetière en Salcedo Fidalgo, 2008, p. 203).

recibe la sociedad es clara y asertiva?, ¿Por qué las mujeres son quienes más acuden a actividades de prevención de esta enfermedad?, ¿Existe el acompañamiento psicológico en pacientes y familiares con cáncer?

Vislumbrar la posibilidad de realizar una aproximación cualitativa al cáncer permite identificar las formas y procesos de constitución del pensamiento social en torno a esta enfermedad, por medio de los cuales la sociedad edifica representaciones que dirigen una manera de enfrentar esta realidad. Además, nos da la oportunidad de acercarnos a la visión que las personas (pacientes, familiares y amigos) tienen, pues el conocimiento del sentido común con respecto al cáncer es el que la sociedad dispone para actuar o decidir ante esta enfermedad.

La investigación de las representaciones sociales del cáncer proyecta un entendimiento de la dinámica de las interacciones y prácticas sociales que se gestan en relación con este padecimiento, pues la representación, el discurso y la práctica se recrean entre sí.

De lo anterior emana la importancia de comprender, profundizar y dialogar con respecto a las imágenes que emergen de las representaciones sociales alrededor del cáncer a partir de las cuales se articulan creencias, hábitos y prácticas. Gracias a las representaciones sociales, se constituye un puente significativo para la modificación y reconfiguración de la conceptualización e ideas que entorpecen las tareas de promoción y prevención de la salud con respecto al cáncer.

EL CÁNCER Y SUS REPRESENTACIONES

Como se mencionó con anterioridad, una de las enfermedades que tiene especial connotación por sus representaciones sociales es el cáncer. Éste tiene un significado negativo inherente a muerte, miedo y desesperación, por ello la sociedad evade una actitud dialógica y reflexiva cuando se presenta la imagen del cáncer, prevaleciendo poca participación ante tareas de prevención de dicha enfermedad. La economía deteriorada, la falta de información clara, las escasas alternativas de promoción y prevención⁴ arraigan en la idea limitada de esta enfermedad, la cual se puede prevenir y diagnosticar a tiempo (Flores, 2007).

⁴Restrepo (2001), menciona que existen diferencias entre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La distinción entre la operalización de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad es difícil en ocasiones y existen opiniones y conceptos controversiales de connotados salubristas sobre la importancia de sus diferencias. Aunque si bien en la práctica de la salud pública son ambas indispensables, saber reconocer cada una permite una mayor precisión y claridad para el diseño de programas y proyectos. La promoción de la salud difiere de la prevención de la enfermedad, fundamentalmente en el objeto o foco para las intervenciones: para la primera es lo que se considera saludable o salutogénico y para la segunda la enfermedad y los riesgos de enfermedad

El cáncer está catalogado dentro del grupo de enfermedades crónico-degenerativas, en las que los factores ambientales y tóxicos desempeñan un papel fundamental. Además, actualmente está demostrada su relación con alteraciones genéticas, somáticas y/o germinales. Lo que hoy se llama cáncer familiar y hereditario, comprende un 35% el primero y 15% el segundo, de la totalidad de casos de cáncer diagnosticados (Montesinos, 2007).

El cáncer ha ocupado, cada vez más, altos lugares dentro de las primeras causas de enfermedad y muerte. En Estados Unidos ocupa el segundo lugar como causa de muerte (23.1% con 553,888 muertes en el 2004), sólo después de las enfermedades cardíacas (27.2%, 652,486 muertes en 2004). Según la American Cancer Society, durante el 2007 fue ligeramente más frecuente en hombres (766,860 versus 678,060 mujeres), diferencia que también puede observarse en el número de muertes (hombres: 289,550 y mujeres: 270,100). En México es la segunda causa de muerte (12.7% o 58,599 muertes) de acuerdo a un análisis que realizó la Organización Mundial de Salud.

De los 10 millones de casos anuales nuevos de cáncer 4,7 millones se registran en los países más desarrollados y casi 5,5 millones en los menos desarrollados. Aunque esta enfermedad ha sido considerada frecuentemente como un problema de los países desarrollados, el hecho es que en los países en desarrollo se registra más de la mitad del total de casos de cáncer. En los países desarrollados el cáncer constituye la segunda causa de mortalidad, y los datos epidemiológicos hacen pensar que los países en desarrollo siguen la misma tendencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente viven con cáncer unos 20 millones de personas; es probable que en 2020 la cifra supere los 30 millones. La OMS pronosticó que entre 2007 y 2030, crecerá 45% la mortalidad por cáncer a nivel mundial. Es decir, se pasará de 7.9 a 11.5 millones de defunciones por año, debido al crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. En la actualidad, el cáncer es la causa del 12% de las defunciones a escala mundial. Dentro de veinte años, el número anual de defunciones por cáncer pasará de unos 6 millones a 10 millones.

En el 2008, de acuerdo a INEGI, en México hubo 100,000 casos nuevos diagnosticados, de una población total de 104 millones de perso-

nas. En mujeres el más común es el cáncer de cérvix y el de mama y en hombres predominan el de pulmón y próstata (De la Garza, 2009). Cabe señalar que la información citada por el INEGI ese mismo año designa al estado de Veracruz como primer lugar en incidencia de tumor maligno en el cuello del útero y quinto lugar en ocurrencia de tumor maligno de mama en la población femenina.

Siguiendo con la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (2002), se recomienda el establecimiento de un programa nacional de lucha contra el cáncer. Los factores de riesgo muestran tendencias al alza y hace falta aprovechar recursos escasos de la manera más eficiente, como es el caso de México donde es la segunda causa de muerte (INEGI, 2008).

En México los programas actuales de prevención y lucha contra el cáncer buscan triplicar la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 45 a 64 años y disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por cada 100,000 mujeres de 25 años y más. Sin embargo, existen muchas otras necesidades con respecto a actividades de promoción y prevención de la salud (García-Viniegras y González, 2007).

El cáncer se establece como una enfermedad silenciosa, sin sintomatología aparente, por lo que las actividades de prevención y promoción de la salud son indispensables para enfrentar de manera responsable esta enfermedad. Es decir, la sociedad debe estar informada y concientizada, por una parte, de las tareas que desde los órganos e instituciones de salud se promueven para la detección oportuna de dicha enfermedad y por otra parte, se deben establecer hábitos de salud que potencien nuestra calidad de vida.

Lo anterior sin lugar a dudas nos remite al ejercicio metodológico de comprensión de las representaciones en torno al cáncer que se construyen cotidianamente y que se relacionan con actitudes poco responsables y carentes de participación en un proceso de prevención y promoción de la salud.

Una enfermedad como el cáncer puede ser entendida desde diversas perspectivas, según la disciplina o ciencia desde el cual se aborde. Las ciencias de la salud implican importantes bases para el análisis, diagnóstico y evaluación del cáncer, sin embargo las conceptualizaciones de los profesionales del sector salud no tienen necesariamente que corresponder

a las representaciones que construye el enfermo, su familia y amigos. Sin embargo, es importante la relación que se gesta entre los profesionales de la salud, el enfermo y su contexto, en donde la psicología social ejerce una tarea importante ofreciendo una visión complementaria a la de salud, desde las representaciones sociales. Con respecto a lo anterior Margarita Torres López (2002) señala:

“La patología define el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos; designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica” (Kleinman 1980). “La enfermedad alude a las dimensiones sociales, en las que se insertan los procesos de la misma, y a sus articulaciones ideológicas, sociopolíticas y económicas” (Comelles y Martínez 1993). “El padecimiento incluye la atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones” (Kleinman, 1980); “hace, además, referencia a sus dimensiones culturales” (Comelles y Martínez 1993).

La comprensión de las representaciones sociales con respecto al cáncer supone un ejercicio metodológico de corte etnográfico en donde existe una proximidad con sujetos sociales, su familia y amigos. Esta tarea requiere no sólo la escucha, sino también la comprensión de sus pensamientos, explicaciones, ideas y sentimientos de esta enfermedad, es decir, dar lugar al otro para que se exprese, y a la vez aceptar sus puntos de vista como ciertos e importantes, sin descalificar.

Esta perspectiva implica el abordaje de aspectos subjetivos, símbolos, significados y sentidos que trastocan el proceso de enfrentamiento del cáncer en colectivo, enfermedad que se cuela al espacio público mediante imágenes que determinan una experiencia de vida, que será importante conocer para comprender y establecer mejores formas de presentar las oportunidades de prevención del cáncer.

La palabra cáncer representa miedo ante la posibilidad silenciosa de aparición y se presenta como un asesino que invade ocultamente. Sin duda el cáncer evoca⁵ una desesperación total que dibuja una metáfora de dolor y sufrimiento, un verdugo que nos coloca en una situación en donde se pone a prueba nuestro temple, incluyendo nuestras emociones y aspectos económicos, sociales e intelectuales. Las estadísticas se perfilan un panorama futuro poco esperanzador en donde todos, de una u otra manera nos vemos afectados, ya sea como amigos, familiares, pacientes,

⁵Análisis realizado en la investigación: identificación de las representaciones sociales del cáncer en el Hospital de la ciudad de Veracruz, para líneas de acción sobre la promoción de una psicología de la salud contextualizada.

o como sociedad. Actualmente hay en el mundo más de 20 millones de personas que viven con cáncer. Es por ello, trascendental acercarnos a las representaciones sociales del cáncer, ya que a partir de ello se podrán realizar programas asertivos que vayan dirigidos sociedad.

Hernando Salcedo (2008) recopila diversas definiciones de cáncer en donde comprende diferentes perspectivas todas ellas generalmente inspiradoras de desolación y sufrimiento desde la teoría de galénica de los humores “del parecido entre las venas hinchadas de un tumor exterior, y las patas de un cangrejo, y no como se cree a menudo porque la enfermedad metastásica se arrastre y desplace como un cangrejo de río” hasta llegar a la representación de una “enfermedad que roe, devora y consume” presente en la conceptualización que hace Furetière. En su trabajo se analiza la persistencia de la representación social del cáncer relacionada a putrefacción y muerte, enfermedad de difícil erradicación, así como, el endoso del adjetivo “cobarde” por el silencioso crecimiento y el doloroso proceso que sufren las víctimas, categorías que en la actualidad están presentes también en los discursos cotidianos.

Es así como el cáncer se vive como una enfermedad amenazante para la vida y, en la mayoría de los casos, potencialmente desfigurante, que trastoca todos los sistemas desde la familia incluyendo el laboral y social, sin dejar de lado la gran necesidad en cuanto a recursos humanos y económicos.

En suma, la palabra cáncer parece impronunciable incluso en el mismo ámbito médico. Un ejemplo de ello es la “conspiración de silencio”, que es la ocultación de la enfermedad al propio paciente por parte de la familia y los facultativos.

DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La psicología de la salud tiene varias líneas de intervención que son importantes destacar para la comprensión y abordaje de problemáticas dentro del área de la salud:

Promoción: incluye el fomento de las actitudes para la vida y la educación para la salud, lo cual incluye el análisis de las políticas sanitarias existentes en un contexto determinado, y la comprensión de hechos socia-

les como la relación terapeuta y/o médico – paciente y la adhesión de los tratamientos médicos.

Prevención: que implica la modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades, mediante un aparato metodológico de abordaje de una realidad existente.

Tratamiento: el psicólogo se involucra y trabaja junto a otros especialistas de la salud, combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.

Evaluación o mejora: el equipo de trabajo evalúa los resultados obtenidos mediante la aplicación de un plan de acción en cualquiera de las líneas antes mencionadas (Bazán, 2009).

La psicología de la salud mantiene vinculación con diferentes disciplinas para lograr intervenir de manera integral: medicina, trabajo social, psicología social, psicología clínica, psicología educativa, comunicación social, sociología, entre otras.

Cada una de estas disciplinas aporta un amplio bagaje de marcos teóricos y metodológicos, desde donde la psicología de la salud se nutre para abordar diferentes problemáticas referentes a cada una de las líneas en las cuales interviene.

Es necesario señalar la importancia del trabajo multidisciplinario y transdisciplinario que implica la intervención que se realiza cuando se interviene desde la psicología de la salud.

Por ello, el psicólogo que decide involucrarse en esta línea de trabajo debe ser respetuoso y humilde, así como receptivo a las propuestas y valoraciones que otros especialistas hacen respecto a un tema determinado. El psicólogo de la salud debe aprender a trabajar en equipo y estar motivado hacia la construcción de un conocimiento, que muchas veces se presentará inacabado, por lo cual, debe estar dispuesto al análisis y comprensión de una realidad de forma holística.

El panorama de intervención de la psicología de la salud en México es mermado por varios factores:

- Escaso apoyo económico y recursos humanos para programas de intervención en torno al área de salud y en particular para programas de promoción y prevención de las diferentes formas en que se presenta el cáncer en el ser humano.

- Poco interés por la investigación científica por parte de universidades e instituciones en esta área de intervención.
- Intervención descontextualizada, es decir se aterrizan programas de intervención (Promoción, Prevención, tratamiento y evaluación) que son copiados de otros, establecidos en tiempos y lugares diferentes al contexto de intervención (Becoña Iglesias, s/f).

CONCLUSIÓN: LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CÁNCER Y SU FUNCIÓN EN LAS TAREAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Moscovici elaboró una teoría que refiere a la existencia de un conocimiento, que colectivo, se comparte en la sociedad; es decir ideas que son producto de una construcción social, que además dejan huellas en la visión colectiva del mundo, y que permite acceder a los imaginarios sociales y determinantes culturales, sociales e históricos en una sociedad determinada. “La representación social es una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es el corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios liberan los poderes de su imaginación” (Moscovici, 1979).

En otros términos las representaciones sociales refieren a un conocimiento de sentido común, cuya finalidad es comunicar lo que en el centro del grupo o sociedad se origina y cobra sentido. Las representaciones sociales dan pie a la organización de la realidad. “Hacer que lo extraño resulte familiar” y lo que pareciera desdibujarse o ser invisible hacerlo perceptible al ojo público, ambas posibilidades se establecen como las principales funciones de las representaciones sociales. Moscovici señala a las representaciones sociales como: “un sistemas de valores, ideas y prácticas con una doble función: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código

para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos del mundo y de su historia individual y grupal” (Moscovici, 1979).

La representación social de la salud y la enfermedad ha cambiado considerablemente con el tiempo, debido a los avances médicos tecnológicos y a la divulgación científica. Sin embargo, debemos recordar “en las primeras sociedades la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a la persona. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido. Los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural. El ejemplo paradigmático de esta medicina es la teoría hipocrática de los humores: la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo. La recuperación conllevaba el buscar el equilibrio de los mismos.

Durante la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. En el Renacimiento se retoman las explicaciones naturales de la enfermedad” (Becoña Iglesias, s/f).

Actualmente la representación social de la salud y la enfermedad está nutrida por la información que provee cada una de las instituciones de salud y las diversas campañas de esta índole, pero también por las percepciones cotidianas y culturales presentes en un lugar determinado. Un ejemplo claro, es que la mayoría de las sociedades consideran o piensan a la enfermedad sólo como un aspecto físico, dejando de lado una visión integral en donde se incluyen aspectos psicológicos y conductuales.

Para poder realizar una intervención adecuada se necesitan programas (promoción, prevención, tratamiento y evaluación) aterrizados a un contexto, que no sean copiados de otros establecidos en tiempos y lugares diferentes al contexto de intervención, es decir, es importante conocer no sólo las necesidades, recursos humanos y materiales en el contexto médico con que cuenta una sociedad para prevenir el cáncer, sino apreciar e identificar los conceptos ideas, pensamientos y emociones que se gestan con respecto a esta enfermedad para poder tejer un diálogo asertivo y bidireccional entre los profesionales de la salud las organizaciones de salud y la sociedad.

La adecuación de los programas de prevención y promoción de la salud debe basarse en lo que esa sociedad en particular considera, piensa o siente de la enfermedad, no sólo como un aspecto físico, sino con una visión integral donde las representaciones sociales plantean las ideas, creencias que vivifican nuestros hábitos y con lo que finalmente se actúa.

Existen aspectos determinantes para la construcción de programas de prevención y promoción de la salud como lo es el género que es un conjunto de características y rasgos socioculturalmente considerados apropiados para hombres y mujeres o rasgos que establecen la masculinidad y feminidad, tiene una influencia importante sobre cómo uno es visto y evaluado por otra gente. El género de un individuo también impacta sobre cómo esa persona evalúa a otras. La investigación ha indicado que el género influencia las percepciones de estilos de vida saludable o no saludable y las decisiones relacionadas a salud (Budesá, Egnor y Howell, 2007).

En consideración con lo planteado anteriormente se proponen líneas de investigación sobre el problema de salud que surge con respecto al cáncer, partiendo de cuáles son las representaciones sociales que tienen los profesionales que trabajan en una institución de salud, familiares, amigos y desde luego las personas que luchan contra esta enfermedad en primera persona.

La necesidad de comprender al cáncer como una enfermedad que requiere información y al mismo tiempo una sensibilización en el trato a los pacientes para lograr un trato digno mediante la comunicación asertiva. Además es indispensable conseguir que la sociedad construya un imaginario social que invite a las decisiones y hábitos de salud responsables.

Por lo tanto, es necesario plantear la construcción de instrumentos que permitan objetivos de acercamiento de información y forma de sensibilización en torno a dicha enfermedad.

Para lograr este objetivo se propone un análisis teniendo como referente teórico a la teoría de las representaciones sociales, ya que establece herramientas que ayudan en la comprensión y profundización en realidades, verdades y conocimientos que se forman en una sociedad, dando lugar a la identificación de factores que propician una influencia social que lleva a la gente a actuar, crear hábitos y evidenciar sus percepciones en comportamientos.

La teoría de las representaciones sociales plantea que las ideas se practican, nuestras creencias se vivifican en nuestros hábitos y finalmente actuamos, lo que pareciera pertenecer al plano de “ideas” llega a palpase en las calles, en las discusiones de café, en las metáforas de los gestos, en fin, en el ejercicio de la realidad, lo cual es importante para comprender lo que la gente piensa, siente y hace con respecto al cáncer.

De esta manera el espacio privado se hace público, se llega politizar lo que en principio se muestra sólo en la esfera íntima y que termina por germinar en espacios públicos. Las representaciones sociales del cáncer posibilitan un acercamiento asertivo y afable con respecto a los actores sociales que día a día trabajan y se enfrenta a esta enfermedad.

REFERENCIAS

- Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- American Cancer Society (2007) <http://www.cancer.org>
- Bazán, G. (2009). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. México: UAM Iztacala.
- Comelles, J. M. y A. Martínez (1993). Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Eudema.
- De la Garza, J. (2009). Cáncer en México. Recuperado (21-Junio-09), de <http://www.cancer.net/anf/Online+Exclusives+Archive/Online+Exclusives+Archive+2009/International+Insight/Cancer+in+Mexico>
- Becoña Iglesias, E. (s/f). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Budesá, T., Egnor, E. Y Howell, L. (2007). *Gender Influence on Perceptions of Healthy and Unhealthy Lifestyles*. Recuperado (21-Junio-09), de <https://www.unf.edu/dept/scholar-programs/ospreyjournal2008/BudesáEgnor-HowellFoley.pdf>
- Flores, L. (2007). Psicología social de la salud: Promoción y prevención. Madrid: Manual Moderno.
- García-Viniegras, C. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. Colombia: Avances en Psicología Latinoamericana.

- INEGI. (2008). 4 de Febrero día mundial contra el Cáncer. Recuperado (21-06-09), de <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2005/tumores05.pdf>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: California University Press.
- Mendoza García, J. (2001). Significados colectivos: procesos y reflexiones teóricas. México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
- Menéndez, E. (1990). Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones, México: Cuadernos de la Casa Chata 179, CIESAS.
- Montesinos, L. (2007). SOS... Tengo cáncer y una vida por delante. Madrid: Pirámide.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Atenea Digital, 2. En: <http://blues.uab.es/>
- Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Ed. Huemul.
- Organización Mundial de Salud (2002). <http://www.who.int/es/>
- Osorio Carranza, R. M. (2001). Entender y atender la enfermedad. México: CIESAS.
- Páez, D. (1987). Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social. Caracas: Ed. Fundamentos.
- Reid, T. (1998) La filosofía del sentido común. Breve antología de textos de Thomas Reid. Traducción de José Hernández Prado. Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco, México.
- Salcedo Fidalgo, H. (2008). Representaciones sociales y metáforas del cáncer en los siglos XVII y XVIII: Una antología de lugares comunes. Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología. Enero – Junio, (006), 199 – 213.
- Restrepo, H.E. (2001). La promoción de la salud hoy: Propuestas para avance futuro. Colombia: Promotion & Education.
- Torres López T. M. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. México: Universidad de Guadalajara.



ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PROCESO DE DUELO EN PADRES DE HIJOS CON CÁNCER

ANXIETY AND DEPRESSION IN THE PROCESS OF DUEL IN PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER

Rodolfo Delgadillo Castillo, Genes Jazmín Guy Pérez, Virginia Chávez Montes de Oca¹

RESUMEN

De acuerdo a las estadísticas del aumento del cáncer infantil, esta investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad y depresión en el proceso de duelo en padres de hijos con cáncer en tratamiento paliativo del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Veracruz del área de oncología pediátrica. Se valoraron ambos estados de ánimo y de acuerdo a los mismos se verificó en qué fase del proceso de duelo se encontraban, tomando en cuenta las actitudes favorables y desfavorables que se presentaron con mayor frecuencia en padres de hijos con cáncer. Los padres atravesaban por un estado depresivo severo, al igual que los niveles de ansiedad en algunos de ellos se encontraron elevados, mientras que en otros el nivel fue moderado, por lo que recibir la noticia de que el hijo tiene cáncer y el desarrollo de la enfermedad incrementa la ansiedad y la depresión.

ABSTRACT

In agreement to the statistics of the increase of the infantile cancer, this investigation had as aim, determine the level of anxiety and depression in the process of duel in parents of children with cancer in palliative treatment of the Mexican Institute of the Social Insurance of the city of Veracruz of the area of pediatrics oncology. There were valued both states of mind and of agreement to the same ones it checked in what phase of the process of duel they were finding, taking in it counts the favorable and unfavorable attitudes that they present with major frequency in parents of children with cancer. The parents cross for a depressive severe condition, as his levels of anxiety in some of them she is high, whereas in others the level is moderated, for what to get the news of which the son has cancer and the development of the disease increases the anxiety and the depression.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, proceso de duelo, cuidado paliativo, cáncer.

Key words: Anxiety, depression, process of duel, palliative care, cancer.

¹Licenciatura en Psicología, Universidad Cristóbal Colón. Contacto: jice_17@hotmail.com

Fecha de recepción: 17 de febrero de 2012

Fecha de aceptación: 19 de junio de 2012

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los seres humanos se encuentran en la búsqueda de un bienestar integral, físico, psíquico y social, sabiendo que estas dimensiones son interdependientes y que toda intervención en un área afectará positiva o negativamente las restantes. Cuando una persona es diagnosticada de una enfermedad grave como el cáncer, los demás aspectos de su vida se ven seriamente afectados y es necesario intervenir de forma integral para restablecer lo máximo posible el bienestar integral, es decir, la salud. El diagnóstico del cáncer en niños implica que los padres tienen que adaptarse para poder hacer frente a la situación por la que atraviesa su hijo (a), por lo que será necesaria una reorganización en múltiples aspectos (Papalia, 2004).

Los pacientes pediátricos en las últimas fases de su enfermedad terminal están comúnmente aislados y temerosos porque saben que la enfermedad los conducirá a la muerte. Es por tal hecho que los padres se van hundiendo en la desesperación de no poder hacer más nada por su hijo y en muchas ocasiones a pesar de esto, no se les brinda la oportunidad de corroborar sus temores y angustias, ni de ventilar la ansiedad que les produce la aproximación de la pérdida de su hijo. Los padres se sienten responsables de la protección de sus hijos y su pérdida suele ser vivida como un fracaso y con gran culpabilidad (Shelley, 2007).

Así que la familia es la unidad singular donde los límites entre el grupo nuclear y el grupo extenso no se encuentran claramente definidos y, por ende, permiten por una parte el apoyo y la seguridad de contar siempre con ellos pero, por la otra, dan pie a una intromisión o invasión de los diversos miembros del grupo en la esfera de vida privada de la familia nuclear.

En el presente caso es de primordial importancia hacer hincapié en el contacto de los integrantes de la familia con hospitales, miembros del equipo de salud, organizaciones de apoyo, etc., pues todo esto conforma las redes de apoyo de una configuración social en la cual cada una de estas entidades mantiene relaciones recíprocas con las demás (Velasco, 2001).

Dentro del desarrollo del cáncer se encuentran los cuidados paliativos, que consisten en la atención activa, global e integral de las personas y

sus familias que padecen una enfermedad, avanzada progresiva e incurable, con síntomas múltiples, intensos y cambiantes, que provocan gran impacto emocional en el enfermo, la familia o en el entorno afectivo y en el propio equipo, y con pronóstico de vida limitado. Sus objetivos básicos consisten en el control del dolor y los demás síntomas, el apoyo emocional del enfermo y su familia, y su bienestar y calidad de vida (Oblitas, 2006).

Los padres, en su afán por darle una explicación al sufrimiento y a la frustración que les produce la enfermedad en su hijo, por lo general experimentan dos tipos de sentimientos: ansiedad y depresión, además de la culpa y el enojo. Esto puede llevarlos a situaciones autodestructivas, incluso afectar en la relación de pareja y la familia en general. La falta de motivación hace que los padres decidan por el paciente, sin considerar la opinión del mismo; esto resulta en el establecimiento de conductas regresivas y negligentes por parte del enfermo (Velasco, 2001).

El duelo es la pérdida debida a la separación o muerte, de alguien a quien uno se siente cercano y el proceso de ajustarse a la pérdida, sin embargo, la pérdida no solo puede darse por muerte, sino se pierde la salud, el bienestar y en relación a la investigación, se pierde la unión familiar. Actualmente la mayoría de los profesionales de la salud están de acuerdo en que si un duelo ha de alcanzar una solución favorable, es necesario que la persona que ha sufrido la pérdida de un ser querido exprese, más pronto o más tarde, sus sentimientos (Bowbly, 1997).

Cualquiera con una enfermedad progresiva e incurable enfrenta muchas pérdidas antes de que la muerte llegue. En el caso de los niños con cáncer en fase terminal, los padres participan de esas pérdidas, pero también tienen que anticipar su propia agonía. Las pérdidas tanto físicas como psicológicas, van acompañadas de cambios en el funcionamiento social y en los papeles desempeñados por cada uno de los padres, que pueden ser difíciles de aceptar tanto para ellos mismos como para el paciente. El niño con cáncer terminal tiene que lamentar el futuro que estaba esperando pero que ya no verá, pues va dejando una familia detrás y puede haber otras áreas de su vida en las que sienta que no ha logrado todo aquello que pudo haber planeado (Lorraine, 1992).

A través de los distintos medios de comunicación, un gran número de investigaciones son publicadas en relación a dicha enfermedad. Algunas

de ellas mencionan que, el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total), índice que hoy ha elevado doblemente las cifras de mortalidad por tal enfermedad (OMS, 2010).

El cáncer tiene un efecto metastatizante dentro de los miembros de la familia, es como un terrorista que aparece en la intimidad del hogar, demandando todo lo que ésta tiene; por tanto, si se desea que la familia llegue a aceptar la enfermedad, deberá conocerla de manera que le sea posible hacerse cargo de ella, emprender acciones para manejarla y no permitir que ésta sea la que los maneje a ellos. Por otra parte, a los familiares se les exige que sean fuertes, cooperativos y flexibles durante un periodo emocionalmente devastador, mientras que observan cómo su ser querido lucha y a menudo fallece por la enfermedad (Mc Carron, 1996).

Como ya se indicó, el cáncer casi siempre tiene impacto sobre los otros miembros de la familia. Debido a que la familia puede ayudar a entorpecer la adaptación a la enfermedad del enfermo, es importante que los familiares tomen parte en las terapias.

Mediante el apoyo social, la familia puede facilitar al enfermo la adaptación a la enfermedad, mientras si existe una reacción de temor y retraimiento, la familia puede acrecentar los problemas del enfermo. El apoyo emocional de la familia es muy importante para cada uno de los integrantes y para el mismo enfermo, pues a ambos les ayuda a adaptarse psicológicamente a la enfermedad. La terapia familiar junto con el enfermo proporciona una oportunidad para compartir sus problemas y dificultades que puedan surgir entre el enfermo y la familia (Vázquez, 2003).

Algunas de las repercusiones psicológicas para la familia del enfermo con cáncer son la negación, que es un mecanismo de defensa a través del cual las personas evitan las implicaciones de una enfermedad y de la no aceptación de la presencia de una enfermedad terminal. Después del diagnóstico de una enfermedad como el cáncer, la ansiedad es un factor común. La mayoría de los pacientes y sus familias se abruman ante los cambios potenciales en sus vidas y, en algunos casos por la posibilidad de la muerte. La depresión es una reacción común y regularmente debilitante que se presenta con frecuencia acompañando a las enfermedades terminales como el cáncer. Hasta un tercio de todos los pacientes y sus familias con cáncer reportan, por lo menos, síntomas moderados de de-

presión y hasta un cuarto sufre de depresión severa (Lorraine, 1992).

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida.

Para el hombre, el dolor es una sensación y una emoción provocada por un estímulo exagerado; el dolor crónico es aquél que en un comienzo pudo tener un origen orgánico, que se prolonga por algún tiempo más allá de lo necesario para la reparación del tejido dañado, que no tiene soporte anatómico para explicarlo y que sigue invadiendo e invalidando la vida de quien lo sufre, su familia, su entorno laboral y a la sociedad: además en la mayoría de los casos causa la muerte (Oblitas, 2006).

Finalmente, de acuerdo a todo lo anterior, se encuentran cubiertos los objetivos específicos y el objetivo general planteados para la investigación, concluyendo que: se identificaron y valoraron los niveles de ansiedad y depresión durante el proceso de duelo en padres de hijos con cáncer en tratamiento paliativo, y se establecieron resultados que señalan las actitudes o sentimientos favorables y desfavorables que se presentan con mayor frecuencia en los padres encuestados durante el proceso de duelo de sus hijos en tratamiento paliativo.

MÉTODO

Los sujetos de estudio fueron 25 padres de hijos con cáncer en fase terminal que se encontraban en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Veracruz, quienes fueron estudiados en el periodo de octubre - noviembre de 2011.

Los padres pertenecían a un nivel socioeconómico medio y bajo. Algunos de los criterios de inclusión sobre los sujetos de estudio fueron: ser padres cuyos hijos padecieran la enfermedad terminal; que el tratamiento de sus hijos fuera llevado en el mismo seguro; padres casados, viviendo en unión libre, separados o padre o madre soltera (o), que vivieran en el estado de Veracruz y que estuvieran dispuestos a colaborar en todo lo concerniente a la investigación.

INSTRUMENTOS

Test psicológicos: Inventario de depresión de Beck (Aarón T. Beck). En el cual se sistematizan cuatro alternativas de respuesta para cada ítem contando con 21 ítems, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad (índices de depresión severa o moderada). Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95). Se utilizará también un pequeño instrumento pre diagnóstico, con la finalidad de obtener datos sociodemográficos y conocer más sobre el estado de la enfermedad, lo cual servirá para complementar la información obtenida en los instrumentos anteriormente mencionados, el cual cubre con características que se refieren a la edad de los padres, ocupación, edad en que aparece la enfermedad y elementos que se vinculan al entorno familiar y personal, con la enfermedad.

Otro instrumento es la escala de valoración de Hamilton para evaluar la ansiedad (M. Hamilton). La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la Ansiedad (Hamilton rating scale [HDRS]) es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas depresivos y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Consta de 17 ítems y es una escala válida y confiable.

El proceso de duelo fue valorado a través de los resultados obtenidos en los instrumentos antes mencionados, ya que solo se establecerá la fase en la que se encuentran los padres de hijos con cáncer de acuerdo a lo que arrojen las pruebas de Beck y Hamilton, cuyas características y de acuerdo a la teoría, se encuentren en alguna de las fases del proceso y asignar el nivel de depresión y ansiedad.

PROCEDIMIENTO

Los sujetos de estudio fueron padres de hijos con cáncer en fase terminal que se encontraban hasta ese momento en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Veracruz. Los padres pertenecen a un

nivel socioeconómico medio y bajo. Algunos de los criterios de inclusión sobre los sujetos de estudio fueron: ser padres cuyos hijos padecieran la enfermedad terminal, que el tratamiento de sus hijos se llevara a cabo en el mismo seguro, padres casados, viviendo en unión libre, separados o padre o madre soltera (o), que vivieran en el estado de Veracruz y que estuvieran dispuestos a colaborar en todo lo concerniente a la investigación. Se contactaron por parte de la Universidad Cristóbal Colón, a través de una autorización al IMSS por medio de una carta previamente firmada y sellada por ambas instituciones. La muestra se constituyó por 25 padres de hijos con cáncer que cubrían con los criterios antes mencionados. A cada uno de los padres evaluados se les planteó el objetivo de la investigación y sin mayores problemas accedieron a la aplicación de los mismos.

Fase 1: Identificación y selección de sujetos a estudiar (padres de hijos con cáncer en fase terminal) a partir de la cantidad de los sujetos señalados con anterioridad.

Fase 2: Selección de Test Psicológicos. Para que a través de los mismos se pudiera valorar el impacto psicológico en padres de hijos con cáncer en fase terminal.

Fase 3: Aplicación del instrumento pre- diagnóstico. A partir de una forma específica para aplicar, el número de personas y el tiempo determinado para dicho proceso.

Fase 4: Aplicación de los Test Psicológicos. A partir de una forma específica para aplicar, el número de personas y el tiempo que se determine pertinente.

Fase 5: Identificación de las causas que originan la manifestación de un fenómeno y sus componentes. A partir de los resultados obtenidos de la aplicación de los test psicológicos.

Fase 6: Identificación del nivel de ansiedad y depresión de los sujetos de estudio. A partir de la integración de los resultados obtenidos y del análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS

La edad de la población estudiada fluctuó entre los 25 y 26 años de edad. De los 25 encuestados, el 16% de la población lo constituyen personas de los 34- 36 años, el 24% de 31 a 33 años, el 28% de los 25 a los 27 y ocupando el mayor porcentaje de los encuestados se encuentran las edades de 28 a 30 años de edad con un 32%, lo cual en sumatoria nos da un cien por ciento (Figura 1).



Figura 1

En lo que se refiere a la ocupación de quienes conforman la muestra, el 60% se vincula con las labores del hogar, el 16% son cajeras en algún centro comercial, el 12% empacadoras y el 12% restante lo ocupan las actividades de cocinera, mesera y lavandera con el 4% cada una. Dentro del porcentaje mayor se incluyen a las personas del sexo masculino, puesto que en esos casos en lugar de trabajar ellos trabajan sus esposas y los mismos cuidan del hijo enfermo y del resto de la familia (Figura 2).



Figura 2

Otro de los cuestionamientos en este mismo instrumento, se refirió a la edad en la que los padres se dieron cuenta de que su hijo tenía tal enfermedad. Ante ello, el 52% se concentró entre las edades que van de los 7 a los 10 años, mientras tanto el 20% osciló entre los 3 y 6 años, encontrándose el 28% en niños de 11 a 14 años (Figura 3).

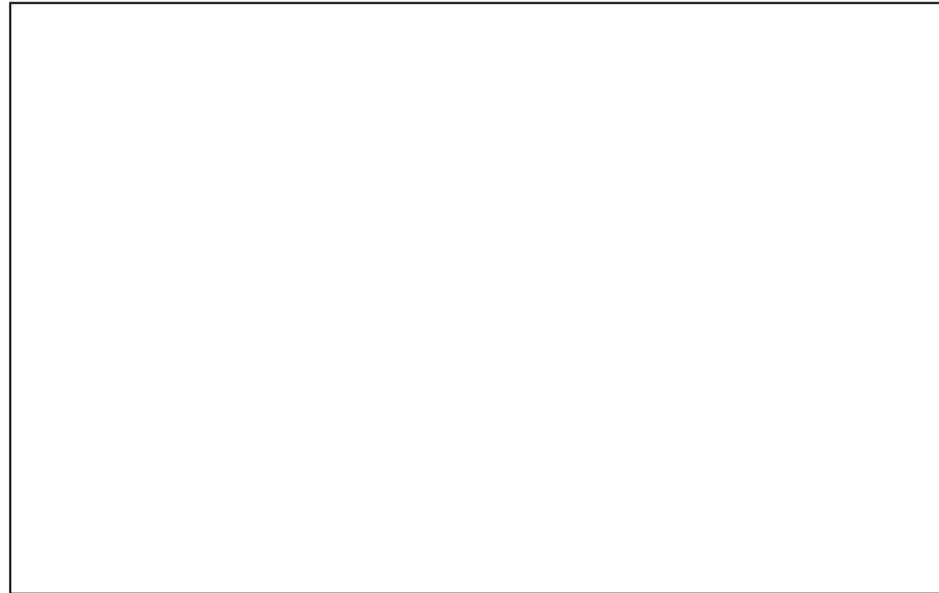


Figura 3

Con relación a los resultados obtenidos en el instrumento de evaluación de Beck, la población de padres de hijos con cáncer presentan con un 88% un diagnóstico de depresión severo, es decir, presentan síntomas que deterioran significativamente su vida personal, familiar y social, sin olvidar que tal padecimiento se origina durante el desarrollo de la enfermedad terminal que padece su hijo, y solo un 12% de la muestra presenta un diagnóstico de depresión moderado (Figura 4).

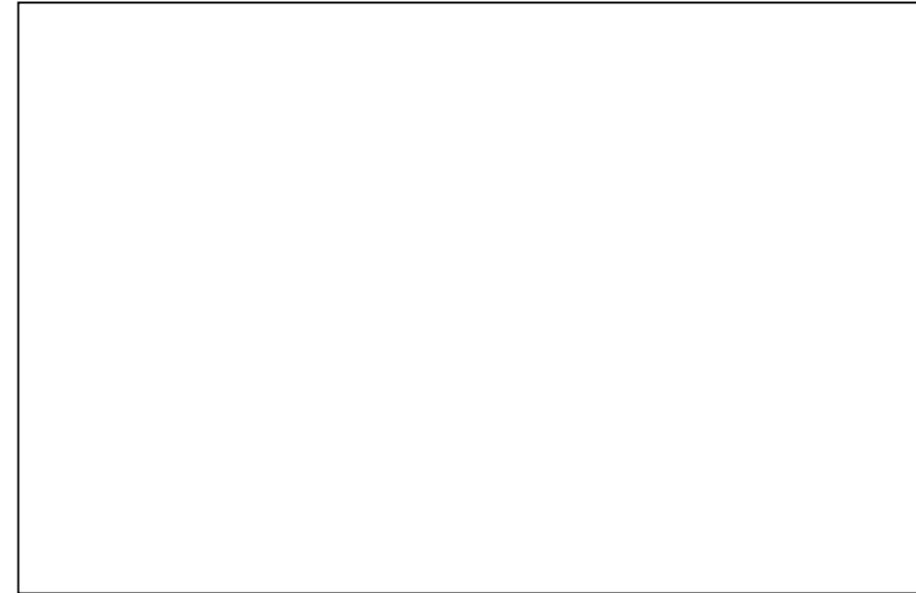


Figura 4

Este resultado se vincula con una de las preguntas del instrumento pre diagnóstico que alude al sentimiento que les genera tener un hijo con cáncer en cuidado paliativo, por lo que en su mayoría la tristeza es la que con más frecuencia se presenta, lo que a su vez origina un trastorno depresivo y al prolongarse tales síntomas se convierte en un tipo de depresión en mayores niveles, como lo mencionado anteriormente en la población evaluada.

Finalmente para complementar los resultados obtenidos, se aplicó el test de ansiedad de Hamilton, en donde se obtuvo el siguiente porcentaje: el 68% de la población evaluada menciona estar atravesando por una etapa de ansiedad moderada, es decir, existe mayor control a diferencia del síntoma depresivo severo, que si bien es un sentimiento que explícitamente se incluye dentro de la depresión, el síntoma de ansiedad se encuentra menos latente. Mientras tanto, el 32% de la población encuestada mantiene un nivel de ansiedad severa, es decir, su preocupación excesiva por ciertas situaciones que en esta investigación conciernen al tener un hijo con cáncer en cuidado paliativo, ocasionan deterioro significativo principalmente en su salud, alteraciones en el sueño, en sus relaciones sociales, en su alimentación, entre otros, por lo que con este porcentaje en relación al proceso de duelo, los padres se encuentran en la fase aguda del mismo (Figura 5).



Figura 5

CONCLUSIONES

- Resulta complicado explicar la manera en que un padecimiento como el cáncer afecta la dinámica de una familia. Esto debido, tanto a las diversas manifestaciones y grados de invalidez que la enfermedad puede suponer, como por la variedad de edades a las cuales puede llegar a afectar al individuo sin olvidar, por supuesto, que existen un sinnúmero de tipos diversos de organización en las familias constituidos antes de que el padecimiento ensombrezca sus hogares (Velasco, 2001).
- De acuerdo a los resultados anteriores, los padres se encuentran en un nivel severo de depresión al atravesar por las diversas etapas del proceso de duelo. Principalmente cabe recalcar que se encuentran en la fase dos del mismo, en donde hay una agudización de los síntomas depresivos, donde también los padres han perdido el interés por otras cosas y están centrados en lo que el hijo necesita, dejando incluso de lado a los demás integrantes de la familia. Existe un gran dolor por la posible separación con el hijo enfermo y un miedo hacia lo que pueda suceder.
- La ansiedad se encuentra establecida en la población encuestada de forma moderada, sin embargo, un porcentaje significativo muestra tener ansiedad severa, por lo que también se generan cambios en su ritmo de vida y actividades. Finalmente, de acuerdo a todo lo anterior, se encuentra cubierto el objetivo general planteado para la investigación, concluyendo que se identificaron y valoraron los niveles de ansiedad y depresión durante el proceso de duelo en padres de hijos con cáncer en tratamiento paliativo, y se establecieron resultados que señalan las actitudes o sentimientos favorables y desfavorables que se presentan con mayor frecuencia en los padres encuestados durante el proceso de duelo de sus hijos en tratamiento paliativo.
- Sin embargo, es necesario mencionar que si bien la depresión y la ansiedad pueden estar relacionadas con la enfermedad del hijo, no se descarta que existan otros factores que generen tales alteraciones, ya que no se realizó una aplicación de instrumentos a una muestra de padres con hijos sin la enfermedad, lo cual resultaría enriquecedor para identificar diferencias en los niveles de depresión de ambos grupos.

REFERENCIAS

- Bowlby, John** (1997). La pérdida afectiva, tristeza y depresión. España: Paidós.
- Oblitas, Luis** (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson.
- Organización Mundial de la Salud** (2010). Cáncer, datos y cifras. Consultado en septiembre 25, 2011 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Papalia, Diane** (2004). Desarrollo Humano. España: Mc Graw Hill.
- Shelley, Taylor** (2007). Psicología de la salud. España: Mc Graw Hill.
- Lorraine, Sherr** (1992). Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno.
- Vázquez, Isaac** (2003). Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide.
- Velasco, Luisa Ma.** (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno.



EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA PARA LA CORRECCIÓN DE DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA EN LA ETAPA ESCOLAR

EFFECTS OF A NEUROLOGICAL INTERVENTION PROGRAM IN CORRECTING LEARNING DIFFICULTIES IN READING AND WRITING IN ELEMENTARY SCHOOL

Sandra Márquez de la Cruz¹, Marco Antonio García Flores², Humberto Pérez Roldán³

RESUMEN

Uno de los problemas más frecuentes durante la edad escolar son las dificultades en la lectura y la escritura, numerosos artículos se enfocan a descubrir sus causas. Sin embargo, son menos frecuentes los estudios sistemáticos sobre tratamientos efectivos para superar los problemas de dislexia y disgrafía. En esta investigación se analizaron dichas dificultades desde la perspectiva histórico cultural en un niño de 9 años. La evaluación inicial mostró un déficit en el mecanismo de programación y control de la actividad, así que se estableció un programa de intervención que se aplicó durante 6 meses en dos sesiones por semana de una hora de duración. Finalmente, el niño fue evaluado utilizando las escalas de la evaluación inicial. Los cambios obtenidos demuestran que

el programa ayudó a mejorar significativamente sus procesos de lectura y escritura, permitiendo que pueda ser utilizado para corregir eficazmente tales defectos.

Palabras clave: Dislexia, disgrafía, rehabilitación neuropsicológica.

ABSTRACT

One of the most frequent problems during elementary school is learning difficulties in reading and writing, several papers focus to find their causes. However systematic studies about successful treatments to solve dyslexia and dysgraphia are scarce. In this work we evaluate such problems in nine years old boy, from historical-cultural perspective. Initial evaluation showed a deficit in self control and activity planning then we created an intervention program

¹Licenciada en Psicología. Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

²Maestro en Neuropsicología. Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

³Maestro en Ciencias Biológicas. Centro Tlaxcala de Biología de la Conducta. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Contacto: hombert11@hotmail.com

Fecha de recepción: 20 de junio de 2012 Fecha de aceptación: 20 de septiembre de 2012

that we applied for one hour twice a week during six months. At the end of this program the boy was evaluated again with the same tests. Changes in his performance showed that this program helped to improve reading and writing and suggest that

it can be used to efficiently correct defects in dyslexia and dysgraphia.

Key words: Dyslexia, dysgraphia, neuropsychological rehabilitation

INTRODUCCIÓN

La neuropsicología es la disciplina que estudia la relación entre los procesos cerebrales y la conducta, tanto en sujetos normales como en personas con daño cerebral. Integra conocimientos de neurología, neuroanatomía, neurofisiología, neuroquímica, psicología y lingüística (Beaumont, 2008).

Esta disciplina tiene la misión de estudiar los mecanismos cerebrales de las formas complejas de la actividad psíquica, tanto en la patología, como en la normalidad, así como hallar nuevos medios científicamente fundados, para la rehabilitación de las funciones alteradas a consecuencia de lesiones locales del cerebro (Tsvetkova, 1977).

Una de las líneas que ha seguido esta ciencia se orienta hacia la investigación del desarrollo infantil, tanto en la normalidad, como en la patología. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que si la neuropsicología es una ciencia relativamente nueva, lo es más la neuropsicología infantil. Dentro de esta área es la investigación que los especialistas han realizado en torno a las dificultades en el desarrollo y su corrección, lo que ha determinado su importancia.

Uno de los objetivos de la neuropsicología infantil es estudiar los cambios que se producen en los diferentes tipos de actividad mental durante el desarrollo, tanto en la normalidad, como en presencia de procesos patológicos del cerebro. Es común encontrar casos de niños con alteraciones en sus procesos psicológicos superiores como consecuencia de daño cerebral ocurrido en los periodos pre, peri o postnatal. Sin embargo, son frecuentes también los casos en los que no se tiene un antece-

dente específico que explique la sintomatología presentada. La valoración neuropsicológica proporciona información valiosa y confiable acerca de un inadecuado funcionamiento a nivel cerebral.

Diferentes investigadores han señalado que, de acuerdo a la edad en que ocurre una lesión cerebral, las consecuencias en la esfera psicológica tendrán distinto carácter (Rourke, et al. 1983., Vigotsky, 1994., Ostrosky-Solís et al. 1996). Según Azcoaga (1992) si la lesión ocurre en etapas tempranas del desarrollo, provocará insuficiente organización de los procesos psíquicos. Se han realizado evaluaciones de tipo neuropsicológicas a pacientes en quienes se reporta anoxia perinatal y los resultados se han analizado bajo el concepto de disfunción cerebral mínima, ya sea de tipo focal o difuso (Ostrosky-Solís, 1992).

Además se ha demostrado que la alteración de una misma zona del cerebro se manifiesta conductualmente de manera diferente en el niño y en el adulto (Simernitskaia, 1985 en Santana, 1999).

Entre los desórdenes neuropsicológicos más frecuentes observados en los niños se reportan afectaciones en la velocidad psicomotriz, memoria, funciones de programación, funciones de control y atencionales, que pueden dar como resultado la incapacidad para el aprendizaje de la lectura y la escritura.

A diferencia de la neuropsicología del adulto, la neuropsicología infantil se enfrenta con la difícil tarea de estudiar las funciones psicológicas en desarrollo, es decir, son funciones que no poseen todavía un alto grado de automatización, muchas de ellas se están adquiriendo y por esta razón su localización cerebral es difusa. Esto último implica que para realizar una tarea, el niño requiere de la participación de una mayor cantidad de zonas cerebrales comparado con el adulto, quien al dominar la tarea utiliza solo conexiones cerebrales bien delimitadas.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la neuropsicología infantil ha obtenido gran parte de su base teórica de estudios e investigaciones realizadas con sujetos adultos. Paradójicamente este aspecto constituye uno de los principales problemas en la neuropsicología infantil, debido a que algunos especialistas frecuentemente comparan las dificultades infantiles con los síndromes de los adultos, esto se ha reflejado incluso en la adaptación de procedimientos de evaluación utilizados inicialmente en adultos para la población infantil (Manga y Ramos, 1991).

Esta asociación ha resultado superficial, ya que aunque la sintomatología sea similar, en la base del defecto se hallan mecanismos diferentes que requieren ser investigados con mayor cuidado. Más preocupante aún es el hecho de que a partir de la información obtenida en este tipo de evaluaciones se desarrolla el programa de intervención para el paciente, a partir del puntaje obtenido y no del mecanismo que subyace a la alteración, logrando con ello que las dificultades del niño sean tratadas de manera sintomática (Solovieva, 2001).

En lo que se refiere específicamente a las técnicas de intervención que proponen algunos autores para superar las dificultades de aprendizaje de la lectura y la escritura podemos notar que están enfocadas principalmente a estimular los aspectos perceptivo motores y de integración sensorial. Sin embargo, estos métodos han resultado controvertidos y no han demostrado efectividad en el manejo de estos niños (Mejía, 1992). Por ello, se hace necesaria la investigación de métodos y procedimientos neuropsicológicos que se enfoquen no a destacar el síntoma en el paciente sino a investigar el mecanismo alterado y de esta forma proponer programas correctivos individuales que permitan fortalecer los aspectos funcionales débiles (Solovieva, 2001).

Vigotsky señaló que la tarea del investigador no se debe limitar a constatar las dificultades, sino que debe establecer la dinámica de sus relaciones y los mecanismos cerebrales que subyacen a ellas. Es indispensable resolver primero la causa que subyace a los defectos que los niños manifiestan, porque de lo contrario la investigación neuropsicológica y psicológica y, consecuentemente pedagógica, no llegará a la naturaleza de los problemas en el aprendizaje escolar y mucho menos establecerá las vías adecuadas para su corrección (Quintanar y Solovieva, 2008). Se requiere de un análisis cualitativo de las alteraciones que se presentan durante el desarrollo, considerando no solo el conjunto de síntomas que se manifiestan en algún proceso de aprendizaje, sino también cuál es su efecto sistémico, es decir, cómo una alteración en un eslabón específico repercute en distintos procesos de aprendizaje, sobre otras funciones psicológicas y en toda la esfera psíquica del niño.

Para ello se requiere de un aparato teórico metodológico que incluya diferentes sistemas de análisis, dando énfasis a la base psicofisiológica de las funciones psicológicas. Esta base son los sistemas funcionales

complejos (Luria, 1970) que se definen como la activación de sectores cerebrales anatómicamente distantes que se unen para realizar una tarea común. Luria señala que los sistemas funcionales complejos no pueden localizarse en zonas restringidas del córtex o en grupos celulares aislados, sino que deben estar organizadas en sistemas de zonas que trabajan concertadamente, cada una de las cuales ejerce un papel dentro del sistema funcional complejo, y que pueden estar situadas en áreas completamente diferentes y a menudo muy distantes del cerebro. En dichos sistemas funcionales cada uno de sus componentes se apoya en el trabajo de un sector particular del cerebro y hace su propia aportación para la realización de cada función.

En el caso de una alteración en cualquiera de los componentes del sistema funcional complejo, se afecta no solo la función psicológica involucrada, sino todas aquellas que comparten también el factor afectado. Hablando de una patología en particular, por ejemplo, un niño con déficit de atención tendrá alteraciones atencionales pero estas a su vez desorganizarán sus procesos de memoria, percepción, la actividad intelectual y la interacción con sus pares.

Entre los factores neuropsicológicos más estudiados se encuentran: la melodía cinética (organización secuencial de los movimientos), la memoria audio-verbal, el análisis y síntesis espacial simultánea, la integración fonemática (oído fonemático), la integración cinestésica, la regulación y control de la actividad.

Así, cada una de las funciones o acciones se localizan en el cerebro en forma de sistemas funcionales, una lesión o daño específico al cerebro no produce la pérdida de la función, sino la desintegración de su sistema funcional (Luria, 1977., Tsvetkova, 1988). Esto justifica el hecho de que los síntomas que para muchos profesores y especialistas parecieran no tener ninguna relación entre ellos, son en realidad la consecuencia de la falla en un mismo factor neuropsicológico.

Es necesario recordar que esta desintegración del sistema funcional tendrá un efecto sistémico en todos aquellos procesos que comparten con él algún eslabón. Sin embargo, existen otras funciones psicológicas que no se verán afectadas por esta desintegración.

De esta manera se elabora el concepto de síndrome desde la perspectiva histórico cultural; síndrome se refiere a la alteración de unas funciones

y la conservación de otras, donde las funciones afectadas comparten un factor común que no es necesario para las funciones conservadas, es decir, estas últimas no se afectan por no requerir de dicho factor.

Esto explica por qué en la mayoría de los niños con problemas no se observa un solo síntoma, sino una serie de dificultades que en muchas ocasiones no se ajustan a un diagnóstico tradicional y complican terriblemente el proceso de corrección. Estas dificultades son claramente explicadas si se considera que son producidas por la afectación de un factor neuropsicológico y si se conoce cuáles son las funciones de dicho factor, se puede determinar qué funciones están conservadas y poder establecer que en su conjunto constituyen un síndrome específico (Quintanar y Solovieva, 2003).

Esta es la gran ventaja de este aparato teórico metodológico ya que permite explicar los síntomas positivos y negativos que manifiestan los niños, identificando la causa exacta de los mismos. Otra aportación de este enfoque es que logra unificar a todos los síntomas en una estructura regular, incluyendo aquéllos que para el evaluador tradicional no tienen ninguna relación con el problema de consulta.

También se puede identificar cuáles son los factores con un desarrollo funcional insuficiente y crear actividades específicas para su desarrollo. Es importante recordar que una vez que se ha determinado de qué manera el factor implicado afecta al desarrollo de toda la esfera psíquica del niño, es decir, cuáles son sus efectos sistémicos, es posible plantear programas correctivos y desarrollar los métodos destinados a la superación de las dificultades que presenta el niño, no solo en el área académica, sino también en su esfera afectivo emocional.

De esta forma, para la escuela histórico-cultural, la tarea central de la evaluación neuropsicológica consiste en identificar los factores alterados responsables de las dificultades observadas en los niños y no simplemente constatar la alteración de una u otra función.

La presente investigación pretende poner a prueba un programa de intervención basado en los criterios de la escuela neuropsicológica de Luria, enfocado a la corrección de dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura en un paciente que se encuentran en la etapa escolar.

MÉTODO

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 9 años de edad que cursa el 2º año de primaria, su nivel socioeconómico es medio bajo y su procedencia rural. Producto de segunda gesta, nació por parto normal, sin problemas de hipoxia. A los 8 meses de edad sufre un traumatismo que provoca pérdida de la conciencia, pero no requiere de seguimiento médico.

El proceso de atención y concentración del paciente se mantiene por periodos breves y presenta impulsividad en su desempeño general. El lenguaje oral es fluido y bien articulado, sin embargo, al elaborar frases largas se presenta omisión de palabras y dificultad para el uso adecuado de elementos sintácticos. No comprende oraciones largas y complejas, solo es capaz de realizarlas al presentarlas de forma fragmentada. El proceso de la lectura se lleva a cabo de manera silábica con presencia de sustituciones fonológicas de tipo anticipatorio. La escritura presenta múltiples faltas ortográficas, perseveraciones y anticipación de grafemas. Además se observan grandes dificultades en la utilización del espacio gráfico, ya que separa o une indiscriminadamente las palabras, además de que muestra dificultad para mantener la ejecución sobre el renglón.

Los padres del paciente acuden al servicio de Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica solicitando apoyo para superar las dificultades en su desempeño escolar.

Procedimiento

La evaluación neuropsicológica inicial se llevó a cabo en la sede de la Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica de la BUAP. La evaluación se realizó en 5 sesiones individuales de una hora de duración. Con los datos obtenidos se hizo el análisis sindrómico que permitió elaborar el diagnóstico; posteriormente se procedió a la elaboración y aplicación del programa de intervención el cual fue aplicado en dos sesiones por semana durante un lapso de seis meses con un total de 45 sesiones individuales de 60 minutos de duración. Después de la aplicación del programa interventivo se realizó la revaloración neuropsicológica, con la cual fue posible analizar comparativamente el desempeño del paciente antes y después de la aplicación del programa de intervención neuropsicológica.

Instrumentos aplicados

Durante el proceso de evaluación se utilizaron: la Evaluación de la Preparación del Niño para la Escuela (Solovieva, 2001) y la Evaluación Neuropsicológica Infantil Breve (Solovieva y Quintanar, 2000), Evaluación Neuropsicológica del Lenguaje Oral (Quintanar, 1997), Evaluación Neuropsicológica de la Comprensión del Lenguaje Oral (Quintanar y Solovieva, 2001), Evaluación Neuropsicológica de la Atención (Quintanar, 1997).

Resultados

Los resultados obtenidos en la evaluación neuropsicológica inicial mostraron que en las imágenes objetales, el paciente muestra adecuada correspondencia entre palabras y objetos. Sin embargo, la reproducción gráfica es pobre, representando características esenciales en su dibujo, pero carente de detalles.

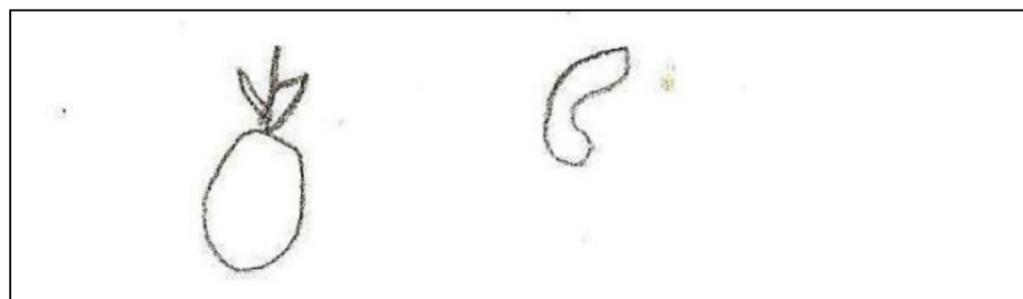


Figura 1. Dibujos del niño ante la consigna de dibujar una fruta y una verdura, señala que son una manzana y un chayote.

Se encontró un déficit en el mecanismo de regulación, programación y control de la actividad que desorganizaban toda la actividad de aprendizaje escolar del paciente. El proceso de atención y concentración en el paciente se mantuvo alrededor de 7 minutos. El trabajo prolongado y un volumen amplio de información desorganizaron su actividad. No se autorregulaba, pero la dirección por parte del psicólogo en ocasiones resultó efectiva para mejorar su desempeño. Sus ejecuciones fueron impulsivas y no verificó ni corrigió sus errores. Por ejemplo, en la tarea de dar un golpe ante la palabra rojo y dos golpes ante la palabra blanco, al presentarle una oración el paciente se desempeña al inicio de forma correcta. Sin embargo, tiende a mostrar fallas conforme avanzó la tarea.

Ante tareas para la evaluación del oído fonemático, el paciente es capaz de discriminar y repetir fonemas cercanos por punto y modo de articulación presentados en sílabas, palabras y series de fonemas. Sin embargo, su desempeño se vio afectado por el volumen de información, es decir, al incrementar la cantidad de estímulos presentados sus ejecuciones se tornan impulsivas.

La integración cinestésica se encontró conservada, el paciente fue capaz de reconocer objetos presentados en forma táctil, así como reproducir adecuadamente posiciones del aparato fonoarticulador; mostró un adecuado desempeño ante la tarea de repetición de sílabas y sonidos. Sin embargo, falla al reproducir una de las posiciones de los dedos de la mano.

La evaluación del factor cinético evidencia dificultad para lograr la fluidez en la secuencias de movimientos con la mano, además copia secuencias gráficas de forma impulsiva.

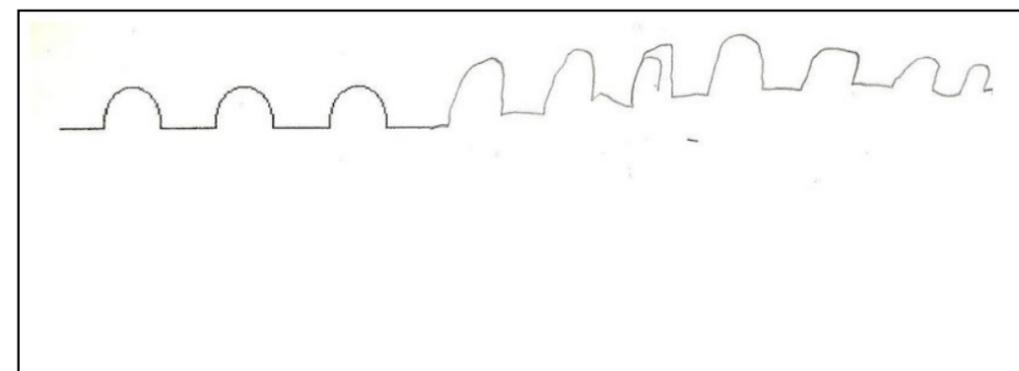


Figura 2. Copia y continuación de una secuencia, puede notarse cómo empiezan a perderse los elementos originales de la secuencia.

En el proceso de memoria voluntaria se observó un adecuado registro de información, logró evocar dos elementos de uno de los grupos de palabras. Sin embargo, en la memoria de tipo involuntaria el paciente no logró la recuperación de ninguno de los estímulos presentados previamente. La memoria visual es adecuada al desempeñarse con estímulos con signos conocidos por el paciente, pero su desempeño se torna pobre al trabajar con estímulos carentes de sentido.

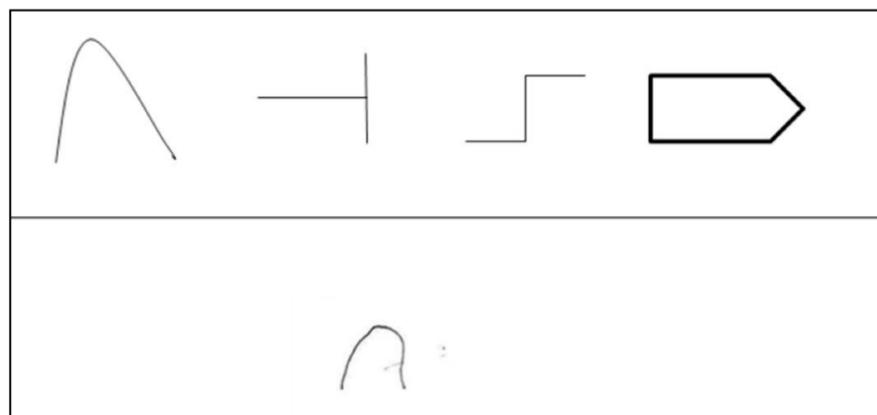


Figura 3. Evocación de figuras sin sentido, en la parte superior del panel se observa el estímulo y en la parte inferior la única figura que el niño logra evocar.

El factor de las síntesis espaciales simultáneas es adecuado al desempeñarse con estímulos verbales, logrando la correcta identificación del cuadro correspondiente a la oración dada “el perro camina detrás de la señora y adelante del auto”. La copia de letras y números similares por sus rasgos también es adecuada. Sin embargo, muestra dificultad para lograr la representación gráfica del dibujo de la casa, su desempeño es impulsivo y no lleva a cabo la verificación, por lo que la representación de los elementos mantiene la orientación espacial, pero no consigue la integración de los mismos.

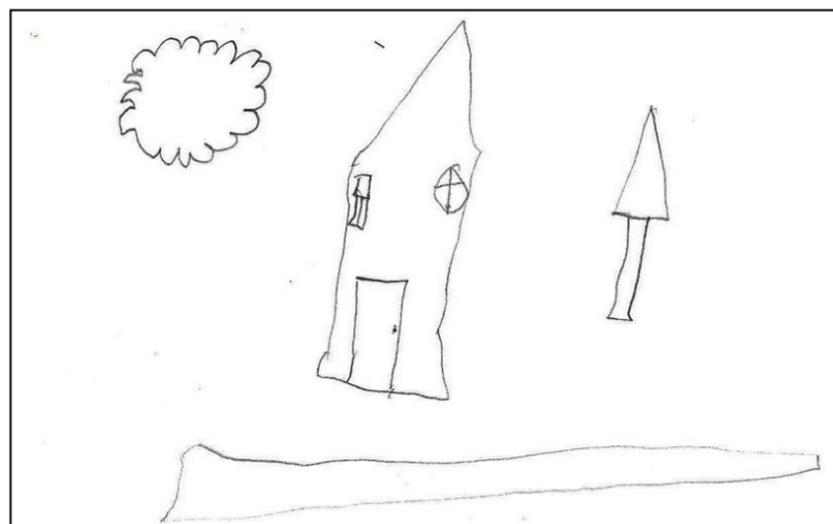


Figura 4. Ejecución de la copia de la casita durante la evaluación inicial

En el lenguaje se observa que la producción verbal es poco fluida, fue necesario dirigirlo a través de preguntas específicas. En su discurso mostró vocabulario reducido, construyó oraciones largas pero con una estructura simple “luego juego fútbol, beisbol y fútbol americano y luego hago mi tarea”. Sin embargo, en ocasiones utiliza erróneamente el plural y singular “juego canicas que tiene así y luego les pegas y tienes canica”. Esta desorganización está acompañada de impulsividad. En la descripción de cuadros temáticos se observaron problemas para la organización secuencial de los fonemas, cometiendo errores del tipo: “raja/jarra”, “le/el”, “modena/moneda”, que en ocasiones corrige y en otras no.

La función reguladora del lenguaje se presentó de forma inconsistente. Al llevar a cabo la acción de brincar de acuerdo a las consignas establecidas, muestra errores por impulsividad.

La función generalizadora del lenguaje se lleva a cabo de forma simple. La identificación de la palabra más larga en un par presentado es realizada de forma directa, dejándose llevar por la imagen conocida del objeto y sin verificar su desempeño, por ejemplo, al pedirle que elija la palabra más larga entre “automóvil-tren” escoge tren. Al elaborar sus respuestas a un tema dado y completar oraciones, sus ejecuciones se caracterizan por ser coherentes pero breves, utilizando una estructura simple.

Las tareas llevadas a cabo para explorar la esfera voluntaria muestran que el lenguaje voluntario es adecuado, logrando la expresión de la serie directa e inversa en la numeración, así como la utilización del lenguaje para enfrentar situaciones cotidianas y la expresión de necesidades. Sin embargo, las acciones voluntarias se muestran desorganizadas. Si bien la dirección por parte del psicólogo resultó efectiva para realizar los dibujos indicados a través del dictado gráfico, el paciente es incapaz de continuarlos de forma independiente.

Las preguntas enfocadas a explorar la personalidad del paciente muestran el interés del mismo hacia el juego, su preocupación por su desempeño escolar y el estrés que este genera en sus relaciones familiares, al ser presionado, castigado o incluso golpeado por no mostrar un adecuado desempeño escolar.

Considerando estos resultados se estableció un programa de corrección neuropsicológica basado en los postulados de la teoría histórico-cultural, es necesario señalar que desde esta postura el objetivo es que el

niño logre realizar las tareas con las ayudas que sean necesarias, incluso simplificando cada tarea.

PROGRAMA DE CORRECCIÓN NEUROPSICOLÓGICA

El objetivo principal consistió en formar la actividad voluntaria a través de hábitos de programación, ejecución y verificación ya que este fue el factor neuropsicológico que desorganizaba toda la actividad de aprendizaje del niño. El programa estuvo dividido en tres etapas:

- Etapa 1. El objetivo de la primera etapa consiste en mejorar la distribución en el espacio gráfico, superar errores ortográficos en la escritura, respetando la utilización de mayúsculas y minúsculas, así como signos de puntuación.
- Etapa 2. En esta etapa las tareas que se incluyen están enfocadas a mejorar la calidad de la lectura en los aspectos de rapidez y comprensión, así como intentar la formación de la lectura interiorizada.
- Etapa 3. Las actividades en esta etapa tienen como objetivo formar la planeación y organización de acciones mentales con el contenido de problemas matemáticos.

Etapa 1.

Fase A

- Se presenta al niño una tarjeta con la imagen de un objeto conocido.
- El niño debe proporcionar información semántica acerca del objeto. Para esto se le estimula con preguntas: ¿cómo se llama?, ¿para qué sirve?, ¿qué forma tiene?, etc.
- El niño pronuncia la palabra e indica cuantos sonidos tiene, si muestra dificultad el psicólogo pronuncia la palabra.
- El niño elige el esquema correspondiente (regletas con diferente número de cuadritos) teniendo en cuenta que cada cuadro representa uno de los sonidos de la palabra. Si el niño no logra elegir la regleta independientemente, el educador le brinda ayuda, señalando cada uno de los sonidos que componen la palabra mientras el niño los cuenta.

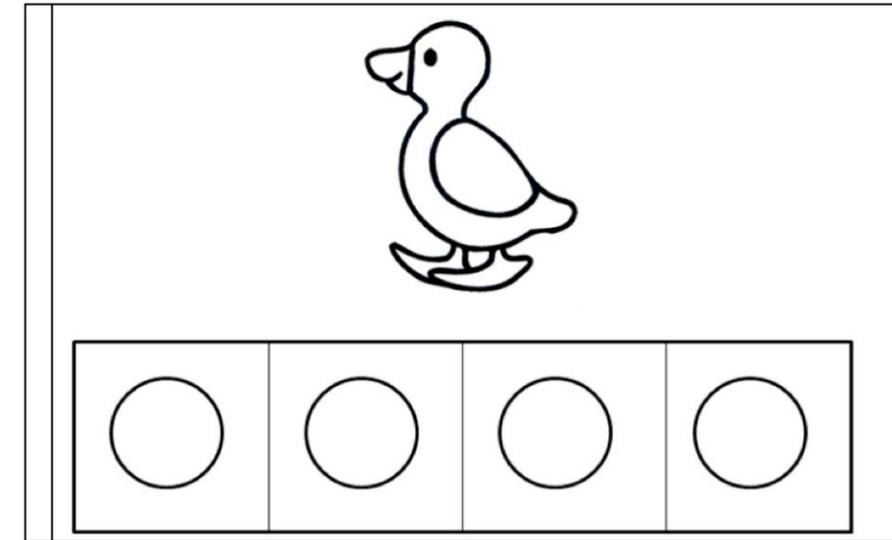


Figura 5. Esquema de trabajo durante las sesiones de rehabilitación. Los círculos deben ser en color rojo para las vocales y verde para las consonantes.

- En las celdas del esquema, el niño coloca círculos rojos para vocales y círculos verdes para consonantes de la palabra correspondiente.
- El niño propone un enunciado que contenga la palabra con la cual se trabaja.
- Se representa cada palabra del enunciado con círculos blancos que el niño acomoda de manera lineal (tal como corresponde a la frase), el niño separa cada círculo blanco con un palillo.
- El niño cuenta la cantidad de círculos blancos ayudándose de los dedos, y se le hace saber que esa es la cantidad de palabras que debe escribir.
- El niño escribe la primera palabra del enunciado e inmediatamente dibuja una línea vertical roja, prosigue a colocar el círculo blanco correspondiente encima de la palabra y retirar el palillo. Posteriormente escribe la segunda palabra del enunciado y realiza el mismo procedimiento.
- Si en la escritura del enunciado se observa dificultad para la identificación o discriminación de fonemas en una palabra, se prosigue a realizar su análisis y elegir la regleta correspondiente.
- Finalmente se verifica junto con el niño la escritura correcta de cada palabra, así como su separación con líneas rojas.

- Ha de ponerse especial atención en que los enunciados propuestos por el niño para diferentes palabras no guarden la misma estructura sintáctica o semántica.
- Para la escritura de palabras en las que no exista una correspondencia única entre fonema y grafema se hará uso de las siguientes tarjetas de orientación.

Tarjeta de la letra “C” representa dos sonidos “s” y “k”.

- Cuando después de “C” siguen las vocales “a”, “o”, “u”; se representa el sonido “K”. Por ejemplo: casa, cosa, cura, etc.
- Cuando después de “C” siguen las vocales “i” y “e”; se representa el sonido “S”. Ejemplo: cena, cisne, cine, etc.
- Cuando después del sonido “K” siguen las vocales “i” y “e”. Se aplica la letra “Q”. Por ejemplo: queso, esquite. Aunque existen excepciones: kilo, kilate, kiosco.

Tarjeta de la letra “G” representa dos sonidos “g” y “j”.

- Cuando después de “G” siguen las vocales “a”, “o” y “u”; se representa el sonido “G”. Por ejemplo: gato, goma, gusano.
- Cuando después de “G” siguen las vocales “i” y “e”; se representa el sonido “J”. Por ejemplo: Gerardo, girasol.

Tarjeta del sonido “S” se representa con letras “s”, “z”, “c” y “x”.

- El uso de las letras “s”, “z” y “x” depende de la convencionalidad de la palabra. Por ejemplo: sal, señor, zapato, Xochitl, Xenón.

Tarjeta del sonido “Y” se representa con las letras “ll” y “y”.

- El uso de estas letras depende de las reglas ortográficas del idioma y se aprenden con la práctica de la escritura. Por ejemplo: lluvia, llave, coyote, yodo, etc.

Tarjeta de la letra “X” representa el sonido “j”, “ch”, “s” en diferentes palabras y su uso depende de la convencionalidad.

Fase B.

Se realiza el mismo trabajo anterior, con la diferencia de que en esta etapa se retira el apoyo del palillo.

- Se presenta al niño una tarjeta con la imagen de un objeto conocido.

- El niño debe proporcionar información semántica acerca del objeto. Para esto se le estimula con preguntas: ¿cómo se llama?, ¿para qué sirve?, ¿qué forma tiene?, etc.
- El niño pronuncia la palabra e indica cuantos sonidos tiene, si muestra dificultad el psicólogo pronuncia la palabra.
- El niño elige el esquema correspondiente (regletas con diferente número de cuadritos) teniendo en cuenta que cada cuadro representa uno de los sonidos de la palabra. Si el niño no logra elegir la regleta independientemente, el educador le brinda ayuda, señalando cada uno de los sonidos que componen la palabra mientras el niño los cuenta.
- En las celdas del esquema, el niño coloca círculos rojos para vocales y círculos verdes para consonantes de la palabra correspondiente.
- El niño propone un enunciado que contenga la palabra con la cual se trabaja.
- Se representa cada palabra del enunciado con círculos blancos que el niño acomoda de manera lineal (tal como corresponde a la frase).
- El niño cuenta la cantidad de círculos blancos, ayudándose de los dedos y se le hace saber que esa es la cantidad de palabras que debe escribir.
- El niño escribe la primera palabra del enunciado e inmediatamente dibuja una línea vertical roja, prosigue a colocar el círculo blanco correspondiente encima de la palabra. Posteriormente escribe la segunda palabra del enunciado y realiza el mismo procedimiento.
- Si en la escritura del enunciado se observa dificultad para la identificación o discriminación de fonemas en una palabra se prosigue a realizar su análisis y elegir la regleta correspondiente.
- Finalmente se verifica junto con el niño la escritura correcta de cada palabra, así como su separación con líneas rojas.
- Ha de ponerse especial atención en que los enunciados propuestos por el niño para diferentes palabras no guarden la misma estructura sintáctica o semántica.
- Para la escritura de palabras en las que no exista una correspondencia única entre fonema y grafema se hará uso de tarjetas de orientación.

Etapa 2

- Lectura de texto. El adulto lee un texto al niño, mientras él va siguiendo

con su lápiz cada palabra. En el texto el niño debe identificar palabras de diferentes categorías (colores, nombres, animales, frutas, etc.) previamente establecidas por el educador y subrayarlas, estas palabras las copia el niño en su libreta y las lee. También se le pedirá que subraye palabras que inicien con mayúscula, el psicólogo deberá explicar que el uso de estas se limita al inicio de una oración o de un nombre propio. El texto debe ser del agrado del niño, incluso él mismo realizará la selección del texto, sin perder de vista los objetivos del trabajo.

- Lectura y escritura al dictado de diferentes textos. Al niño se le lee el texto. Se le pregunta acerca de los personajes y la relación entre ellos. Las preguntas se hacen de acuerdo al contenido real del texto dado. Para contestar las preguntas, el niño se apoya en el texto (no conteste por memoria). El texto debe ser del agrado del niño, sin perder de vista los objetivos del trabajo.

- Finalmente, el niño mismo lee el texto en voz alta. Al niño se le indica que lea despacio y con entonación el texto avanzando por oraciones. Posteriormente debe explicar brevemente sobre que se trata. El niño ha de proponer un subtítulo para esta parte del texto indicada por el adulto y escribirlo en su libreta. Es importante que el niño verifique si el subtítulo concuerda con el contenido del texto. Se realiza el mismo procedimiento con cada parte del texto.

- Se le pide al niño que anote en el cuaderno las palabras más importantes, novedosas, curiosas e interesantes que aparecieron en el texto.

- Se le pide al niño elaborar sus propias oraciones utilizando estas palabras. El procedimiento se repite con diferentes textos interesantes para el niño.

- El niño dicta el mismo texto al psicólogo y verifica los errores cometidos.

- El psicólogo le dicta el texto al niño y ambos verifican los errores cometidos.

Etapa 3

- Se presentan figuras de diferentes tamaños. Cada una representará un lugar (por ejemplo: el cine y el estadio) y con un cubo se mide el área de ambas figuras. El niño debe decir qué área es la mayor. Posteriormente se mide al área de cada figura con diferentes señales y se

cuestiona al niño si se pueden comparar las áreas medidas así o no.

- Series numéricas. Se presentan al paciente diferentes series numéricas que debe completar. Dichas series representan orden ascendente, descendente o a saltos.

- Cálculo ordinal. Se presentan al niño 5 filas con 10 columnas cada una. Posteriormente se le pide que ilumine el lugar que le indique el psicólogo. La instrucción deberá elaborarse de la siguiente manera: “Tercera fila el séptimo lugar”, “primera fila en tercer lugar”, etc.

- Se presenta al niño el plano de una ciudad y se le indica al niño que debe encontrar una dirección para lo cual debe seguir al pie de la letra las indicaciones del educador. En este ejercicio se hace alusión a las nociones izquierda-derecha, arriba-abajo, en medio, atrás, en frente, etc.

- Operaciones aritméticas. Se presentan problemas aritméticos correspondientes a su edad, de acuerdo al plan de estudios. Para su adecuada solución se brinda ayuda en el plano gráfico o de ser necesario en el nivel materializado.

- Se presentan tarjetas en las que se representa la secuencia de un hecho para que el paciente las acomode en el orden que les corresponde. Por ejemplo: “el crecimiento de una flor”, “la secuencia para vestirse”, etc. Con base en estas tarjetas, una vez que están acomodadas, el niño debe redactar el hecho. El psicólogo debe ayudarlo a conformar adecuadamente la estructura sintáctica, haciendo énfasis en la utilización de conjunciones y conectivos.

- Se solicitará la solución de problemas con diferente estructura, empezando por los más sencillos y aumentando la complejidad poco a poco.

Problemas simples: $a+b=x$; $a-b=x$.

- Juan tiene 5 manzanas y Pedro 4, ¿cuántas tienen entre los dos?

- En una tienda se han vendido 47 paletas de fresa y 5 de limón, ¿cuántas paletas se han vendido en total?

- Un granjero envía a la ciudad 5 coches transportando huevos, a razón de 720 huevos por coche, ¿cuántos huevos manda a la ciudad?

- Un niño tiene 24 manzanas. Da una parte a otro niño. Le quedan 7. ¿Cuántas ha dado?

Problemas simples invertidos: $a-x= b$; $x-a= b$.

- Un niño tiene 12 manzanas. Da algunas. Le quedan 8. ¿Cuántas ha dado?
- Unos pájaros estaban en un árbol. Tres han volado. Quedan cinco. ¿cuántos había al principio?
- En un plato había peras. Se han añadido 7. Ahora hay 15. ¿Cuántas peras había al principio?

Problemas compuestos: $a+ (a+b)= x$; $a+ (a-b)= x$.

- María tiene 7 manzanas y Ana dos más. ¿Cuántas tienen en total?
- Pedro tiene 3 manzanas y Luis dos veces más. ¿Cuántas tienen en total?
- Juan tiene 21 pesetas y su hermano 3 veces más. Con la totalidad de su dinero han comprado una pecera. ¿Cuánto cuesta esta pecera?
- Un ama de casa ha gastado 6 litros de leche en 5 días. ¿Cuántos gastará en un mes?
- En un almacén se han entregado 47 láminas de pino y 35 de nogal; en total se han utilizado 59 para hacer bancos. ¿Cuántas láminas quedan?

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POSTERIOR

Los resultados obtenidos después de la aplicación del programa de corrección neuropsicológica mostraron un mayor porcentaje de aciertos en las tareas de imagen objetal. El niño mantuvo la adecuada correspondencia entre palabras y objetos, pero además sus dibujos se realizaron de forma menos impulsiva lo que permitió incluir ciertos detalles que los hicieron más identificables.

En el factor de regulación, programación y control de la actividad hubo cambios significativos. El proceso de atención y concentración en el paciente se incrementó trabajando de forma concentrada durante 15 minutos en las tareas complejas y poco motivantes y hasta 40 minutos en actividades escolares que se realizaban a través de juegos. Incrementó también el volumen de la información que podía manejar sin distraerse ni perder el objetivo. La dirección por parte del psicólogo llegó a ser fundamental y en ocasiones él mismo logró corregir y autorregular su comportamiento. En sus ejecuciones disminuyó la impulsividad y como a lo largo del programa se hacía un monitoreo constante, logró identificar y corregir sus errores en

la mayoría de las tareas. Cuando esto no sucedía el psicólogo intervenía de inmediato para que el niño verificara cada línea hasta hallar el error.

En la evaluación del oído fonemático se confirmó que el paciente discrimina y repite fonemas cercanos por punto y modo de articulación presentados en sílabas, palabras y series de fonemas. Además hubo un incremento en el manejo de volúmenes de información, al incrementar la cantidad de sílabas y fonemas presentados pudo identificarlos con ayuda de la repetición.

El porcentaje de aciertos en tareas de integración cinestésica no mostraron cambios, nuevamente el paciente reconoció objetos presentados en sus manos y reprodujo adecuadamente las posiciones del aparato fonarticulador.

En el proceso de memoria voluntaria hubo nuevamente un adecuado registro de información, en la memoria de tipo involuntaria hubo cambios y después del programa correctivo el niño logró el almacenamiento y la recuperación de los estímulos presentados. El proceso de memoria visual también mejoró y aunque su desempeño fue más alto con estímulos con signos conocidos, el paciente logró evocar también estímulos carentes de sentido.

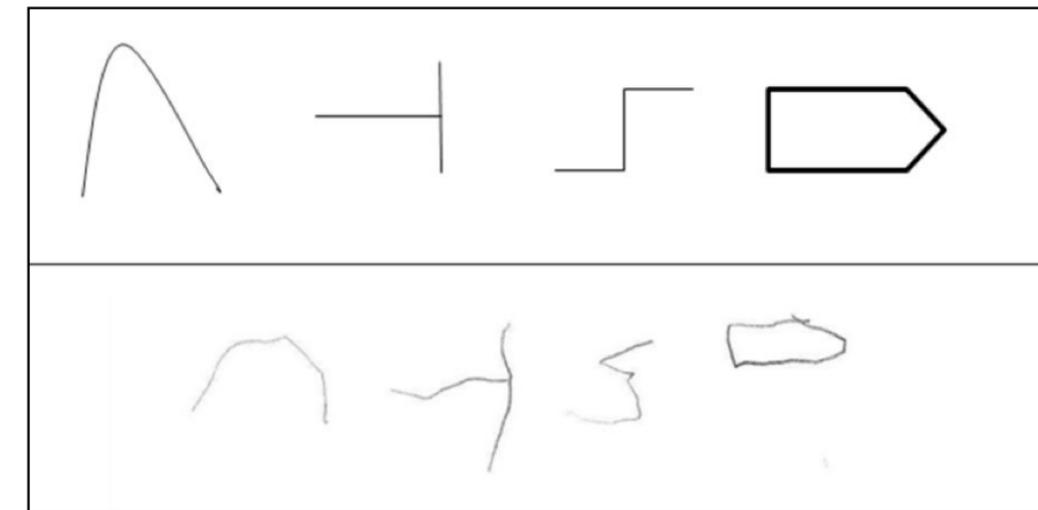


Figura 6. Evocación de figuras sin sentido después de la aplicación del programa correctivo.

La evaluación de la melodía cinética mostró diferencias significativas en el porcentaje de aciertos al mejorar la fluidez en la secuencias de movimien-

tos, tanto con la mano, como durante la copia de secuencias gráficas, en la repetición de trabalenguas y en el proceso de lectura en voz alta.

En el factor de las síntesis espaciales simultáneas los cambios también fueron significativos y logró realizar la copia de letras y números similares por sus rasgos, así como realizar la representación gráfica del dibujo de la casa, representación de sus elementos de forma integrada.



Figura 7. Ejecución del niño en la tarea de copia de la casita después de la aplicación del programa correctivo.

En la gráfica se pueden observar los porcentajes de aciertos antes y después de la aplicación del programa correctivo. Para comparar los cambios en el desempeño del paciente se utilizó la prueba de Wilcoxon utilizando el programa estadístico GraphPad 5.0 (San Diego CA). Las diferencias se establecieron considerando una $P < 0.05$. En la gráfica se ilustra la media del porcentaje de aciertos en cada área evaluada.

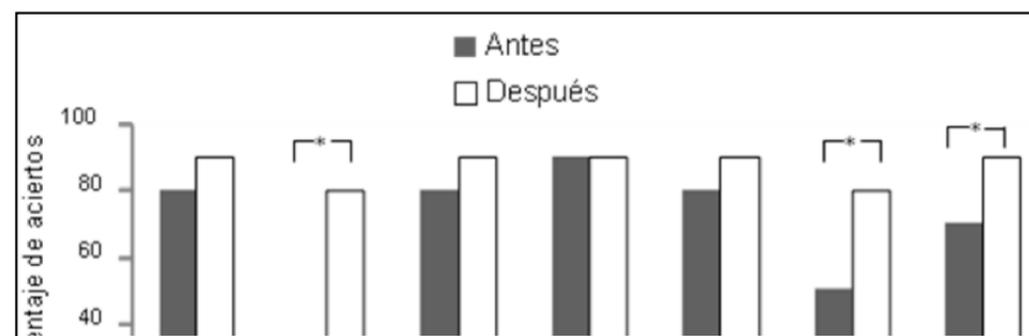


Figura 8. Análisis de las diferencias en el porcentaje de aciertos obtenidos antes y después de la aplicación del programa correctivo.

Es necesario reportar que al finalizar el programa de corrección neuropsicológica el niño mantenía una actitud más segura hacia las tareas escolares y las evaluaciones en general, además de que el hecho de lograr en cada sesión el objetivo planteado y realizar con éxito las tareas propuestas (al inicio con muchas ayudas), incidió favorablemente sobre su autoestima y capacidad de logro.

CONCLUSIONES

1. La evaluación inicial mostró fallas severas en el factor neuropsicológico de regulación y control, esto desorganizó toda la actividad del niño, incluyendo sus procesos de lectoescritura.
2. El programa diseñado corrigió las fallas en dicho factor y se observó una mejoría sistémica en otros factores, particularmente en la melodía cinética y la síntesis espacial simultánea, además de modificar aspectos de la personalidad y autoestima del niño.
3. Este programa puede ser utilizado en niños con dificultades de la lectoescritura que tengan un compromiso del factor de regulación y control.

REFERENCIAS

- Azcoaga, J. E. (1992). *Las funciones cerebrales superiores en el niño y en el adulto y sus alteraciones*. Barcelona: Paidós
- Beaumont, G. (2008). *Introduction to Neuropsychology*. New York: The Guilford Press.
- Luria, A. (1977). *Las funciones corticales superiores del hombre*. La Habana: Orbe.
- Manga, D. y Ramos, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar*. Madrid: Visor.
- Mejía, L. (1992). Dislexia. En: M. Rosselli y A. Ardila (Eds.) *Neuropsicología infantil*. Medellín: Prensa Creativa.
- Ostrosky-Solís Feggy, Ardilia, Alfredo, y Chayo Ricardo. (1996). *Rehabilitación neuropsicológica*. México: Planeta.
- Quintanar, L. (1997). *Evaluación Neuropsicológica de la Atención*. México: Universidad Autónoma de Puebla.

Quintanar, L. (1997). Evaluación Neuropsicológica del Lenguaje Oral. México: Universidad Autónoma de Puebla.

Quintanar L. y Solovieva, Y. (2003). *Pruebas de evaluación infantil*. México: Universidad Autónoma de Puebla.

Quintanar, L. y Solovieva, Y. (2001). *Evaluación Neuropsicológica de la Comprensión del Lenguaje Oral*. México: Universidad Autónoma de Puebla.

Quintanar, L., Eslava, J., Solovieva, Y., Mejía L., Azcoaga, J., Rosas R., Peña E., Lázaro, E., Bonilla, R. (2008). Los trastornos del aprendizaje: perspectivas neuropsicológicas. Textos de Neuropsicología latinoamericana.

Rourke B, Bakker, D.J., Fisk J.L. y Strang J.D. (1983). *Child Neuropsychology: An introduction to theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press.

Santana R. (1999). *Aspectos Neuropsicológicos del Aprendizaje Escolar*. ISIED.

Solovieva, Y. (2001) Evaluación de la Preparación del Niño para la Escuela. México: Universidad Autónoma de Puebla.

Solovieva, Y. y Quintanar, L. (2000) Evaluación Neuropsicológica Infantil Breve. México: Universidad Autónoma de Puebla.

Temple, C. (1997). *Developmental Cognitive Neuropsychology*. Hove: Psychology Press.

Tsvetkova, L. (1977). *La reeducación del lenguaje, la escritura y la lectura*. Barcelona: Fontanella.

Tsvetkova, L. (1988). *Afasia y enseñanza rehabilitatoria*. Moscú: Universidad Estatal de Moscú.

Vigotsky, L. (1996). *Obras escogidas*, Tomo IV. Madrid: Visor.



DESEMPEÑO COGNOSCITIVO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

COGNITIVE PERFORMANCE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Oscar Linares Alonso, Verónica Reyes Meza¹, Héctor Juan Pelayo González², Emelia Minerva Lázaro García²

RESUMEN

La hipertensión arterial, una de las enfermedades más comunes en México, facilita la aparición de accidentes cerebrovasculares generando sintomatología relacionada con la demencia. Esta enfermedad es una condición que genera presión sobre las paredes de las arterias cerebrales disminuyendo la cantidad de oxígeno. Es indispensable establecer el estado cognoscitivo de individuos que presentan hipertensión arterial así como diagnosticar el deterioro temprano de sus funciones, particularmente los procesos de atención, memoria y lenguaje. En este estudio fueron evaluados 20 sujetos hipertensos para establecer un perfil neuropsicológico y determinar si existen funciones que presenten deficiencias. Se empleó la prueba neuropsicológica NEUROPSI para estructurar un perfil de desempeño y la prueba neuropsicológica breve en español que hace posible la descripción cualitativa de los defectos. Los resultados mostraron que las áreas más afectadas en estos pacientes son funciones visoespaciales, mientras que la orientación, funciones motoras y lenguaje se encuentran más conservadas.

ABSTRACT

Arterial hypertension is one of the most common diseases in Mexico, although it is a major risk factor for cerebral vascular stroke, this condition could generate symptoms related with dementia. It consists on an excess of pressure on the blood vessels reducing oxygen supply. It is really needed to know the cognitive profile of people affected with hypertension to detect early damage to psychological functions such as attention, memory and language. In this work we evaluated 20 patients with hypertension in order to establish a neuropsychological profile and to find deficient psychological functions. We used a neuropsychological test NEUROPSI, which is validated test for Mexican people and also the neuropsychological test for adults for qualitative description of deficits. The results show that the most affected areas in hypertension patients are spatial functions but orientation, motor functions and language are more preserved.

Key words: hypertension, dementia, attention, memory, neuropsychology

Palabras clave: hipertensión arterial, demencia, atención, memoria, neuropsicología.

¹Doctorado en Neuroetología, Universidad Veracruzana; ²Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica, Facultad de Psicología. BUAP. Contacto: truenosocar2000@hotmail.com
Fecha de recepción: 22 de marzo de 2012 Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2012

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HA) es considerada una de las enfermedades crónicas más frecuentes, afecta tanto a adultos mayores, como a individuos jóvenes. En México la prevalencia identificada de hipertensión arterial en el año 2000 fue de 30.05% de la población, es decir, más de 16 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años la padecen. La Encuesta Nacional de Salud 2000 (Velásquez, *et al.*, 2002), mostró que el 61% de los hipertensos de este país desconocen ser hipertensos, y sólo acuden al médico cuando ya han transcurrido varios años desde su inicio con alto riesgo de presentar daño en algún órgano blanco.

La enfermedad consiste en un incremento de la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte oxígeno y nutrientes a todos los órganos del cuerpo, sin embargo, en las personas hipertensas estos niveles elevados están por encima de los requerimientos metabólicos del organismo.

La presión arterial tiene dos componentes (Tortora y Grabowski, 1998):

Presión arterial sistólica: corresponde al valor máximo de la tensión arterial en sístole (cuando el corazón se contrae). Se refiere al efecto de presión que ejerce la sangre eyectada del corazón sobre la pared de los vasos.

Presión arterial diastólica: corresponde al valor mínimo de la tensión arterial cuando el corazón está en diástole o entre latidos cardíacos. Depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica. Se refiere al efecto de presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso.

La importancia de estudiar la hipertensión arterial radica en su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de los pacientes. Como esta enfermedad incrementa la presión con que la sangre circula dentro de los vasos sanguíneos facilita la aparición de accidentes cardiovasculares a mediano y largo plazo, entre los más frecuentes se encuentran los infartos y las hemorragias cerebrales.

Atendiendo a su etiología, existen dos grandes tipos de hipertensión:

1. Hipertensión esencial o primaria, cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente y por ello se considera un trastorno funcional.
2. Hipertensión secundaria, es debida a un fallo o daño orgánico. En oca-

siones puede aparecer como consecuencia de daños provocados por una hipertensión esencial no tratada.

Aunque no existe una delimitación clara entre la normotensión y la hipertensión, en la práctica clínica se han adoptado habitualmente los criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1974), según los cuales se consideran normotensos a aquellos sujetos cuya presión arterial sistólica es menor a 140 mm_{Hg}, y 90 mm_{Hg} para la presión arterial diastólica. Según la OMS, se considera hipertensa a toda persona cuya presión excede los 160 mm_{Hg} para la sistólica y los 95 mm_{Hg} para la diastólica.

La hipertensión arterial esencial o primaria es de naturaleza insidiosa y puede mantenerse latente durante largo tiempo. Es un trastorno atípico en el sentido de que, en general, carece de sintomatología específica (Pennebaker, 1982). Estos factores convierten a la hipertensión en una enfermedad “silenciosa” por lo que su detección resulta complicada.

De mayor preocupación es el hecho de que sólo la mitad de los pacientes que ya conocen su diagnóstico toma medicamento antihipertensivo, y de éstos sólo el 14.6% ha tenido cifras de control (<140/90 mm_{Hg}). Así que solo alrededor del 8% de toda la población hipertensa está realmente en control óptimo de forma rigurosa. Lo anterior explica en gran medida el aumento en la tasa de urgencias hipertensivas y eventos vasculares cerebrales, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y retinopatía, entre otros.

Una característica relevante de los pacientes hipertensos es la alteración de su estado de ánimo y nivel de conciencia. Esto puede manifestarse como ansiedad marcada, agitación y confusión en distintos grados.

Entre los signos positivos se encuentra la cefalea, náusea y vómito que pueden presentarse a las pocas horas de la elevación arterial y reflejar un aumento de la presión intracraneal (PIC). Además son frecuentes los síntomas visuales, incluyendo visión borrosa, escotomas centelleantes, ceguera o defectos de campo por isquemia del nervio óptico, ceguera cortical y acromatopsia.

A nivel cerebral, la hipertensión causa aterosclerosis, remodelamiento de los vasos sanguíneos, disminución de la reserva cerebral, microaneurismas, infartos lacunares silentes, leucoaraiosis y trastornos cognitivos. Todas estas alteraciones conducen a trombosis cerebral, hemorragias,

embolias cerebrales y demencia, que se asocia claramente con la hipertensión arterial y la encefalopatía hipertensiva.

La tomografía computada puede mostrar zonas de hipodensidad en la sustancia blanca, predominantemente en los lóbulos occipitales que a veces se correlacionan con ceguera transitoria. Estas hipodensidades usualmente son simétricas y desaparecen con la reducción de la presión arterial, sugiriendo resolución del edema cerebral.

En la resonancia magnética nuclear (RNM) se visualizan hiperintensidades que se presentan tanto en la sustancia blanca como en la gris, en los lóbulos cerebrales, ganglios basales y cerebelo pero con clara predominancia en la sustancia blanca parietooccipital. La barrera hematoencefálica se afecta principalmente en la corteza y la interfaz cortico-subcortical. Las alteraciones mostradas en la RNM son reversibles a menos que esas zonas tengan datos de isquemia que se hayan establecido como infartos (Schaefer, 1997).

La experiencia con doppler transcraneal es limitada pero se ha detectado aumento en la velocidad de flujo de la arteria cerebral media (Hashimoto, 1997).

La hipertensión arterial (HA) sistémica es una enfermedad crónica de fácil diagnóstico, sintomática o asintomática, considerada como una de las enfermedades crónicas de mayor impacto en el mundo, debido a su condición de factor de riesgo mayor para enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral y nefropatía, principalmente. En México los escasos estudios epidemiológicos sobre HA existentes, tienen limitaciones metodológicas. Sin embargo, dejan ver el incremento significativo de la prevalencia, incidencia y mortalidad de la hipertensión arterial debido a sus complicaciones. Por otro lado, hay que tener en cuenta que las cifras de HA se incrementan con la edad y son significativamente mayores en los individuos con más de 65 años. Si se considera que la esperanza de vida estimada para el año 2020 es de 85 años, esto incrementa la demanda de atención médica y disminuye la calidad de vida, por lo que en un futuro no muy lejano este problema se agravará aún más. Es por ello que el conocimiento preciso de las variables epidemiológicas de la HA y sus complicaciones permitiría crear programas adecuados y acordes con este problema de salud (Salvarezza, 1996).

Algunos autores señalan que las funciones neuropsicológicas son sen-

sibles a los cuadros de hipertensión arterial y por tal razón aparecen cambios cognoscitivos mínimos y/o complejos (Decary, 2005).

Se ha reportado en estudios clínicos asociados a la hipertensión que pueden representar cambios cognoscitivos mínimos hasta complejos y grandes como los derivados de la demencia (Quesada y cols., 2009). Sin embargo, es necesario realizar una adecuada evaluación de estos pacientes para poder establecer medidas de control de los factores de riesgo implicados en el desarrollo de alteraciones cognitivas y así evitar su progresión hacia grados de mayor severidad como la demencia vascular.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra se integró por 20 hombres adultos con escolaridad promedio de 3 años cuyas edades oscilaron entre 30 y 40 años, con lateralidad diestra. Es necesario señalar que a pesar de que la hipertensión arterial es frecuente entre la población femenina, no se incluyeron mujeres en la muestra debido a las variaciones en su desempeño cognitivo, mismas que están determinadas por los cambios hormonales asociados al ciclo menstrual.

El tipo de muestreo que se utilizó fue por conveniencia, el cual consiste en la elección de métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población que se busca.

Instrumento

Se aplicó una evaluación neuropsicológica breve en español (Ostrosky, Ardila y Roselli, 1997) para establecer el desempeño cognitivo de cada individuo.

Esta prueba evalúa las siguientes áreas neuropsicológicas: orientación, atención y concentración, codificación y evocación, lenguaje expresivo y comprensivo, funciones ejecutivas, funciones motoras, funciones espaciales e imágenes objetales.

Tiene una duración aproximada de 30 minutos y fue diseñada específicamente para evaluar a población mexicana.

Se utilizó también el protocolo neuropsicológico breve en español para adultos (Quintanar y Solovieva, 2009), el cual tiene como objetivo caracte-

rizar las fallas neuropsicológicas desde un punto de vista cualitativo para así alcanzar un análisis neuropsicológico sistémico.

Esta prueba evalúa las siguientes áreas neuropsicológicas: reconocimiento cinestésico y memoria táctil, análisis y síntesis viso-espacial, imágenes objetales, memoria audio verbal y visual, procesos de regulación y control de la actividad, organización cinética y oído fonemático.

Tiene una duración aproximada de 40 minutos y fue diseñada y ha sido aplicada para evaluar a población mexicana.

Procedimiento

1. Los sujetos con diagnóstico de hipertensión fueron identificados y seleccionados dentro de las instalaciones del Hospital General en la ciudad de Cholula, Puebla, a través del servicio de medicina interna.
2. A los sujetos participantes se les invitó a participar en este estudio.
3. Se les aplicó una entrevista general para descartar la presencia de otros padecimientos asociados a la hipertensión como diabetes o síndrome metabólico. De la misma manera se descartó que tuvieran problemas neurológicos o psiquiátricos.
4. Se les pidió resolver cada una de las tareas de la prueba.
5. Se estructuró una base de datos y se analizaron los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Los datos obtenidos se analizaron cualitativamente para mostrar el porcentaje de aciertos que obtuvieron los pacientes en cada una de las tareas, así como el tipo de errores que cometieron.

Los pacientes se mantuvieron concentrados en cada una de las tareas propuestas, sin haber mostrado signos de agotamiento o aburrimiento; el reconocimiento propioceptivo de la estimulación táctil dirigida a zonas distales y proximales de sus brazos se encontró conservada en su totalidad, el proceso de repetición de palabras no mostró déficits; de la misma forma los procesos de memoria inmediata no se vieron afectados.

La capacidad de segmentación de sonidos del lenguaje así como la comprensión de instrucciones cortas y frecuentes, fueron resueltas apropiadamente por todos. En el proceso de regulación y control los parti-

cipantes no mostraron errores, con excepción de las tareas relacionadas con la planeación, anticipación y automonitoreo. La evaluación de las capacidades de evocación de información a partir de interferencia, dio como resultado que los sujetos perdieran información, especialmente elementos visuales (figura 1).

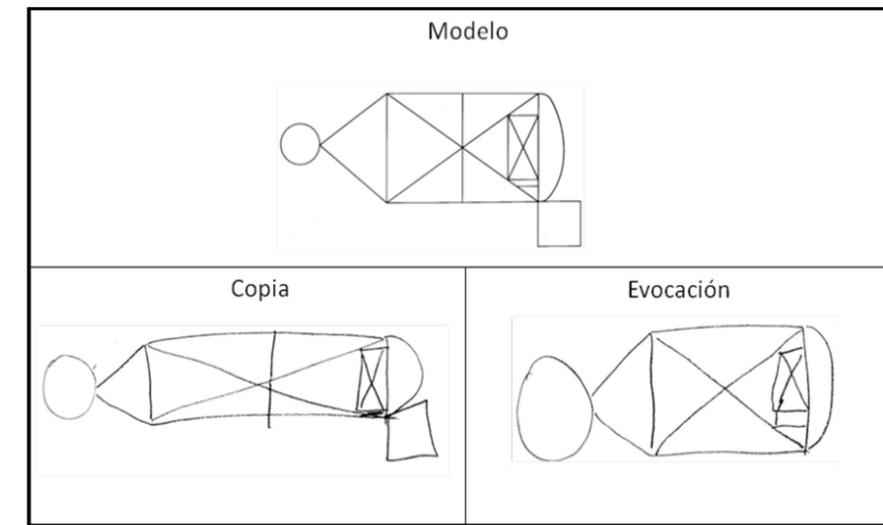


Figura 1. Muestra el desempeño de un participante en la copia y evocación de una figura semicompleja.

Las tareas relacionadas con la estimación de las habilidades de análisis y síntesis espaciales mostraron fallas en la determinación de la profundidad y en el análisis de los detalles internos de las imágenes (figura 2).

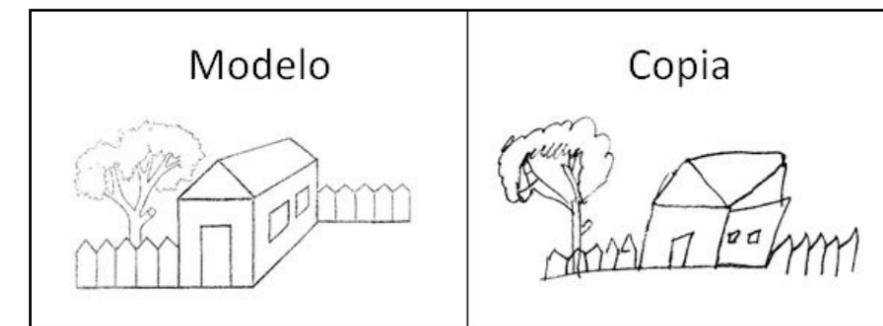


Figura 2. Muestra el modelo dado por el evaluador y la copia realizada por un participante.

El resultado de las tareas de orientación muestra que la mayoría de los pacientes se encuentra bien orientados en tiempo, espacio y persona ya que el porcentaje de aciertos de cada individuo fue alto. Respecto a las tareas de atención, los individuos tienen fallas en la mayoría de los casos, caracterizadas por falta de concentración, pérdida de elementos y dificultades para seleccionar respuestas exactas (figura 3).

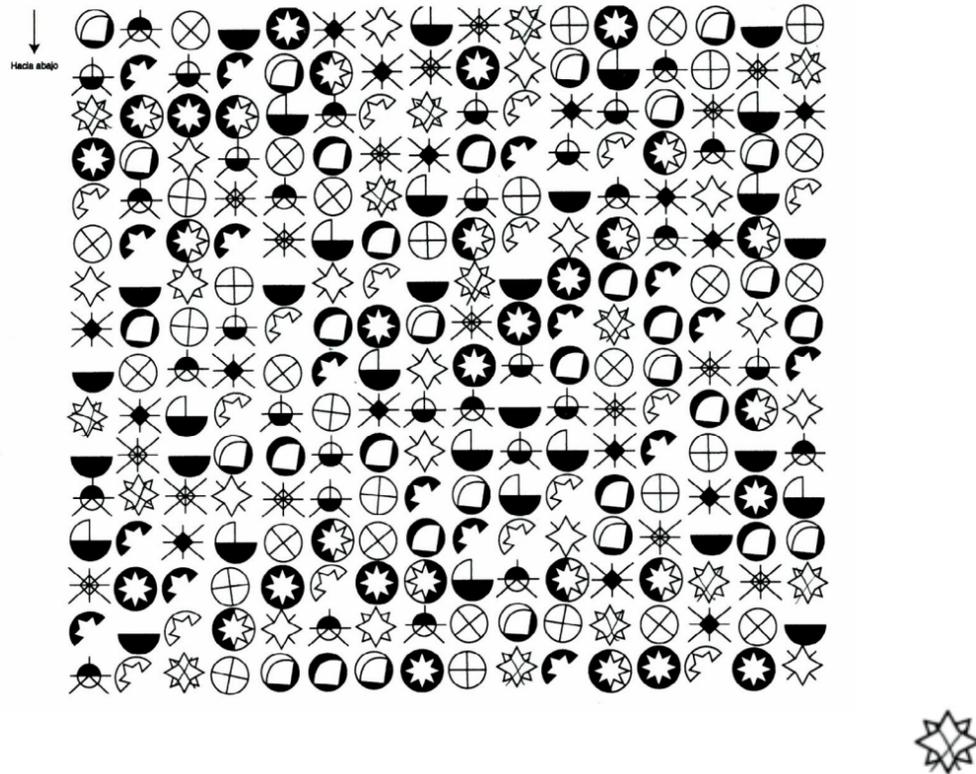


Figura 3. Muestra el desempeño en la capacidad de seleccionar el estímulo dentro de una plantilla con estímulos parecidos.

Se encontró que las funciones motoras de los pacientes hipertensos es una de las áreas más conservadas, el porcentaje de aciertos de todos los individuos oscila entre 90 y 100%. Las funciones ejecutivas, en cambio, presentan un porcentaje de acierto entre 40 y 50% en casi todos los pacientes. Algunos de sus errores se debieron a la falta de estrategias para continuar las secuencias propuestas (figura 4).

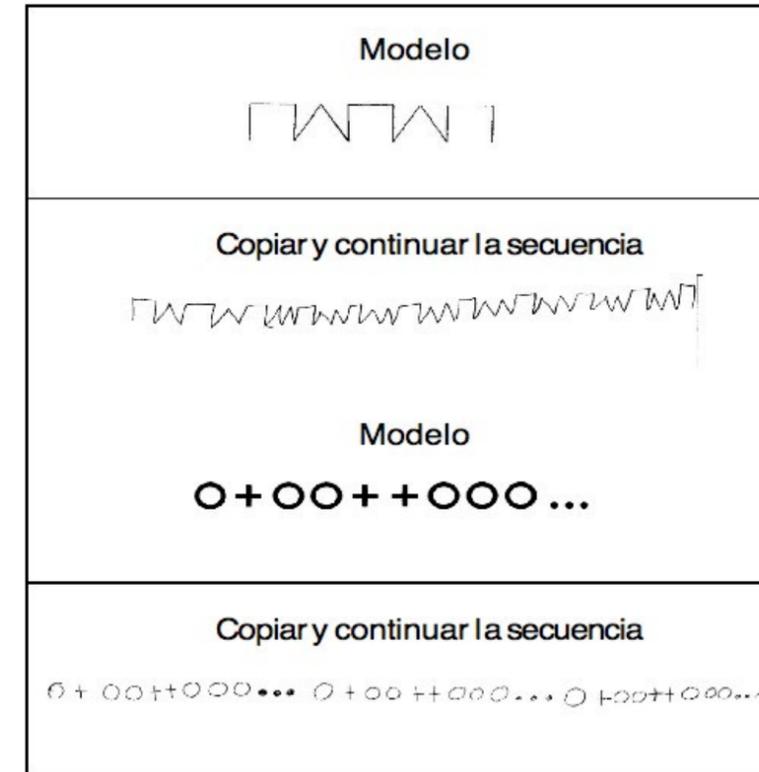


Figura 4. Desempeño de un paciente durante la tarea de copia y continuación de una secuencia.

Respecto a las imágenes objetales se encontró un porcentaje de desempeño entre 50 y 60% ya que sus trazos no correspondían con el objeto solicitado o no reunían los elementos necesarios para ser identificados. En otras palabras, los participantes mantuvieron dificultades para representar con exactitud y a través de dibujos, los detalles suficientes y necesarios de los objetos que se les pidió dibujar.

Uno de los resultados más relevantes fue el desempeño de los participantes en las tareas de funciones espaciales, donde el porcentaje de aciertos estuvo entre 20 y 30% en el trazo de formas simples con distinta orientación (figura 5).

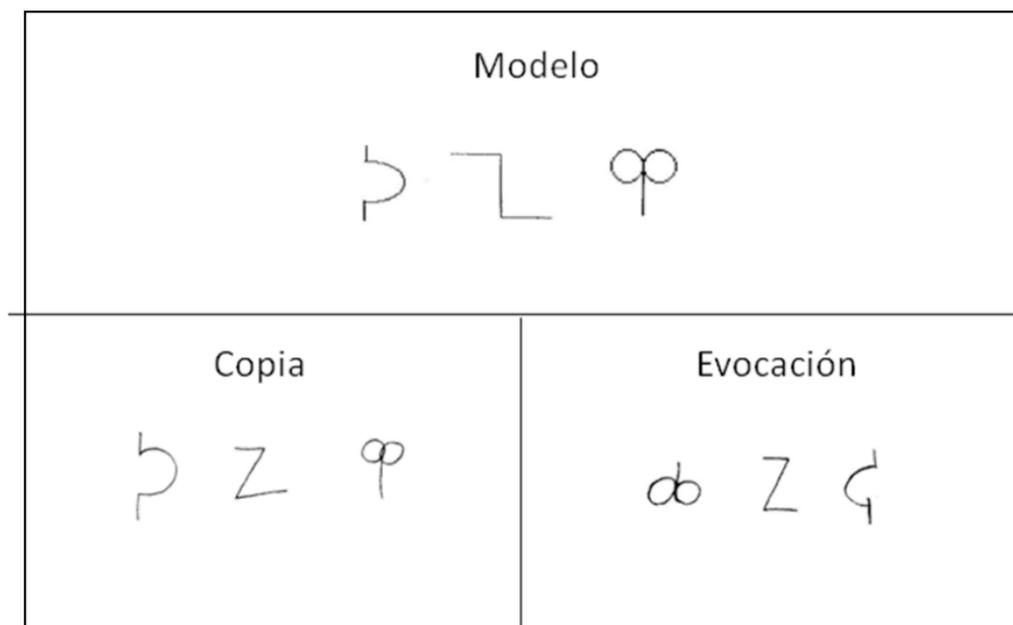


Figura 5. Desempeño de un participante en la copia y sus errores en la evocación de las mismas figuras.

En cuanto al lenguaje de los pacientes, aunque existen algunos errores, la mayoría de los pacientes tiene porcentajes que oscilan entre el 60 y 70% de aciertos.

De forma resumida las figuras 6 y 7 ilustran el desempeño de cada paciente en las áreas evaluadas y puede verse que en el área de atención (cuadrados grises) todos los sujetos presentaron un porcentaje de aciertos bajo. Otra de las áreas que mostraron errores fueron las tareas de memoria. Estas se dividen en los procesos de codificación (selección de detalles a memorizar) y de evocación (recuperación). A pesar de las diferencias individuales puede verse que la evocación es más difícil que la codificación. Finalmente se observa que las funciones visoespaciales fueron el área más afectada en estos pacientes.

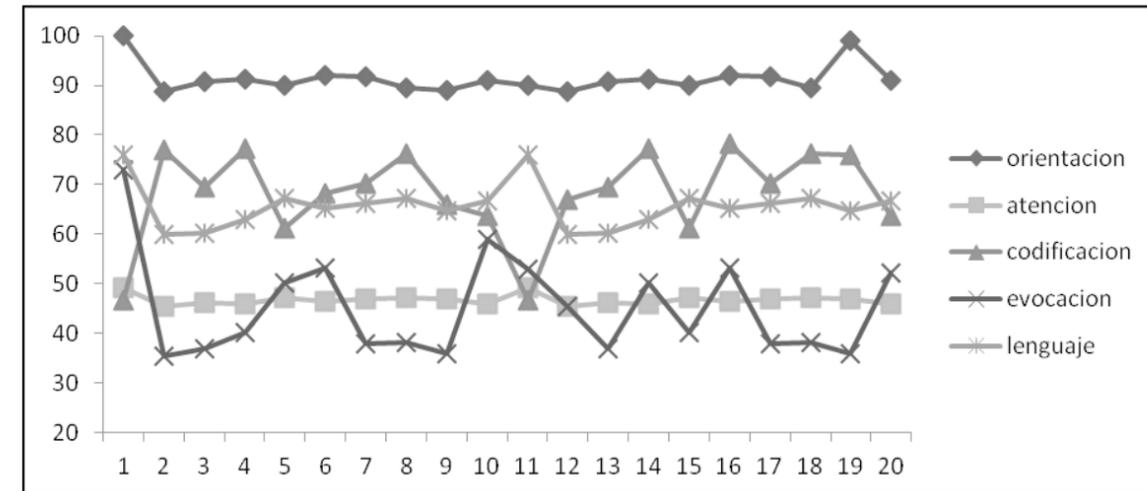


Figura 6. Muestra el desempeño de cada participante en las áreas señaladas. (página siguiente)

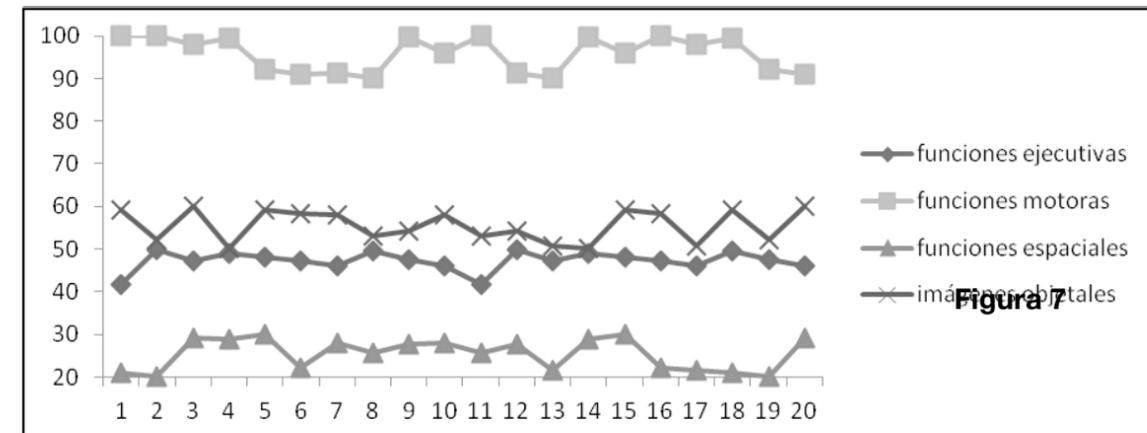


Figura 7. Muestra el desempeño de cada participante en las áreas señaladas. (página siguiente)

Para el análisis cuantitativo de los datos se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad de la distribución de los datos. Debido a que los datos no tenían una distribución normal se aplicó una Prueba de Friedmann y un pos hoc de Dunn para establecer las diferencias significativas del desempeño de los individuos entre cada área evaluada.

El análisis reveló diferencias significativas en el desempeño de los pacientes (Fr= 143.25, $p < 0.005$), mientras que en áreas como orientación,

codificación, lenguaje y funciones motoras su desempeño es bueno, se encontró que en atención, evocación, funciones ejecutivas e imágenes objetales existe un desempeño más bajo. Es importante resaltar que la tarea que muestra el peor desempeño es la ejecución de funciones espaciales (Figura 8).

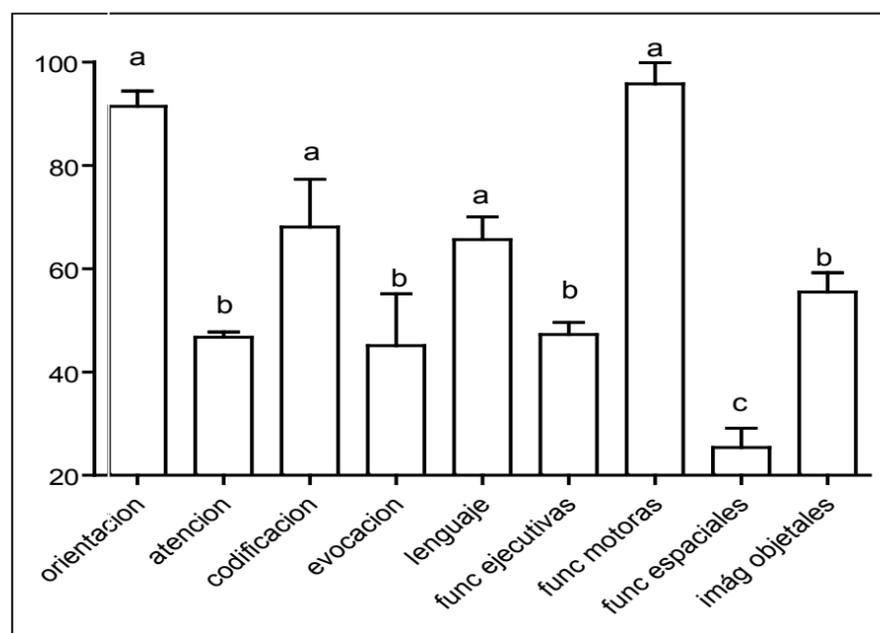


Figura 8. Porcentaje de aciertos en cada una de las tareas evaluadas, las letras muestran las diferencias significativas entre los grupos. Se señala media y desviación estándar.

Finalmente es importante mencionar que el resultado de la evaluación neuropsicológica no solo muestra alteraciones o déficits, sino también habilidades, por ejemplo, los participantes de estos estudios mostraron buenos desempeños en las funciones motoras y de orientación, quizá esto esté relacionado con la actividad que desempeñan.

DISCUSIÓN

A diferencia del estudio de Ramírez y Ramírez, (2004) en donde se encontró incremento de los niveles de estrés producto de la aplicación de las pruebas neuropsicológicas, así como insuficiencias en la motricidad

fina, deficiencias en la esfera intelectual y afectación del pensamiento, en nuestro estudio no se identificó que la aplicación de las pruebas neuropsicológicas fuera un factor de estrés, sino más bien se convirtió en un proceso empático, es decir, los pacientes respondían fluidamente y sin mostrar signos de cansancio, agotamiento o displacer. Así mismo, las alteraciones encontradas en este estudio no fueron las mismas, esto debido a que las funciones como la esfera intelectual o el pensamiento son funciones en donde se pueden identificar varios subprocesos que no tomaron en cuenta y que por ende se refirieron a la categoría más general.

Ramírez y Ramírez (2004), comentan que las fallas en los procesos de memorización podrían ser los más afectados en pacientes hipertensos, sin embargo, nosotros creemos que los problemas en el recuerdo se relacionan con fallas en las capacidades básicas de atención así como en la detección de rasgos perceptuales que pueden ser esenciales para establecer redes mnésicas. Cabe resaltar que en la valoración de la memoria se encontró mayor afectación en los pacientes hipertensos, quienes manifestaron menor flexibilidad en el establecimiento de redes mnémico-semánticas.

Un tema de discusión relevante para una futura investigación se relaciona con la pregunta de si los errores de estos pacientes se deben, no al proceso hipertensivo, sino más bien al nivel de preparación escolar, esto debido a que muchos de los errores encontrados pueden estar asociados a la influencia que ejercen los procesos educativos sobre las estrategias de planeación, procesos visoespaciales y estrategias de memorización. Una estrategia de solución puede ser la inclusión de pacientes con mayores años de estudio o de instrucción escolar, así que si los mismos errores se mantienen podríamos concluir que estos no se deben a la falta de preparación escolar sino más bien al proceso mórbido del mismo padecimiento. De la misma manera se podrían agregar procedimientos relacionados con el análisis de la actividad eléctrica cerebral, los cuales ayudarían a identificar posibles áreas cerebrales comprometidas con algunas dificultades neuropsicológicas.

REFERENCIAS

Decary A, Vendette M, Massicotte-Marquez J y Mathieu A (2005). A

Preliminary Study of the Impact of Age related Pathologies on Cognitive Functioning and Waking EEG. North American Journal of Psychology, 7 (3): 469-480.

Hashimoto H, Kuriyama Y, Naritomi H, Sawada T (1997). *Serial assessments of middle cerebral artery flow velocity with transcranial Doppler sonography in the recovery stage of eclampsia. A case report. Angiology, 48(4):355-8.*

Organización Mundial de la Salud (1974). Hipertensión. Serie de informes técnicos. Ginebra.

Ostrosky F, Ardila A y Rosselli M (1997). Neuropsi: Una batería neuropsicológica breve. México: Laboratorios Bayer.

Pennebaker JW y Watson D (1982). *Blood pressure estimation and beliefs among normotensives and hypertensives. Health Psychology, 41: 213-223.*

Quesada Martínez U, Reyes Moreno M y Franco Ricart C (2009). Signos de disfunción frontal en pacientes con Hipertensión Arterial no complicada. *VITAE. Academia Biomédica Digital, 37.*

Quintanar L y Solovieva Yu (2009). Evaluación neuropsicológica para adultos. BUAP: México.

Ramírez González M y Ramírez González V (2004). Estudio neuropsicológico en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Infociencia, 8 (3).*

Salvarezza L (1996). Psicogeriatría: Teoría y Práctica. Buenos Aires: Paidós.

Schaefer PW, Buonanno FS, Gonzalez RG y Schwamm LH (1997). *Diffusion-weighted imaging discriminates between cytotoxic and vasogenic edema in a patient with eclampsia. Stroke 28 (5):1082-5.*

Tortora, G.J. y Grabowski SR (1998). El aparato cardiovascular: el corazón. En: *Principios de anatomía y fisiología.* Harcourt Brace: Madrid.

Velásquez, M.O, Rosas, P.M., Lara, E.A., Pastelin (2002). GH, ENSA 2000, Attie F, Conyer T: Hipertensión Arterial en México. *Arch Cardiol Mex, 72: 71-84.*

CONTRIBUCIONES DEL ESTUDIO DEL LENGUAJE EN LA ESQUIZOFRENIA: APROXIMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

CONTRIBUTIONS TO THE STUDY OF LANGUAGE IN SCHIZOPHRENIA: NEUROLINGUISTIC APPROACH

Héctor Juan Pelayo González¹, Daniel Salazar Frías¹, Luis Quintanar Rojas¹, Verónica Reyes Meza², Gregorio García Aguilar¹

RESUMEN

El presente trabajo se inscribe dentro del área de la neurolingüística entendida como una disciplina que intenta aproximarse al estudio de las relaciones cerebro-lenguaje. El objetivo es analizar las características del repertorio léxico-semántico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide en fase aguda, a través de una tarea de evocación de palabras sin criterio impuesto y con un tiempo límite. Se analizaron las emisiones de 24 participantes (6 hombres con esquizofrenia y 6 mujeres con esquizofrenia), así como 12 sujetos sin padecimiento alguno (6 hombres y 6 mujeres). Los pacientes se seleccionaron a través de un criterio de conveniencia no aleatorio. Las edades de todos los participantes oscilaron en un rango entre 30 y 40 años de edad, con lateralidad diestra y secundaria terminada. Los resultados indican que los sujetos control expresan más palabras en un minuto con respecto a los pacientes, así mismo se encontró que la estrategia de evocación de los sujetos del grupo control se realiza mediante campos semánticos, mientras que en los pacientes esta estrategia no se consigue.

Palabras clave: Evocación léxica libre, repertorio léxico-semántico

ABSTRACT

The present study is embedded in the neurolinguistics discipline. The neurolinguistics aims are related with the research of brain-language relations. The objective of this work is to analyze the lexical semantics repertory in patients with paranoid schizophrenia with the use of a free lexical retrieval test. 24 emissions were analyzed (from 6 men with schizophrenia and 6 women with schizophrenia and from 6 healthy men and 6 healthy women). The participant's ages were between 30 and 40 years, right hander, and with elementary scholarship. Results point that control group retrieves more words in a minute and also the retrieval strategy is built with the use of semantic fields, in other hand the schizophrenic patients cannot use the constructions of semantic fields as strategy for the word retrieval.

Key words: Free lexical retrieval, lexical semantic repertory.

¹Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica. Facultad de Psicología. BUAP.

Contacto: hector.pelayo@correo.buap.mx

²Maestría en Ciencias Biológicas. Universidad Autónoma de Tlaxcala

Fecha de recepción: 24 de febrero de 2012

Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2012

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia constituye un trastorno mental grave, se caracteriza por una perturbación severa del funcionamiento cerebral. Se asocia principalmente con pensamientos distorsionados, sentimientos y conductas extraños; afecta prácticamente todos los aspectos psicológicos del paciente, esto es la percepción, la cognición, la función social e interpersonal, la función motora, el lenguaje entre otras.

En sus inicios, la esquizofrenia solía ser estudiada más en función de sus alteraciones a nivel psicosocial y psiquiátrico, dejando en segundo plano las alteraciones cognitivas. Sin embargo, en las últimas décadas los déficits cognoscitivos en la esquizofrenia han despertado un creciente interés, (Cuesta, Peralta y Zarzuela, 2000; Morales y Torrealba, 2002), debido a que a través de las mismas se pueda modelar el estilo de procesamiento cognoscitivo y determinar la fase en que las alteraciones ocurren (Narayan, 2010).

La heterogeneidad de los déficits cognitivos en la esquizofrenia identificados por diferentes autores, ha impulsado la investigación de esta enfermedad con la finalidad de estructurar con mayor precisión las características que le subyacen (Correas, Quintero, 2004; Pelayo y cols., 2012). No obstante otro grupo de investigadores sugieren que no hay un cuadro neuropsicológico-cognoscitivo en esta enfermedad ya que algunos pacientes pueden presentar déficits específicos que varían con la severidad y curso (Bowie y Harvey 2006).

A pesar de estas discusiones, se ha considerado históricamente que el desorden del lenguaje y las anormalidades en el pensamiento en la esquizofrenia son signos que parecen constantes y que además pueden reflejar problemas básicos en el procesamiento del sistema léxico-semántico, el cual al ser estudiado podría darnos información valiosa de cómo se perturban simultáneamente lenguaje y pensamiento. (Chaika, 1984, Foster, 2009).

Por las razones anteriores se considera que una vía de comprensión de algunos signos (lenguaje y pensamiento) en la esquizofrenia podría ser estudiando la organización del sistema léxico-semántico.

Se ha señalado que las palabras que normalmente usamos para comunicarnos se distribuyen en grupos semánticos, por tal motivo su disponi-

bilidad puede estar influida por el contexto, la habitualidad y la frecuencia (Levelt, 2008; Levelt, 2001; Luria, 1995). Para el caso de los pacientes con esquizofrenia, la imposibilidad del acceso a las palabras (lexicón mental), implica defectos en la organización de las redes semánticas asociadas a la misma. Se dice que las características menos frecuentes y por tanto menos evidentes de las palabras son conceptualizadas como “sets” de rasgos semánticos, a los cuales estos pacientes no puedan acceder, en vez de ello solo aplican a las palabras los significados más comunes y generales, por lo tanto su habla parece monótona y con pobres nociones sintácticas.

Desde el punto de vista neurobiológico, Pulvermüller (1999) plantea que las palabras están representadas neuronalmente por redes funcionales cuya distribución cortical viene determinada por su contenido semántico. De esta manera las palabras están representadas por redes léxicas que incluyen a las neuronas de las áreas perisilvianas y las neuronas en otras zonas corticales distantes, relacionadas con la información semántica de dicha palabra. Las primeras estarían lateralizadas en el hemisferio dominante y las segundas serían principalmente bilaterales.

El uso de las palabras en el contexto de designar el nombre de los objetos y acciones llevaría a asociaciones entre neuronas de las áreas del lenguaje y neuronas adicionales en áreas que procesan información sobre tales objetos o acciones. Así, la representación neural de las palabras y sus significados no van a estar limitadas a áreas específicas en el cerebro (Pulvermüller, 1999).

No obstante en el caso del habla esquizofrénica, si la distribución en la corteza está estrechamente relacionada al contenido semántico de las palabras, y los pacientes no pueden proveer todas las cualidades en términos de rasgos semánticos, entonces su habla carecería de sentido específico.

Por las razones anteriores, las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia no deben ser tratadas solamente como un signo típico en el cuadro diagnóstico sino que se debe profundizar en su estudio, considerando que el lenguaje y su estructuración comunican la condición de organización cerebral. Por estas razones el objetivo primordial de esta investigación es obtener un cuerpo de palabras evocadas por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y por sujetos sanos, con la finalidad de analizar tanto la

cantidad de palabras expresadas como la forma en que estas aparecen, durante una tarea de evocación lexical libre.

Las predicciones de este estudio se asociaron con que las evocaciones de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia son más reducidas que las de los sujetos sanos, también se puntualizó que las evocaciones en los primeros segundos serían más abundantes en ambos grupos, se señaló que las mujeres no obstante la condición de salud o enfermedad tendrían más palabras evocadas que los hombres. Finalmente se marcó que uno de los problemas de los pacientes con esquizofrenia se relacionaba con la incapacidad de organizar sus evocaciones a través de alguna estrategia específica.

MÉTODO

Participantes

La muestra se integró por 12 sujetos con esquizofrenia paranoide en fase aguda (6 hombres y 6 mujeres) y un grupo control de 12 sujetos sanos (6 hombres y 6 mujeres), cuyas edades oscilaron en un rango entre 30 y 40 años, con lateralidad diestra y secundaria terminada. El tipo de muestreo que se utilizó fue por conveniencia, el cual consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población que se busca.

Diseño experimental

El diseño que se utilizó para la investigación, fue un diseño factorial entre sujetos, considerando 3 factores, cada uno de ellos tiene 2 niveles (Ver figura3):

Factor A: condición de enfermedad (esquizofrenia y normal).

Factor B: género (hombre, mujer).

Factor C: tiempo (primeros 30 segundos y últimos 30 segundos).

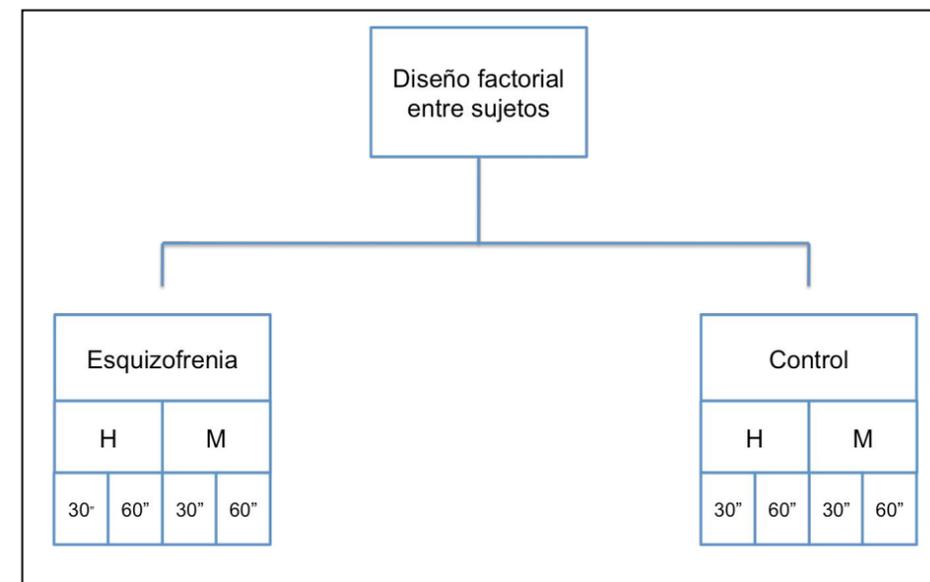


Figura 3. Esquema que muestra el diseño experimental que se utilizara en el estudio.

Instrumento

Se empleó una tarea de evocación lexical libre que consiste en pedirle a los sujetos que cierren los ojos, se sienten y expresen la mayor cantidad de palabras posibles en un minuto (Beausoleil y cols. 2002).

Tradicionalmente esta prueba se emplea para valorar las características de fluidez verbal (Ardila y Ostrosky, 1999), no obstante su constante empleo, la tarea les solicita a los pacientes que expresen la mayor cantidad de palabras bajo un criterio específico, por ejemplo decir la mayor cantidad de palabras que inicien con la letra "F". De la misma manera su empleo se ha restringido a valorar a pacientes con daño cerebral o con alguna condición que afecte a distintas áreas cognitivas. En el caso de la evocación lexical libre, esta permite que los pacientes expresen sin criterio, cualquier palabra sin tener restricción alguna (Beausoleil et al., 2002).

Procedimiento

1. Los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia fueron identificados y seleccionados dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Rafael Serrano "Batan" en la ciudad de Puebla, Pue.

2. Se les pidió que, con los ojos cerrados y sentados, dijeran la mayor cantidad de palabras posible durante 60 segundos, con excepción de nombres propios.

3.- Se seleccionaron a los sujetos del grupo control (sujetos sanos).

4.- Se les pidió a los sujetos sanos que realizaran la misma tarea y en las mismas condiciones que los pacientes con esquizofrenia.

5. Se estructuró una base de datos y se analizaron los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Los datos obtenidos se analizaron cualitativamente para mostrar la frecuencia de palabras obtenidas en cada sexo, además se reportó el número y tipo de campo semántico que evocan los sujetos. Los datos también fueron sometidos a un análisis cuantitativo para lo cual se realizó un Análisis de Varianza de una sola vía a través del programa estadístico Graph Pad 5 (Motulsky, 2003).

En el rendimiento en la prueba de evocación lexical libre, se observó que los sujetos con esquizofrenia evocaron una menor cantidad palabras al ser comparados con el grupo control. Los sujetos control evocaron un total de 291 palabras (hombres 132, mujeres 159), mientras que los sujetos con esquizofrenia un total de 184 palabras (hombres 100, mujeres 84). Se hizo un análisis para agrupar las palabras repetidas y se encontró que los sujetos control evocaron un total de 234 palabras diferentes (hombres 109, mujeres 125), mientras que los sujetos con esquizofrenia evocaron un total de 154 palabras diferentes (hombres 81, mujeres 73). La tabla 3 muestra las palabras evocadas con mayor frecuencia.

Hombres con esquizofrenia	Fr.	Hombres sanos	Fr.	M.ujeres con esquizofrenia	Fr.	Mujeres sanas	Fr.
Árbol	5	Casa	3	Árbol	6	Mesa	4
Águila	3	computadora	3	Mesa	3	pantalón	4
Cama	3	Mesa	3	Agua	2	Blusa	3
Mesa	3	Piedra	3	Comida	2	Cabello	3
Cabello	2	Zapato	3	Pera	2	Casa	3
Cuchara	2	Árbol	2	Sábana	2	Zapato	3
Flor	2	Lapicero	2	Silla	2	Agua	2

Tabla 1. Muestra la frecuencia de las palabras más evocadas por todos los participantes.

Al analizar la cantidad de palabras que producía cada grupo durante los 60 segundos que duraba la prueba se encontró que el promedio de palabras evocadas fue de 17 para los hombres con esquizofrenia, 22 para los hombres control, 14 para las mujeres con esquizofrenia y 26 para las mujeres control.

Para analizar la variable de total de palabras evocadas por los sujetos, se corrió entre los grupos un análisis de varianza de una sola vía, en el cual el grupo de mujeres con esquizofrenia produjo significativamente menos palabras que el grupo de mujeres control ($F_{3,20} = 6.004, p < .05$). Sin embargo, al compararse el rendimiento del grupo de hombres con esquizofrenia y el grupo de hombres control y el rendimiento entre sujetos con esquizofrenia (hombres y mujeres) y sujetos control (hombres y mujeres) no se encontraron diferencias significativas (figura 1).

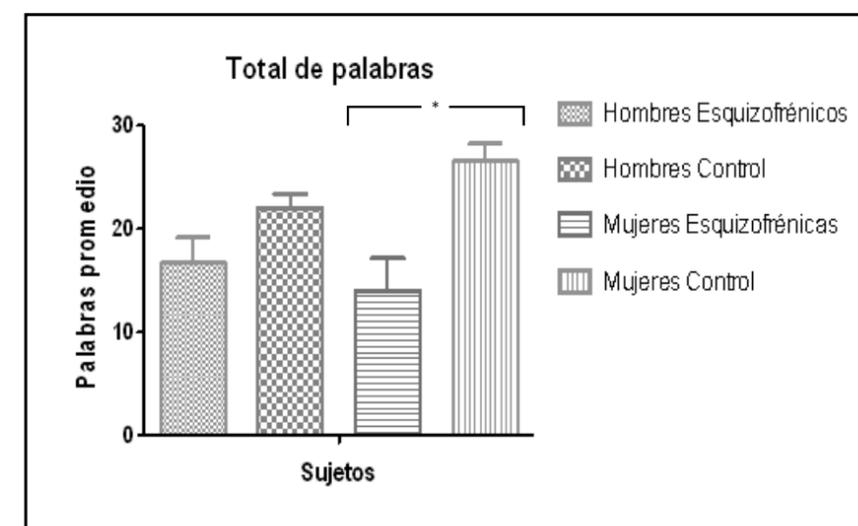


Figura 1. Promedio de palabras evocadas por los sujetos con esquizofrenia y sujetos control durante un minuto.

Para el análisis de la estrategia de evocación lexical en sujetos control y sujetos con esquizofrenia, nos basamos en la definición de categoría utilizada por Beausoleil, (2002), la cual menciona que ésta, debe de estar for-

mada por un mínimo de tres palabras sucesivas ligadas semánticamente. De acuerdo a esta definición se encontró que los sujetos control, produjeron palabras pertenecientes a un total de 51 campos semánticos (hombres 22, mujeres 29), mientras que los sujetos con esquizofrenia produjeron 13 campos semánticos (hombres 4, mujeres 9). Los campos semánticos que aparecieron con mayor frecuencia en los sujetos control, se pueden observar en la tabla 2.

Hombres control	Frecuencia	Mujeres control	Frecuencia
Trabajo	4	prendas de vestir	5
prendas de vestir	4	Abstractos	4
Hogar	3	Familia	4
Animales	3	Cuerpo	3
aparatos eléctricos	2	Limpieza	3
Limpieza	2	Hogar	2
		Muebles	2

Tabla 2. Muestra la frecuencia de campos semánticos más evocados por los sujetos del grupo control.

Al analizar la cantidad de campos semánticos evocados por los dos grupos, se encontró un promedio de 5 campos semánticos en los hombres sanos, mientras que en los hombres esquizofrénicos se formaron 3. Para las mujeres del grupo control se formaron en promedio 6 campos semánticos, mientras que las mujeres con esquizofrenia 4 campos semánticos.

El análisis de varianza de una sola vía reveló diferencias significativas en la cantidad de categorías semánticas evocadas entre los hombres con esquizofrenia y los hombres control y el grupo de las mujeres con esquizofrenia y las mujeres control ($F_{3,20} = 15.25, p < .05$), siendo el grupo de enfermos de esquizofrenia (tanto hombres como mujeres), el que produjo menos categorías semánticas durante la evocación lexical libre (Figura 2).

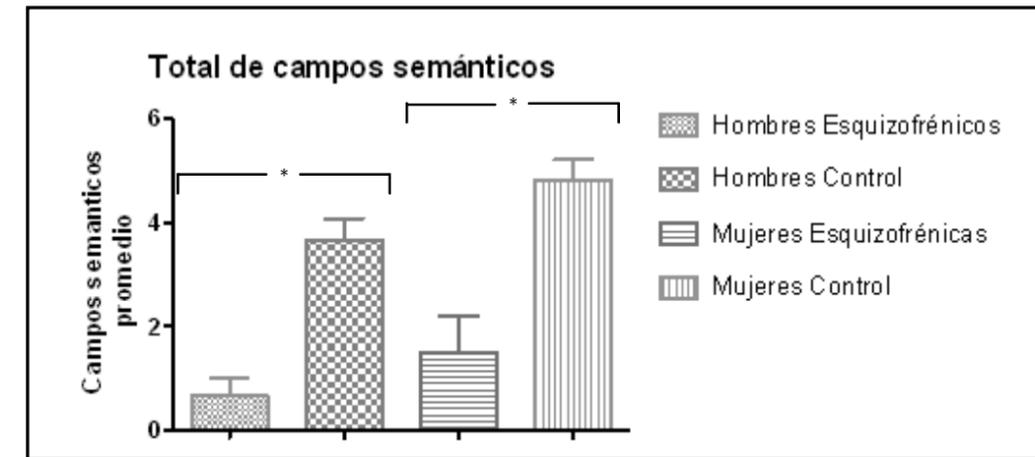


Figura 2. Promedio de campos semánticos por los sujetos con esquizofrenia y sujetos control.

Para esta investigación, también fue objeto de estudio el número de palabras producidas por períodos de 30 segundos de tiempo, es decir que para cada sujeto se calculó el número de palabras producidas en los primeros 30 segundos y en los últimos 30 segundos, en el minuto que duro la prueba. Al final se analizó la media para cada grupo, la cual fue de 10.3 palabras para los hombres con esquizofrenia, 13.6 para los hombres del grupo control, 7.8 para las mujeres con esquizofrenia y 15.8 para las mujeres del grupo control control en la evocación de los primeros 30 segundo

Para analizar la variable de total de palabras evocadas por los sujetos en los primeros 30 segundos, se corrió un análisis de varianza de una sola vía entre los grupos, los cuales mostraron una diferencia significativa en relación a la cantidad de palabras evocadas. El grupo de mujeres con esquizofrenia produjo significativamente menos palabras que el grupo de mujeres control en los primeros 30 segundos de la prueba ($F_{3,20} = 9.376, p < .05$). (Figura 3).

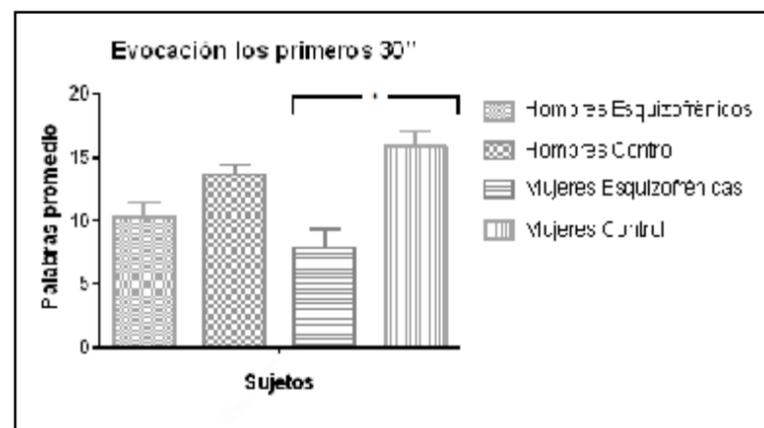


Figura 3. Promedio de palabras evocadas por los sujetos con esquizofrenia y sujetos del grupo control durante los primeros 30 segundos.

En cuanto a la evocación de los últimos 30 segundos, la media para cada grupo fue menor para todos los sujetos en relación con los primeros 30 segundos, así, los hombres con esquizofrenia evocaron 6 palabras, los hombres del grupo control 8, las mujeres con esquizofrenia 6 y las mujeres del grupo control 10.

Para analizar la variable de total de palabras evocadas por los sujetos en los últimos 30 segundos, se corrió un análisis de varianza de una sola vía entre los grupos, los cuales no mostraron ninguna diferencia significativa entre los sujetos ($F_{3,20} = 2.293, p = .1090$) (Figura 4).

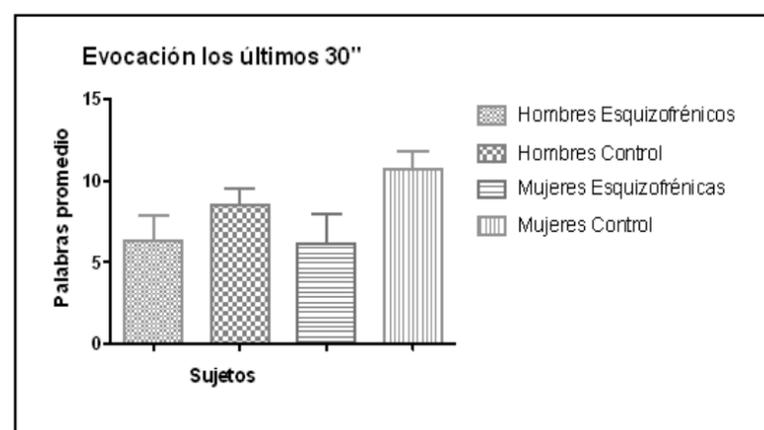


Figura 4. Promedio de palabras evocadas por los sujetos con esquizofrenia y sujetos control durante los últimos 30 segundos.

CONCLUSIONES

Al momento de analizar el rendimiento general en la tarea de evocación léxica, se identificó que los sujetos control produjeron una mayor cantidad de palabras al ser comparados con el grupo de sujetos con esquizofrenia, lo que sugiere una mayor fluencia de los sujetos sanos. No obstante es posible identificar que las mujeres tienen una mayor producción de palabras que los hombres en la misma prueba. Este hallazgo apoya la idea de Pelocche y García, (1990) y Weiss, Regland, Brensinger, Bilker, Deisenhammer, (2006), acerca de que las mujeres tienen una mayor fluencia de palabras, no solamente en este tipo de tareas, sino también dentro de una conversación normal.

Se identificó también que la producción de los sujetos control estuvo guiada por una estrategia semántica, sugiriendo así, la presencia de redes fuertes de asociación semántica entre las palabras evocadas. Es posible suponer que estos sujetos empleen esta estrategia para facilitar la exploración en su léxico, a su vez que puede ser una ruta para desplegar los rasgos específicos de los campos semánticos.

El rendimiento en la tarea, supone que en los primeros 30 segundos todos los participantes evocan más palabras y que en los siguientes 30 su rendimiento es menor, lo que sugiere que la activación cognoscitiva del léxico en los primeros 30 segundos es más rápida, espontánea y automática, mientras que en los 30 restantes se requiere un esfuerzo mental de mayor control, en donde pueden estar participando un número mayor de procesos cognoscitivos que los requeridos en los primeros 30 segundos.

Finalmente se sugiere que los pacientes con esquizofrenia tienen más dificultades para establecer un patrón de evocación guiado como lo hacen los sujetos del grupo control, lo que sugiere que más allá de los problemas de fluidez, el déficit se encuentra en la completa estructuración léxico-semántica de las palabras, por lo que el habla de estos pacientes se va a encontrar plagada de errores de tipo idiosincrático, que a su vez conllevan a un lenguaje carente de una adecuada sintaxis, por tanto el aislamiento social en muchos sentidos depende de la poca capacidad comunicativa que estos pacientes tienen.

Los datos reportados sugieren que una adecuada medida de intervención en los pacientes con esquizofrenia, sería mediante la re-estructu-

ración de los contenidos semánticos, los cuales, podrían reorganizar los conceptos empleando el lenguaje como instrumento y como vía de organización del comportamiento. Más allá del empleo de un buen tratamiento farmacológico, también es viable la incorporación de un tratamiento basado en hallazgos neurolingüísticos y neuropsicológicos.

REFERENCIAS

- Ardila, A. y Ostrosky, F.** (1999) Prueba neuropsicológica breve en español. NEUROPSI. Edit. UNAM: México.
- Beausoleil, N., Monetta, L., LeBlanc, B., Joannette, Y.** (2000). Comparación de Déficits Semánticos Asociados a una Lesión Cerebral Derecha o Izquierda Mediante una Prueba de Evocación Lexical Libre. *Revista Española de Neuropsicología*. Vol. 2, No. 4, 3-20.
- Bowie, C., Harvey, P.** (2006) *Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2006:2(4) 531–536.*
- Chaika, E.** (1984) *linguistic looks at schizophrenic language. Brain and language*. 1: 257 – 276.
- Correas, J., Quintero, F.** (2004). Actualización clínico-terapéutica de los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Psiquis*, 2004; 25 (5): 233-241.
- Cuesta, M.J, Peralta, V., Zarzuela, A.** (2000). Neuropsicología y esquizofrenia. ANALES. San Navarra, Vol. 23, Suplemento 1.
- Foster, M.** (2010) *Schizophrenia revealed: from neurons to social interactions. London. Edit. Norton.*
- Levelt, W.** (2008) *Déjà vu? Cognition. Elsevier.*
- Levelt, W.** (2001) *Spoken word production: a theory of lexical access. PNAS*, Vol. 98, no. 23.
- Luria, A.** (1995) *Consciencia y lenguaje. Visor distribuciones. Madrid, España.*
- Morales, P., Torrealba, E.** (2002) Neuropsicología de la esquizofrenia. Conferencia dictada en el IX Congreso Colombiano de Psiquiatría Biológica, realizado en Bogotá, abril 22 de 2002.
- Motulsky, H.** (2003) *Graphpad Prism Software Inc. San Diego. U.S.A.*
- Narayan, S., Bergen, B.** (2010) *Embodied Verbal Semantics: Evidence from a Lexical Matching Task. Proc. Cognitive Science*. Vol. 2 No. 25.
- Pelayo, H. Alcaraz, V., Granados, D; García, F.** (2012). Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia. Tesis que para obtener el grado de doctor en Ciencias Biomédicas. Universidad Veracruzana.

- Peloché, J., García, E.** (1990). La influencia de las variables edad y sexo en la fluidez verbal en una muestra de adolescentes. *Revista de psicología general y aplicada*, 43 (1), pp. 77-84
- Pulvermüller, F.** (1999). *Words in the brain's language. Behavioral and brain Sciences* (1999) 22, 253–336.
- Weiss, E., Regland, D., Brensinger, C., Bilker, W, Deisenhammer, E.** (2006). *Sex differences in clustering and switching in verbal fluency tasks. Journal of the International Neuropsychological Society* (2006), 12, 502–509.

VIOLENCIA FAMILIAR Y LA DIFERENCIACIÓN DEL GÉNERO EN MEDIOS RURALES Y URBANOS EN LOCALIDADES DE VERACRUZ

FAMILY VIOLENCE AND THE GENDER DIFFERENTIATION IN RURAL AND URBAN ENVIRONMENT IN N LOCALITIES OF VERACRUZ

Julio Carreón Rosas, Rodolfo Uscanga Hermida¹

RESUMEN

El presente trabajo fue desarrollado para difundir de qué manera la pertenencia a un género dentro de una familia puede condicionar la percepción de violencia desde el rol asumido de víctima o agresor. Se realiza a partir de un modelo ecológico y desde la teoría de las relaciones, sustentado a partir de lo sistémico en una relación circular y no lineal en grupos familiares.

Se empleó la técnica de cuestionario aplicado a 80 familias urbanas y rurales aledañas a Veracruz, considerando aspectos sociodemográficos, familiares y culturales. Se encontró que el 80% de los sujetos manifestó ser víctima de violencia, siendo mujeres las de mayor incidencia; la violencia psicológica es la modalidad más presente en general, sin embargo, en comparación al género, las mujeres refieren la física y la económica, y los hombres la psicológica. La estructura familiar y el espacio (rural y urbano) también son variantes que determinan el índice y tipo de violencia.

Palabras clave: diferenciación de género, medio rural, medio urbano, violencia, violencia familiar.

ABSTRACT

This study was conducted in order to show how gender membership may influence violence perception from the victim's or abuser's assumed role within the family boundary. The study was done, considering an ecological model, from the perspective of the theory of relations, supporting a circular, not linear, relationship in family groups.

The questionnaire method was employed. It was applied on 80 urban rural families around Veracruz, taking into account socio-demographic, family and cultural aspects. We found that 80% of subjects claimed to be victims of violence, being women the majority; in general, psychological violence was reported with the highest frequency, however, considering genre differences, women regard the physical and economic violence and men the psychological violence as the most prevalent. Family structure and space (rural and urban) are also determining variables for violence rate and type.

Key Words: genre differentiation, rural environment, urban environment, violence, family violence

¹Universidad Cristóbal Colón. Contacto: jcarreon@ucc.mx

Fecha de recepción: 17 de febrero de 2012

Fecha de aceptación: 19 de junio de 2012



INTRODUCCIÓN

Actualmente la violencia humana en cualquiera de sus formas es un problema que es catalogado como de salud pública en varios países. En las últimas décadas la violencia ha tenido un incremento en muchas partes del mundo y en particular en México; muestra de ello son los resultados propuestos por diversas organizaciones en los que se va dando cuenta del incremento de este fenómeno en todos los estratos sociales y esto se acentúa más debido a que aproximadamente el 90% de los delitos jamás reciben castigo.

Si la violencia en sí misma es inadmisibles, cuando se lleva a cabo por parte de un individuo en contra de los miembros de su propia familia, se convierte en un acto injusto que crea una combinación de atmósferas de temor creciente (Kurnitzky, 2000) y que debe ser erradicado de manera contundente, sobre todo porque -moral y jurídicamente- lo que se espera de los integrantes es amor, respeto y comprensión.

La enajenación de la sociedad ante tanta violencia no deja de sorprender, cuando las agresiones en las relaciones de pareja no son un fenómeno producto de la sociedad actual, sino una tragedia que ha estado siempre presente en muchas familias; la mayoría de las personas conocen algún caso de malos tratos, en el ámbito de pareja, pero se han silenciado bajo el pretexto de que la violencia en la pareja es un asunto privado.

En México las estadísticas ofrecidas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), avalados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), declara que el 30.4% de los hogares de México padece algún tipo de violencia familiar. De estos, el 72.2% la violencia es cíclica y también en el 1.1% de estos hogares existe la presencia de abuso sexual por parte de un familiar contra alguno de sus miembros.

La violencia familiar es un fenómeno en el que las mujeres y los niños representan los grupos más vulnerables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) citado en Organización Panamericana de la Salud (2003) asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia presentan índices de discapacidad, una mayor tendencia al suicidio y alta tasa de mortalidad en comparación de aquella población que no la ha padecido.

En México de manera concreta el 67% de las mujeres de entre 15 años o más, señalan haber sufrido violencia por parte de pareja o de otras personas de su familia; también en promedio seis mujeres fallecen diariamente por muerte intencional, de las cuales cuatro son por homicidio y dos por suicidio (INEGI, 2007).

En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006), reporta que en el Estado de Veracruz el 62% de sus mujeres entre 15 años o más han sufrido algún tipo de violencia, aunque esta cifra se encuentre por debajo del nivel nacional que es del 67% se considera pertinente el considerar el estado de estos elementos. Según la misma ENDIREH, el 42.2% de mujeres sufren violencia por su pareja en zonas urbanas contra un 33.3% de mujeres que son maltratadas por su pareja en zonas rurales.

Existen autores como Cruz (2006) que han llegado a afirmar que las causas de la violencia intrafamiliar son de naturaleza compleja y que su estudio debe contemplar la mayor cantidad de factores; incluso que fue a partir del año 2005 en donde el tema volvió a surgir como un problema grave en México. En el presente estudio se pretenden integrar elementos sociales, culturales, contexto inmediato y tipología familiar.

De acuerdo a estudios llevados a cabo en el Estado de Veracruz por Uscanga, Alcalá y Chávez (2008), se identificó a la dinámica y estructura familiar como factores explícitos en casos de abuso sexual infantil. En donde el trato hacia una hija es de menor calidad en relación al que se le ofrece a un varón; también es mayor el porcentaje de casos de incesto de padres a hijas y, por último, la figura de la familia extensa en donde se presentan mayores casos de abusos hacia infantes.

El modelo explicativo dentro de la perspectiva sistémica, llamado teoría de las relaciones considera la violencia, no sólo como un problema de la pareja sino que de toda la familia. En ella se distinguen dos tipos de relaciones, en las que se dan distintas formas de violencia: la relación simétrica, que se manifiesta como golpes y agresiones recíprocas; y la relación complementaria, en lo que se produce violencia "castigo".

Existe otro modelo explicativo dentro de la sistémica, llamado teoría de la relación simetría-complementariedad: este modelo propone que en la base de la violencia está el proceso de establecer reglas y la distribución del poder. Presenta dos premisas que explicarían la violencia: la primera

se refiere al aprendizaje y refuerzo temprano de la conducta violenta y la segunda al establecimiento de reglas rígidas en el sistema marital. Las posibilidades de la pareja de mantenerse en una estructura complementaria rígida son escasas, por lo tanto, es altamente probable que desacuerdos menores lleven a acciones violentas (Sarquis, 1995).

De forma más específica y con miras hacia la comprensión del fenómeno de la violencia familiar es necesario realizar una propuesta que atienda de manera integral este fenómeno es necesaria la aplicación de un modelo que ofrezca directrices a seguir; en 1991 la Organización Panamericana de la Salud publicó el libro *Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar* (OPS, 2001), que incluye un planteamiento para el abordaje de la violencia intrafamiliar, construido conjuntamente con algunos países de Latinoamérica; es necesario que este modelo se contextualice a la realidad de Veracruz y hacer las distinciones pertinentes entre un medio rural y urbano. A continuación se describen los cuatro ejes del Modelo de Atención Integral en Violencia Intrafamiliar:

Promoción: La promoción de formas no violentas en el seno de la familia constituye el norte del modelo, lo que significa una intervención primaria. Una acción precisa es fomentar actitudes que no sean discriminatorias con base en el sexo, la edad, la etnia u otros aspectos por parte de los miembros de una familia, pero también por parte del personal que ofrece servicios de salud.

Detección: La detección temprana de las víctimas de la violencia es el primer paso para detener el maltrato y el abuso sexual. Este eje del modelo de atención debe desarrollar mecanismos que permitan identificar a las víctimas a través de normas de detección, además de ofrecer formas accesibles donde las mujeres puedan hacer las denuncias, por ejemplo, una línea telefónica. El conocer si las familias tienen acceso a estos sistemas de detección es importante, así como si dentro del sistema educativo y de los servicios de salud a los que la población tiene acceso se aplica algún tipo de programa de detección. **Prevención:** Consiste en la intervención oportuna para evitar un daño mayor, proteger a la persona afectada y controlar al agresor para que no vuelva a agredirla. En este sentido, resultan de gran importancia las medidas de protección legal para garantizar la seguridad de las víctimas.

Atención: Se dirige a dar apoyo emocional y asistencial para reparar el

daño causado a la víctima y rehabilitarla. Los servicios incluyen educación, información, asistencia médica y organización de grupos de apoyo. Para llevar a cabo lo anterior son necesarios protocolos claramente establecidos en las unidades de salud, que indiquen acciones biomédicas y de atención emocional, al igual que un protocolo para el abordaje del comportamiento agresor.

Hoy es necesario mirar hacia el fenómeno de la violencia familiar, si de verdad se desea prevenir y atender este fenómeno social es necesario adentrarse hacia su complejidad y abordarla desde distintas perspectivas y tratar de llevar a la práctica alguna de las recomendaciones emitidas por la Organización Panamericana de la Salud (2001) para prevenirla:

- Definir prioridades y apoyar la investigación de las causas, consecuencias, costos y prevención de la violencia.
- Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia.
- Integrar la prevención en las políticas sociales y educativas.

FUNDAMENTACIÓN

La investigación trabajó bajo dos aspectos principalmente: en primer lugar en la construcción de un sustento teórico que permitiera la comprensión integral al fenómeno de la violencia familiar y en segundo lugar para la traducción del fenómeno en un medio rural y urbano, enfatizando el papel de la diferenciación de género en ambos aspectos.

Se tomarán en cuenta aspectos epistemológicos e información interdisciplinaria que aborden la violencia familiar, así como las alternativas que la sociedad ha ido creando para atender este fenómeno en México, pero en particular en Veracruz.

APROXIMACIONES A CONCEPTOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

Se sabe que la violencia es un fenómeno que se da entre por lo menos dos personas en el cual una de ellas ejerce mayor poder sobre la otra. Para que la violencia ocurra debe existir un desequilibrio jerárquico de dominancia en donde un sujeto desarrolla conductas de poder sobre el otro, estando influido por la cultura, el contexto y maniobras interpersonales de control.

Para efectos particulares de la investigación se consideró la violencia familiar como el uso de la fuerza física y/o moral en contra de los residentes del hogar por otro u otros residentes, en la forma de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y sexual, bajo diferentes manifestaciones y actos (INEGI, 2000).

En el caso de la violencia familiar se debe decir que no se trata de un tema de actualidad, ni mucho menos reciente, sino se trata de una problemática que se remonta a tiempos pasados. Existen distintas creencias y valores sostenidos culturalmente acerca del comportamiento de hombres y mujeres, de las relaciones entre ellos y de las características de los sexos.

Las consideraciones valorativas acerca de lo que es predominantemente masculino y femenino, determinan los modelos sociales acerca del lugar del hombre y de la mujer, de las relaciones en el seno de la familia, del lugar de los hijos.

Según Carpenter y Treacher (1989), señalan que la violencia intrafamiliar se da básicamente por tres factores: uno de ellos es la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente; y además en algunas personas podrían aparecer variables de abuso de alcohol y drogas. Es imprescindible reconocer la multidimensionalidad de la violencia en el núcleo de la familia, también el reconocerla como un problema de salud pública presentará un avance, sin embargo, esto no solventará el problema de cómo abordarla en su etiología y erradicación.

- El maltrato emocional caracteriza aquellas acciones que tienen la intención de dañar la estabilidad de la persona mediante actos que conducen a la disminución de su autoestima, incrementar el temor, ansiedad y sentimientos de culpa.
- La intimidación se asocia a situaciones donde un miembro de la familia ha amenazado a otro, poniendo en riesgo su seguridad física, emocional o patrimonial.
- El abuso físico, consiste en acciones violentas que dañan la integridad física de las personas.
- Abuso sexual se tendrá en cuenta como las acciones encaminadas a coaccionar a otras personas a tener relaciones sexuales en forma involuntaria, por medio de la fuerza y/o amenaza.

El rasgo más frecuente en las historias de familias que maltratan a los hijos es la repetición, de una generación a otra, de una pauta de actos violentos, negligencia y pérdida o privación de progenitores. En los padres que maltratan a sus hijos según Kempe y Kempe (1982) los sentimientos de frustración impotente y soledad van unidos a una carencia general de capacidad para cuidar y asistir al niño. Por lo general, la violencia es atribuida a un padre alcohólico o a una madre desnaturalizada, las familias implicadas parecen pertenecer siempre a las clases menos privilegiadas socioeconómicamente.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA

Existen trabajos que indican que la violencia puede ser abordada desde lo individual por medio de la víctima, el agresor o las víctimas indirectas (APA, 1996), a través de los diferentes grupos familiares y también por los tipos de violencia como puede ser psicológica, física, sexual, etc. Esto ha provocado que la violencia intrafamiliar sea un campo multidisciplinario y de convergencia de acciones de diferentes instituciones sociales.

Las diferentes definiciones de la violencia familiar pueden resaltar diversos aspectos, sin embargo es necesario tener en cuenta los siguientes criterios (Larrain, 1995):

- Relación entre las personas implicadas que tiene que ver con los diferentes tipos de familia, los vínculos o parentescos que puedan existir, dicho de otra manera, toda una gama de tipos de cohabitación que se encuentra en nuestra sociedad.
- Naturaleza de los actos está relacionada con los tipos de violencia que pueden ser emocional, física, sexual, explotación, financiera, negligencia, etc.
- La intensidad de los actos es un aspecto que no siempre es considerado en las definiciones, se relaciona también con la frecuencia con la que se presentan los hechos y el impacto que tienen estos elementos en las víctimas.

La profundización en los grupos que son más vulnerables a la violencia familiar nos indica que ésta no se distribuye al azar, sino que tiene una cierta direccionalidad: edad, preferencia sexual, discapacidad, de-

pendencia, pero sobre todo –para fines de esta investigación– el sexo en la víctimas y agresores. En la selección de las víctimas pareciera que existe una asociación entre inequidad social en ciertos grupos humanos, como desprotección legal, desconocimiento y atropello de derechos a nivel social y familiar, también representaciones sociales que desvalorizan lo femenino, a los niños (as), viejos (as) y a lo diferente (OPS, 2001).

Dentro de un marco conceptual no solamente se buscará la acumulación de conocimiento sobre la violencia intrafamiliar, sino que se buscará los principios que organicen ese conocimiento, con el objetivo de evitar la simplificación que limitaría la comprensión y las respuestas adecuadas al problema.

Una palabra clave dentro de la violencia familiar es la desigualdad, la cual es alimentada por una práctica consciente, aprendida y orientada por una organización social en la cual dominan todavía usos y costumbres. En este sentido la violencia familiar es resultado de relaciones desiguales de poder y es ejercida por aquellos que sienten más derecho de intimidar y controlar.

Otro de los conceptos relacionados con la violencia familiar es el del poder que se ejerce hacia el interior de la familia y es que existe coincidencia en algunos estudios de género, en donde el poder de dominio aparece como un elemento explicativo de la violencia que ocurre en el seno de la familia, porque fomenta la construcción de vínculos afectivos basados en la posesión, el dominio y la exclusión del otro (Walker, 1993).

Es necesario resaltar que el uso de la violencia dentro del ámbito familiar se ejerce contra aquellos que representan menos poder. Por medio de ella no solamente se controla y se oprime, sino que se expresa de manera explícita la dominación y subordinación basada en el género y la edad. Este ejercicio de manifestación de poder y dominio no se limita a un sector de la población, atraviesa a todos los niveles educativos, clases sociales y grupos étnicos; en otras palabras se da en todos los sectores de la sociedad.

Siempre hay algo que se puede hacer, intentar, probar, en la búsqueda de alternativas posibles para mejorar la realidad con los recursos de que se dispone. No es crear nuevos servicios, es redimensionar los existentes, es buscar alianzas de colaboración que desde su posición involucren perspectivas y enfoques relacionados al tema para aunar esfuerzos que respondan con eficiencia ante estas necesidades.

DIFERENCIACIÓN DE GÉNERO EN LA VIOLENCIA FAMILIAR

El rol de la mujer en la sociedad se ha ido modificando a partir del ingreso masivo femenino al mercado laboral. Las mujeres de principios del siglo pasado eran educadas para casarse, tener hijos y atender un hogar y eran escasas las familias que mandaban a sus hijas a la universidad. Actualmente las estadísticas reflejan una mayor afluencia femenina en los claustros académicos con gran dedicación a los estudios, que da como resultado un mayor porcentaje de profesionales mujeres que se reciben.

Por otra parte, la participación femenina ya no se limita a carreras estrictamente para mujeres, sino que abarca todos los ámbitos profesionales, habitualmente ocupados por los hombres. El nuevo rol de la mujer en la sociedad ha modificado su rol en la familia, cuyos miembros aún no han podido adaptarse a las nuevas reglas de juego. La mujer ha incorporado tareas a su quehacer cotidiano, sin dejar las que realizaba habitualmente, debido a que no encuentra reemplazante. La mujer forma parte esencial del núcleo familiar por lo que se considera la base de la sociedad; para los niños es la base de toda su vida, de su sensibilidad y de su seguridad.

Es posible distinguir dos grandes enfoques en los análisis de género: por un lado, aquellos que enfatizan en la construcción simbólica de lo femenino y lo masculino, y los que ponen el acento en lo económico como clave para entender cómo se posesionan hombres y mujeres en la vida social (género como construcción social). Ambos enfoques tratan de dar respuesta a la subordinación de la mujer, la que en muchas ocasiones se manifiesta a través de la violencia.

Por su parte Leacock citado por Montecino y Rebolledo (1996) plantea que la subordinación de la mujer no puede ser explicada a través de los aspectos simbólicos, si no que dicha subordinación surge con el desarrollo de la propiedad privada de los medios de producción. Es más importante entonces considerar lo que hacen hombres y mujeres y no los símbolos, y que ese hacer esté relacionado con la división sexual del trabajo.

Construimos representaciones sociales según los roles que desempeñamos, las etapas de vida y las situaciones que nos afecta. Por ejemplo, la violencia será representada de forma distinta en mujer que fue socializada dentro de una familia que experimentaba o validaba los actos de violencia, que otra mujer que durante su socialización primaria no observó o no experimentó violencia de pareja.

De acuerdo con la encuesta nacional de violencia familiar, realizada por el INEGI, en los hogares existe un 33% de maltrato hacia la mujer; por lo que se han determinado estrategias y recursos empleados por mujeres en el enfrentamiento de la violencia familiar.

La violencia es considerada como el principal problema de salud pública hacia la mujer, existe una variedad de formas en las que la mujer se ve involucrada y se le considera víctima de tal situación. El abuso verbal rebaja, ridiculiza, humilla y utiliza juegos mentales e ironías para confundir a la mujer en torno a su dignidad. La intimidación del hombre es otro tipo de violencia ya que asusta con miradas, gestos y gritos. Las amenazas como matar, suicidar o llevarse a los niños son muy comunes para orillar a la mujer a que ceda y haga cosas en contra de su voluntad.

El abuso económico se caracteriza por el control abusivo de castigos monetarios e impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia. Por otra parte el aislamiento y desprecio lastiman psicológicamente a la mujer ya que existe un control abusivo de la vida de la otra persona, impide cultivar amistades, trata a la persona con inferioridad y suele tomar decisiones importantes sin consultar al otro.

El abuso más común e hiriente para la mujer es el abuso sexual, el cual se ve reflejado en la imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, oposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza. A lo largo de la historia, en la mayoría de las culturas, las mujeres han sido sometidas a estructuras patriarcales que les han negado los derechos humanos más fundamentales. Las leyes antiguas y los sistemas tradicionales, como el cristianismo y el islamismo, antecedentes de los sistemas modernos, han provocado la dependencia de la mujer, de forma análoga a la esclavitud y a la explotación de las clases desfavorecidas.

Las mujeres según Bourdieu (2003) pueden contribuir muchas veces a que un hombre las maltrate. Algunas formas de violencia o agresión tienen su origen en el miedo a perder la estima o la admiración del grupo, de perder cierta figura de autoridad ante los colegas y de verse débil. La valentía se basa por tanto en una especie de cobardía en muchas ocasiones.

Una de las razones podría ser el fortalecimiento y sostenimiento del poder y de la actividad económica y de igual forma se evidencia que quienes re-

sultan sometidos son vistos, por los explotadores, como seres inferiores, inmaduros, infantiles, malvados o depravados.

Según el Colectivo Latinoamericano de Jóvenes en su investigación, la familia de origen y representación social de la familia citado por Jara y González (2009), se puede afirmar entonces que dentro del enfoque de género la violencia es una forma de ejercer poder, en donde el género masculino domina y controla al femenino, esto se verá afectado según la representación de violencia que tengan.

Bourdieu (2003) plantea que el orden de todas las cosas no es algo que no pueda modificarse, sino que es una construcción mental, una visión del hombre el cual reconoce y satisface su dominio y una visión en la que las mujeres acepten de manera inconsciente su inferioridad.

La dominación masculina se vincula en gran medida con la atribución de las mujeres como las responsables de su propia opresión, sugiriendo, como se hace a veces, que ellas deciden adoptar comportamientos de sumisión, por no decir que les gusta su propia dominación. Este argumento podría concebirse como un mito, no obstante resulta útil en la comprensión de la influencia que el contexto hace en la construcción de mujeres y hombres que establecen relaciones de violencia, de cómo impacta en su constitución así como en la reproducción de dinámica jerárquicas y desiguales y en donde ambos realizan una contribución para dichas relaciones.

El rompimiento de barreras en contra de la violencia familiar empieza con la decisión y determinación –muchas de las veces– de las mujeres, por ser ellas el eje a partir del cual se genera la dinámica familiar y empezar con esto a apropiarse de sus vidas y la de sus hijos.

Ante este problema las mujeres no han aceptado estas violaciones de su integridad física y mental, y se han enfrentado a la violencia de género diariamente, con acciones grandes y pequeñas, con o sin el apoyo de los estados y organismos internacionales. A través de actividades sancionadas por la sociedad, como la denuncia y el descrédito de los agresores, canciones y otras expresiones artísticas, el recurso a las redes sociales, o las nuevas formas de organización transnacionales, las mujeres han establecido alianzas, han ejercido presión, evocado normas internacionales de derechos humanos y han recurrido incluso a organizaciones continentales para llamar la atención sobre estas relaciones y prácticas opresivas y exigir resarcimiento.

El movimiento feminista ha sido una lucha por el reconocimiento de la igualdad de oportunidades y la igualdad de derechos para las mujeres. Las dificultades para obtener este reconocimiento se han debido a factores históricos, en combinación con las costumbres y las tradiciones sociales. Actualmente, gracias al apoyo del poder económico y los esfuerzos del movimiento feminista de hace décadas y otros movimientos de derechos humanos, en la mayor parte de las sociedades las mujeres tienen acceso a carreras y trabajos, más allá de la atención de los quehaceres domésticos o de amas de casa. Tras haber luchado por sus derechos, las mujeres en la mayoría de los países occidentales y orientales no musulmanes, llegaron a tener una igualdad muy fuerte tanto en el ámbito laboral como familiar logrando ser jefas de familia, tener cargos altos tanto en política como en grandes empresas y en muchas carreras. Se podría decir que las condiciones de las mujeres han cambiado, aunque no de la misma forma en todos los contextos y espacios.

Las mujeres también han propugnado energéticamente la reforma del sistema de justicia penal para que tengan más en cuenta sus necesidades. Piden que los jueces y los agentes del orden público reciban una nueva formación a fin de que atiendan con consideración a las víctimas y que se apliquen las normas internacionales y regionales de derechos humanos a los casos de violencia contra la mujer; se creen tribunales especiales o comisarías de policía con personal femenino y se establezcan procesamientos e instituciones de investigación dirigidos por personas cuyas actitudes sean reflejo de la sociedad en la que ejercen sus actividades.

DIFERENCIACIÓN DE LO URBANO Y LO RURAL

El tratar de encontrar las características de los medios urbanos y rurales en los que se presentan elementos de violencia familiar es necesario debido a que existen antecedentes en los que se reconoce que los estresores del medio urbano que desencadenan este tipo de violencia son más intensos, sin embargo, en el rural las tasas de violencia en la familia han tenido un incremento sustancial a causa de patrones culturales propios de la zona. A lo anterior se le suman elementos de transmisión intergeneracional que influyen en la conducta violenta, ya que se ha comprobado

que una tercera parte de los niños que han sufrido alguna forma de abuso físico se convierten en padres o madres abusadores.

En este sentido es importante resaltar los trabajos que se han hecho, ya que el contexto es un factor influyente en la transmisión de los roles y estereotipos sociales. La familia quien cumple un papel fundamental a través del proceso de socialización primaria, no solo con los discursos, sino más bien con las prácticas (acciones, comportamientos, valores, creencias, estereotipos internalizados en cada familia), sin olvidar que está inserta dentro de este mismo contexto, en este espacio en donde la persona va adquiriendo conocimientos y experiencias que condicionarán su futuro actual, y que inciden en la formación de su identidad de género. A través de este proceso la familia constituye en un factor protector o de riesgo del individuo en relación a la representación que éste hará de la violencia de la pareja.

Para generar acciones que aborden la temática de la violencia familiar se deben emprender una serie de intervenciones específicamente destinadas para el medio o situación particular a la que estarán dirigidas. Se debe tener en cuenta la voz de aquella población que ha sido más vulnerable a esta problemática y que en las últimas décadas ha tenido un considerable incremento. Asimismo, es necesario contemplar cuáles son las acciones que se han realizado en el medio rural y urbano para erradicar esta problemática y hacer una evaluación de ellas, para elaborar una propuesta que las fortalezca.

MÉTODO

La presente investigación de predominio tradicional según Del Valle (2003) tiene como objetivo encontrar las relaciones existentes entre la diferenciación de género y las dimensiones que existen dentro de la violencia familiar. Realizando también comparaciones entre los medios rural y urbano de algunos municipios cercanos al puerto de Veracruz, bajo el supuesto que en las zonas rurales existen mayores manifestaciones de violencia familiar en relación al urbano.

Será de orientación metodológica mixta, debido a que se describirán las variables en estudio de manera holística en una primera parte de la investigación, pero también se tomarán valores numéricos de las varia-

bles con el objetivo de completar la descripción y facilitar la búsqueda de relaciones mediante un análisis estadístico (Bisquerra, 1998).

El estudio es una investigación científica de carácter no experimental, ya que como menciona Kerlinger (2001) es una indagación empírica y sistemática en donde no se tendrá un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido. El nivel de estudio será descriptivo ya que se pretende seleccionar las características fundamentales de la diferenciación de género y su descripción detallada dentro de un marco conceptual de referencia (Cerdeña, 1991), bajo el supuesto de que el género al que pertenece un miembro de una familia es determinante en el ejercicio de violencia hacia éste.

PARTICIPANTES

La población se integró por parejas heterosexuales de la zona conurbada Veracruz - Boca del Río (25%) y sus zonas aledañas: Cardel (19%), Paso del Toro (18%), Las Bajadas (19%) y Tejería (19%) considerando la clasificación de los estratos urbano, suburbano y rural. Se tomaron en cuenta personas consideradas como pareja, ya sea cónyuge legal, compañero, amante o cualquier denominación que le quiera dar a alguien con la que vivía en ese momento de la investigación.

La edad de los participantes fue en un rango de 21 a 60 años, los cuales con un 21% eran de 36 a 40 años, con un 20% la edad de dicho estrato era de 41 a 45 años y el grupo de 31 a 35 comprendían el 17%; los detalles de dicha distribución se muestran a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las edades de la muestra

ESTRATO	PORCENTAJE
21 a 25 años	11 %
26 a 30 años	12 %
31 a 35 años	17 %
36 a 40 años	21 %
41 a 45 años	20 %
46 a 50 años	11 %
51 a 55 años	4 %
56 a 60 años	4 %

INSTRUMENTO

El tipo de instrumento que se utilizó para la investigación fue un método de encuesta con la técnica de cuestionario, fue tomado como referencia el empleado de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH) y adaptado a las características del contexto. De la misma forma que el instrumento original se toman tres indicadores: violencia en la pareja, factores asociados a la pareja y contexto socioeconómico y demográfico.

RESULTADOS

Uno de los primeros propósitos de la investigación es detectar los índices generales de violencia. De las 80 parejas incluidas en el estudio se detectó que el 75% manifiesta haber sufrido algún tipo de violencia de un año a la fecha por parte de su pareja. De dicho grupo se detectó que el 60% corresponde a mujeres y el 40% a hombres.

Un análisis de la violencia dentro de estas familias se dio al distinguir los diversos tipos de violencia que ocurren, principalmente se tomaron los cuatro que son los que teóricos e instituciones (Cruz, 2006; Carpenter y Treacher, 1989; INEGI, 2000) coinciden en sus formas y manifestaciones: psicológica, sexual, económica y física.

Se encuentra que la violencia sexual es la menos manifestada en el interior de las familias, la violencia de tipo económica es aquella que el 29% reporta como presente en una forma moderada. La violencia psicológica es considerada como baja en el 31% de la población estudiada. La frecuencia con la que se presenta la violencia psicológica hacia el interior de las familias es poco frecuente, mientras que en torno a la violencia física y sexual, manifiestan que se ha dado una sola vez, en tanto que la violencia económica supera en frecuencia a las demás.

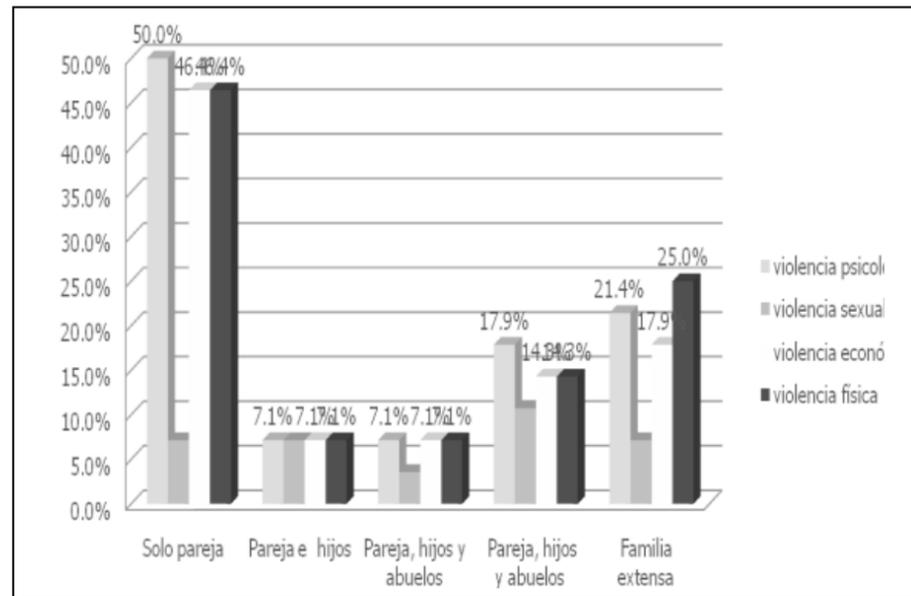
La principal causa que identifican las personas encuestadas como detonante de violencia hacia el interior de sus familias son los problemas económicos, de infidelidad y alcoholismo. Con respecto a la manera en que se percibe la violencia, la mayoría de las personas percibieron a la violencia física, psicológica y económica de forma grave, mientras que la violencia sexual se percibió como muy grave.

A consecuencia de la violencia que experimentan en sus familias, las personas manifiestan haber dejado de salir y de comer. En tanto que la mayoría de las parejas han pensado en mejorar su relación por medio de la comunicación como iniciativa propia, sin que intervenga algún tipo de ayuda por parte de un tercero. A pesar de los altos índices de violencia vivida por las parejas, pocas de ellas denunciaron las agresiones, sin embargo, la mayoría de estas recibieron asistencia médica acudiendo a lugares como el IMSS y la Cruz Roja.

En relación a la familia de origen, los datos arrojaron que aquellas personas que ejercen violencia o bien que son víctimas de la misma proceden de familia en las cuales también existía violencia. Con una mayor incidencia reportan violencia física por parte del padre dirigida a la madre. La mayoría de ellos repetían un patrón de conducta violento y afirmaron recibir golpes e insultos de vez en cuando y considerarlos injustos.

Asociando a la violencia con el tipo de estructura familiar en la que se presenta, se puede mencionar que los resultados de la investigación indican que la que se da en parejas es mucho mayor que la que se da en otras formas de estructura como lo pueden ser la familia extensa tal como lo refieren Uscanga et al., (2008).

Gráfica 1. Tipo de violencia y estructura familiar.



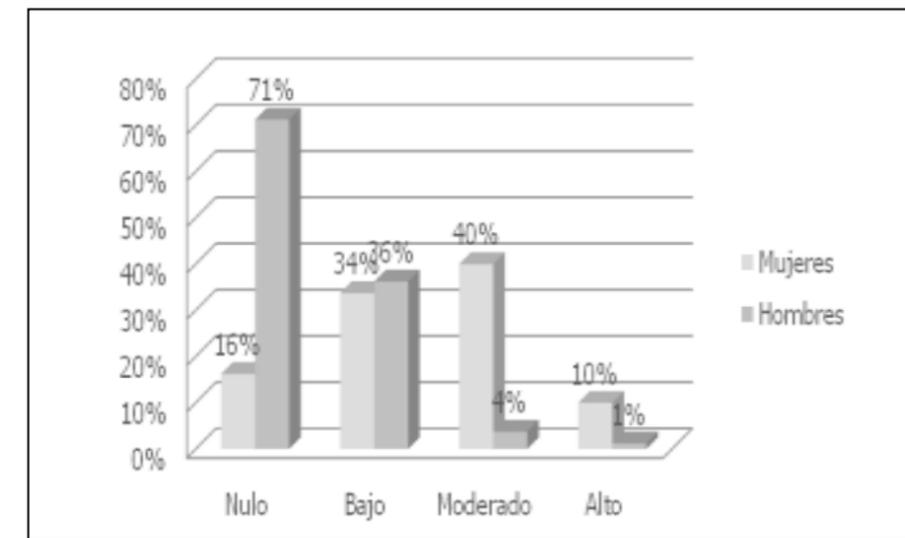
La violencia sexual que se vive en pareja es menor que la que se vive en otras formas de estructura familiar, esto debido posiblemente a que la violencia sexual no se percibe como una forma de sometimiento en relaciones de pareja. La violencia física y psicológica son las formas de violencia que más se presentan en las familias de estructura extensa.

Una característica que se puede resaltar es que los integrantes de una familia perciben casi al doble la violencia que viene de los abuelos paternos que aquella que proviene de los maternos; siendo la psicológica la que más se presenta por encima de las otras tres que se analizaron.

Un elemento central para el análisis de los resultados se considera el realizar la diferenciación entre las formas de violencia que manifiestan los hombres y las mujeres ya que se considera que el género es un elemento importante para el sufrir o no violencia en el interior de la familia.

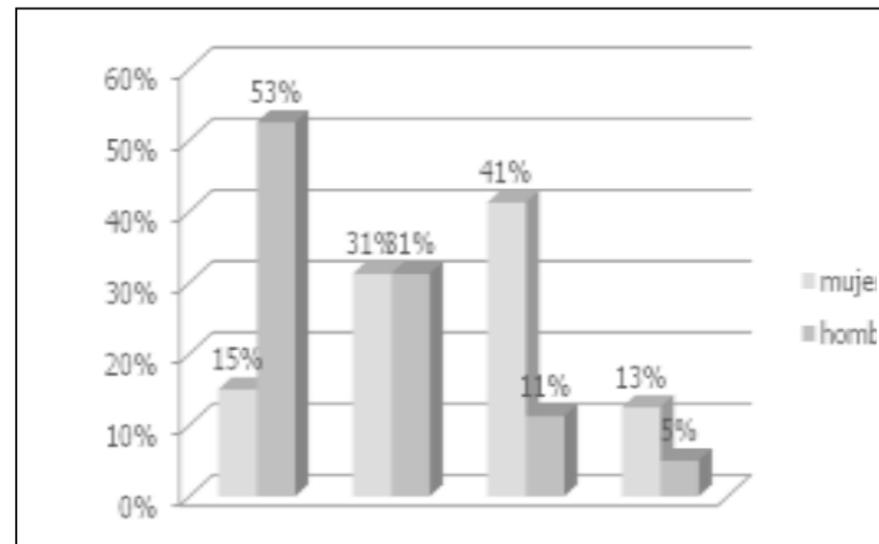
En función de lo anterior, se encuentra que en cuanto a la violencia física el 69% de las mujeres reportaron haber padecido este tipo de violencia mientras que los hombres ocuparon solo el 31%. Respecto a la violencia sexual, el 76% de las mujeres reportó haberla vivido a diferencia de los hombres que solo muestran un índice de 24%. En lo que respecta a la violencia económica, el mayor índice con un 58% corresponde a las mujeres, en contraste con el 42% de los hombres.

Gráfica 2. Violencia física y género

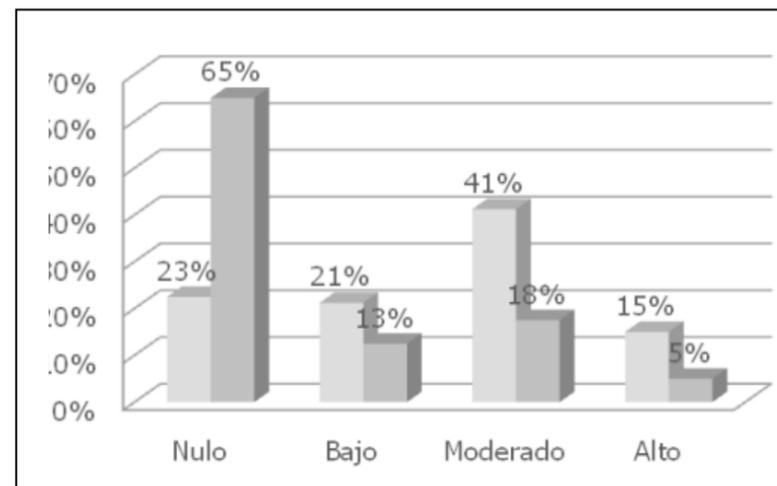


En relación a categorías particulares de violencia física, se encontró que el 84% de las mujeres encuestadas padecen este tipo, en contraparte a un 41% de los hombres. Los resultados de las mujeres indican a los niveles de bajo y moderado como los que más prevalecen; en los hombres el nivel bajo es el que sobresale de los demás. Los hombres no consideran este tipo de violencia como de carácter alto, incluso por debajo de los demás tipos de violencia.

Gráfica 3. Violencia psicológica y género



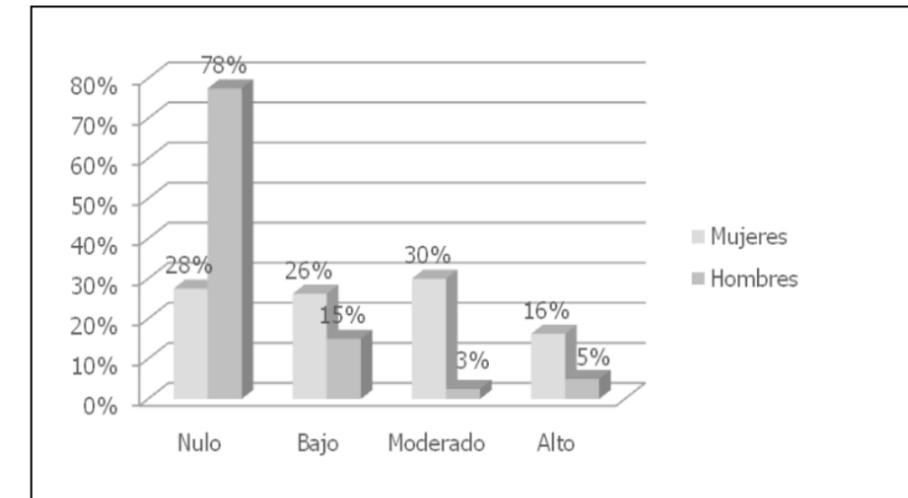
La violencia psicológica es el tipo de violencia que más mujeres padecen ya que 85% de ellas se ubican en alguno de sus niveles. En contraparte el 47% de los hombres manifestaron sufrir este tipo de violencia en alguno de sus niveles.



Gráfica 4. Violencia económica y género

En relación a la violencia económica el 36% de los hombres refirieron padecerla en alguno de sus niveles. Por su parte, el 76% de las mujeres refieren sufrirla en alguno de sus niveles, de las cuales el 15% se ubican en un nivel alto, el 41% como moderado, y por último, el 21% como bajo.

Gráfica 5. Violencia sexual y género

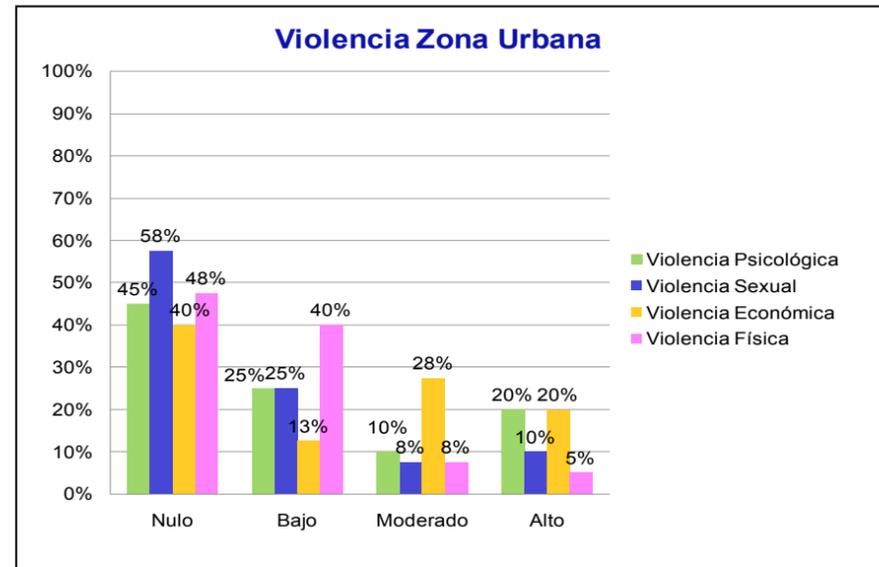


De las mujeres encuestadas el 72% indican padecerla en alguno de sus niveles. Se destaca que el 16% la ubica en un nivel alto por encima de la percepción que ellas tienen en esta misma clasificación de alto con respecto a otras formas de violencia. Por su parte, el 23% de los hombres manifiestan padecerla en alguno de sus niveles; se destaca que dentro de este género este tipo de violencia es la que más se considera como inexistente.

La población se dividió en los estratos urbano y rural, y se encontró mayor índice de violencia económica en la zona urbana, mientras que en la zona rural se registró mayor índice de violencia sexual y física.

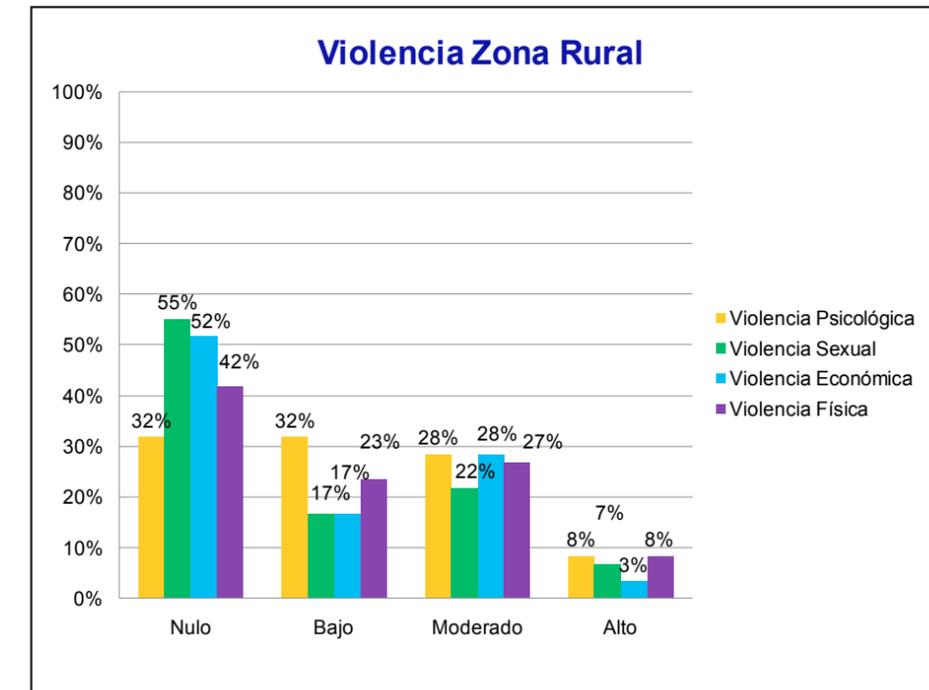
Realizando una diferenciación entre las formas de violencia y los tipos de zona, se detectó que en la zona urbana la violencia económica es la que con un 61% es más manifestada, seguida de la psicológica y de la física con un 55% y 53% respectivamente. La forma de violencia que es menos percibida por el sector urbano es la de tipo sexual con un 43%. La violencia económica en zona urbana se distingue de las otras formas de violencia sobre todo en el nivel moderado; en la siguiente gráfica se muestra la distribución de esta zona.

Gráfica 6. Violencia en la zona urbana



En zonas rurales la forma de violencia que más sobresale es la de tipo psicológica con un 68%, resaltando que también esta forma de violencia es la que se reporta como nula, quizás porque las repercusiones no son tan visibles en comparación de otra forma; también es notorio que en esta zona es más percibida que en la zona urbana. La violencia física es la que con un 58% de presencia se manifiesta en esta zona. La violencia de tipo económica es percibida en esta zona por un 48% de la muestra seguida de la violencia sexual con un 46%, es importante mencionar que la violencia sexual seguida de la económica son las formas con más puntaje de nulidad.

Gráfica 7. Violencia en la zona rural



Dentro de la zona urbana en el criterio de violencia alta se encontraron valores elevados al doble en relación con la zona rural, lo que nos indica que la percepción de la población en áreas urbanas percibe de manera significativa conductas violentas en comparación a la zona rural.

DISCUSIÓN

La enajenación de la sociedad ante tanta violencia no deja de sorprender, cuando las agresiones que existen en la familia no refieren a un fenómeno producto de la sociedad actual, sino una tragedia que ha estado siempre presente en el transcurso del tiempo; la mayoría de las personas conocen algún caso de malos tratos, en el ámbito de pareja, pero se han silenciado bajo el pretexto de que la violencia en la familia es un asunto privado.

La violencia en las relaciones familiares no siempre resulta fácil de definir o reconocer. En términos generales se podría designar como el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a los miembros de un grupo de individuos llamados familia y que puede ser de las formas más sutiles, hasta lo extremadamente explícito.

Las relaciones de pareja, ya sean matrimonios o unión libre, han sido un tipo de relación propicia para las manifestaciones de violencia por parte de hombres hacia las mujeres, lo que se ha transmitido de generación en generación a través de la cultura, puesto que ha sido una situación ocultada por las víctimas y negada por los agresores. Esto se relaciona en los resultados obtenidos en la investigación, que arrojan que las mujeres son agredidas con mucha mayor frecuencia que los hombres. Además de que las formas de violencia presentes en la vida infante han tenido mayor impacto en las mujeres que en los hombres, por ser ellas las que conducen la vida familiar dentro de su contexto.

La psicóloga Ana María Dask (citada en Colegio de la Frontera Norte, 2001) refiere que en aquellas personas que viven situaciones de violencia fungiendo, ya sea como víctimas o agresores, influye el cómo fueron recibidos en su familia de origen, qué tipo de experiencias les fueron evitadas o negadas y los recuerdos que tienen acerca de lo que decían los demás de ellos. Dichas afirmaciones apoyan los resultados arrojados por la investigación los cuales sugieren que aquellas personas que ejercen violencia o bien que son víctimas de la misma, proceden de familias en las que también existía violencia de algún tipo.

La OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad. En este sentido, la investigación mostró que aquellas personas que vivían situaciones de violencia mayormente, dejaban de comer y salir, así como recurrir a asistencia médica. Existen elementos sólidos para afirmar que personas que viven situaciones de violencia fungiendo, ya sea como víctimas o agresores, influye el cómo fueron recibidos en su familia de origen, qué tipo de experiencias les fueron evitadas o negadas y los recuerdos que tienen acerca de lo que decían los demás de ellos.

Es necesario continuar con el estudio de la familia y los fenómenos que ocurren dentro de ella, debido a que es en esta agencia social donde puede ocurrir un cambio social con mayores efectos a corto, mediano y largo plazo, debido a que se conformarán dentro de ella sujetos armónicos en todas sus áreas. Sin embargo, es necesario que todas las agencias sociales continúen trabajando por establecer y garantizar espacios de desarrollo libres de cualquier forma de violencia.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (1996). *Report on Violence and the Family*. New York: The Association
- Bisquerra, R. (1998). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Cap. XX. La investigación en orientación Psicopedagógica. España: Universidad de Barcelona.
- Bourdieu, P. (2003). *La dominación masculina*. España: Anagrama.
- Carpenter, J. y Treacher, A. (1989). *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*. México: Paidós.
- Cerda, H. (1991). *Los elementos de la investigación: Tipología y Paradigmas de la Investigación Científica*. Bogotá. El Búho.
- Cruz, M. (2006). *Concepto de violencia Familiar*. *Boletín de los sistemas nacionales estadístico y de información geográfica*. 2 (2) 109 - 118.
- Del Valle, G. (2003). *Formación de investigadores: herramientas básicas*. Venezuela: Universidad de Caracas.
- El Colegio de la Frontera Norte. (2001). *Los rostros de la violencia*. B.C. México: Colegio de la Frontera Norte.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3a ed.). México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Censo General de Población y Vivienda 2000*. En línea, disponible en: <http://www.inegi.gob.mx> consultado el 15/04/2008.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. INEGI (2000). *Violencia Intrafamiliar, encuesta 1999: documento metodológico y resultados*. México: INEGI.
- INEGI-INMUJERES. *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares*. (ENDIREH) 2006. Consultado en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=11214>
- Jara, V. y González, P. (2009). *Familia de Origen y Representación Social de Violencia de Pareja en Mujeres Jóvenes*. Recuperado de: <http://www.colectivojuventud.org/wp-content/uploads/2009/04/chile-valeska-jara-paper.pdf>. Santiago de Chile: Colectivo Latinoamericano de Jóvenes.
- Kempe, R. y Kempe, H. (1982). *Padres que maltratan*. España: Morata.
- Kerlinger, F. (2001). *Investigación del comportamiento* (4a ed.). México: McGraw-Hill.

- Kurnitzky, H.** (2000). *Globalización de la violencia*. México: Colibrí.
- Lagarde, M.** (2001). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Las horas.
- Larrain, S.** (1995). *Perspectiva psicosocial y jurídica de la VIF*. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer.
- Organización Panamericana de la Salud** (2001). *Modelo de Atención a la Violencia Intrafamiliar*. Serie Género y Salud Pública No. 10. Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud.** (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.
- Perrone, R. y Nannini, M.** (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Sarquis, C.** (1995). *Introducción al estudio de la pareja humana*. Santiago de Chile: Universidad Católica.
- Uscanga, R., Alcalá, L. E. y Chávez, V.** (2008). *Estudio diagnóstico de las características y factores de la prostitución infantil en el Estado de Veracruz*. Veracruz, México: Universidad Cristóbal Colón.
- Walker, L.** (1996). *Survivor therapy: clinical assesment and intervention, Wokbook*. Denver: Endolor Communications

REVISTA DE LA UNIVERSIDAD CRISTÓBAL COLÓN

Publicación electrónica semestral de Ciencias Sociales y Humanidades

Normas para la presentación de colaboraciones

La recepción de colaboraciones es continua, publicándose la revista semestralmente. La inclusión en un número u otro dependerá de la cantidad de colaboraciones y de la temática.

Artículos

1. Se recibirán exclusivamente artículos académicos, tanto de investigación como teóricos en cualquiera de sus modalidades, dentro del campo de las Ciencias Sociales y las Humanidades.

2. Los artículos tendrán una extensión mínima de 15 cuartillas y un máximo de 30, sin contar ilustraciones, tablas y gráficas.

3. Los artículos serán presentados en formato de procesador Word 97-2003 o Word 2010, con interlineado de 1.5 espacios, tipo Arial de 12 puntos y márgenes superior, inferior y laterales de 2.5 cm.

4. Título y subtítulos irán en negritas y en altas y bajas. Salvo lo referente a marcas tipográficas admitidas en estas normas, paginado y notas a pie de página, el trabajo no presen-

tará ningún otro tipo de composición de página.

5. En una hoja inicial, anterior a la primera página de artículo, se deberá consignar: título del artículo, nombre completo de los autores, grado académico, institución a la que pertenecen, área de adscripción dentro de la misma, líneas de investigación, dirección postal completa, teléfonos, fax y correo electrónico.

6. A partir de la primera página del artículo se deberá consignar, sucesivamente: 1) título; 2) un resumen del artículo de extensión no mayor a 150 palabras; 3) palabras clave; y 4) traducción del título al inglés, así como del resumen y las palabras claves (Abstract y Keywords)

7. Ilustraciones, tablas y gráficas deberán presentarse por medio electrónico en el formato original

en que fueron elaboradas e independientes del texto. Todas deben estar debidamente numeradas, tituladas (incluyendo los comentarios al pie, en caso de haberlos), con la llamada a referencia de la fuente de la cual fueron tomadas o reelaboradas, y señalando el lugar del texto donde irían ubicadas. En caso de que ilustraciones, fotos, tablas o gráficas fueran de elaboración propia, es igualmente necesario señalarlo de ese modo. Todas estas especificaciones deben hacerse en las últimas páginas del artículo, al finalizar las fuentes citadas, bajo el subtítulo general de Ilustraciones.

8. Tablas y gráficas deberán presentarse en blanco y negro, cuidando de que sean precisas y evitando ambigüedad en los patrones elegidos para graficar los diferentes indicadores.

9. Todas las citas tomadas de fuentes en idioma extranjero deberán ser traducidas, acreditando, en nota al pie, el autor de la traducción; la cita en su idioma original también deberá aparecer en nota al pie y destacarse en cursivas.

10. Las citas textuales de menos de cinco líneas irán dentro del párrafo y entrecorridas; las de más de

cinco líneas irán fuera de párrafo, sin entrecorridas y con sangría de un golpe de tabulador en su margen izquierdo. No se usará ninguna otra marca tipográfica para destacar una cita textual.

11. Las llamadas a referencia se harán siempre dentro del texto y deberán aparecer de la siguiente manera: (Cereijido, 2003, pp. 24-25); o bien: "...en opinión de Cereijido (2003, p. 17) los investigadores..."

12. La referencia completa de todas las fuentes citadas dentro del artículo (incluyendo las fuentes de las ilustraciones, tablas y gráficas) deberán enlistarse al final del texto exclusivamente por orden alfabético según el apellido del autor -no se antepondrán a las mismas ni viñetas, ni numeración ni serán subdivididas de acuerdo con el tipo de fuente- y referenciarse estrictamente de acuerdo con el sistema que a continuación se ejemplifica. Ello implica el respetar todos y cada uno de los indicadores solicitados en la referencia, su disposición dentro de la misma, así como la correspondencia estilística y tipográfica (incluyendo los signos de puntuación) según sea el caso a referenciar:

a. Para el caso de libros:

Cereijido, M. (2001). *Ciencia sin seso, locura doble*. México, D.F.: Siglo XXI

Nota: en caso de que haya un autor aparezca con más de una fuente del mismo año, estas se diferenciarán del siguiente modo: Cereijido (2001 a), Cereijido (2001 b); etc.

b. Para el caso de capítulos o artículos en libros:

Torrijos, F. (1988). Sobre el uso estético del espacio. En José Fernández Arenas (Coord.), *Arte efímero y espacio estético* (pp. 17- 78). Barcelona: Anthropos

c. Para el caso de artículos en revistas académicas:

Sánchez Andrés, A. (2003). Entre la espada y la pared. El régimen autocrático cubano, 1897-1878. *Revista mexicana del Caribe*, VIII (16), 7-41

Modelo: Apellidos, Nombre. (Año). Título del artículo. Título de la revista. Número de volumen o número de año de continuidad de la revista, o bien, época y su año de continuidad correspondiente, (número de la revista), páginas en las que aparece el artículo.

d. Para el caso de artículos en revistas de divulgación:

Gárate Chateau, M. (2006, primavera). El modelo económico chileno en democracia. *Desafíos y perspectivas* (1990-2006). *Encuentro de la cultura cubana*, 40, 71-81

Modelo: Apellidos, Nombre. (Año, mes o época). Título del artículo. Título de la revista. Número de la revista, páginas en las que aparece el artículo.

e. Para el caso de artículos en diarios:

Morales, J. (2005, enero 18). Incumple Pemex con Víctimas de Balastrea. *El Dictamen*. Sección Estado, p.1

f. Para el caso de artículos de bases de datos electrónicas de suscripción:

Lerski, H. (1979, octubre). Josiah Conder's Bank of Japan, Tokyo. *The journal of the Society of Architectural Historians*, 38 (3), 271-274. Obtenido el 2 de Octubre de 2006 de la base de datos JSTOR

g. Para el caso de trabajos de revista electrónica o bases de datos libre:

Bravo Saldaña, Y. (2004, mayo). *Mercado del barrio de Santa Ana*.

Un inmueble productivo, Obras Web, 377, 1-3. Obtenido el 18 de enero de 2005 desde http://www.obrasweb.com/art_view.asp?cont_id=2419&pg=0&seccion=Arquitectura

La dirección electrónica referenciada deberá llevar directamente a la fuente citada; no obstante, cuando el enlace a la fuente citada no aparezca como dirección independiente (o cuando el documento, una vez abierto, no proporcione la dirección electrónica de la página desde donde ha sido tomado), se referenciará, entonces, la página electrónica donde se encuentra el enlace. Para otros casos es posible aclarar el método de búsqueda al final de la referencia.

h. Para el caso de tesis:

García Banda, P. (2006). Francisco Mata Rosas y el nuevo fotoperiodismo mexicano: análisis de la serie Sábado de Gloria. Tesis de licenciatura, Universidad Cristóbal Colón, Veracruz, México.

13. Los artículos que cumplan con estas normas, correspondan a las temáticas de la revista y sean aprobados por el Consejo Interno, serán sometidos a arbitraje. Cada artícu-

lo será arbitrado al menos por dos especialistas en el tema que serán externos a la institución (o instituciones) de procedencia del trabajo, bajo el procedimiento conocido como par de ciegos. Los árbitros no conocerán la identidad de los autores, del mismo modo que los autores no conocerán la identidad de los árbitros. En el arbitraje de los artículos se tomará en cuenta: a) Relevancia temática y originalidad. b) Discusión de la materia y contribución para el avance de la disciplina. c) Consistencia y estructura de la exposición de objetivos. d) Orientación de la línea de argumentación (o bien de la evidencia empírica) hacia la fundamentación de los planteamientos esenciales. e) Evaluación del uso y actualización de las fuentes. f) Correspondencia de la metodología con los objetivos de la investigación y/o de la reflexión teórica.

El resultado de los dictámenes se comunicará al autor(es) quien deberá hacer las modificaciones pertinentes en caso de que haya observaciones por parte de los árbitros.

14. La revista se reserva el derecho de realizar las correcciones estilísticas y las modificaciones editoriales que considere pertinentes para la correcta edición del trabajo. La

decisión final sobre la publicación o no de cualquier colaboración corresponde al Comité Editorial y al Consejo Interno de la Revista de la Universidad Cristóbal Colón y será inapelable.

Dossier

1. Se aceptarán propuestas de incluir un dossier temático en la revista. El investigador que lo coordine recibirá el crédito como coordinador especial del dossier y los artículos incluidos en el mismo seguirán el proceso habitual de arbitraje.

2. Para considerar procedente un dossier deberá haber por lo menos tres artículos (arbitrados y aceptados) en torno a un eje temático. De lo contrario, serán incluidos como artículos sueltos.

3. El máximo de artículos en un dossier será de cinco.

4. Sólo podrá haber un dossier por número y su coordinador deberá contactar previamente a la editora de la revista para discutir la propuesta (misma que será evaluada por el comité interno).

Reseñas

1. Podrán reseñarse libros o artículos publicados en un lapso no mayor a dos años al momento de la publicación de la revista.

2. Las reseñas tendrán una extensión mínima de 2 cuartillas y un máximo de 4. Serán presentadas en formato de procesador Word con interlineado de 1.5 espacios, tipo Arial de 12 puntos y márgenes superior, inferior y laterales de 2.5 cm. El texto deberá estar justificado. Salvo lo referente a marcas tipográficas admitidas en estas normas, paginado y notas a pie de página, el trabajo no presentará ningún otro tipo de composición de página.

3. Las reseñas no llevarán título: la primera página deberá encabezarse únicamente con la referencia completa de la obra reseñada. El nombre completo del autor(es) de la reseña deberá aparecer al final de la misma.

4. En una hoja inicial, independiente de la primera página de la reseña, se deberá consignar: título y autor de la obra reseñada, nombre completo de los autores de la reseña, grado académico, institución a la que pertenecen, área de adscripción dentro de la misma, líneas

de investigación, dirección postal completa, teléfonos, fax y correo electrónico.

5. Las llamadas a referencia y el listado de fuentes citadas obedecerán al mismo sistema establecido para los artículos. No obstante, cuando se haga una cita de la propia obra reseñada, solamente se indicará, siempre dentro del texto y entre paréntesis, el número de la página de referencia: (p.25)

Tanto artículos como reseñas deberán ser originales, inéditos, y no estar pendientes de publicación o evaluación por parte de ninguna otra publicación.

No se aceptarán colaboraciones que no cumplan con todas las normas señaladas en este documento. El envío de trabajos de calidad, así como el conocimiento de los requerimientos académicos en la elaboración de publicaciones científicas es responsabilidad de los autores.

Todas las colaboraciones deberán enviarse por correo electrónico a la siguiente dirección:
revista@ucc.mx

Revista de la Universidad Cristóbal Colón. Universidad Cristóbal Colón. Campus Torrente Viver. Departamento de Investigación. Carretera La Boticaria Km 1.5 s/n. Colonia Militar, Veracruz, Ver. C.P. 91930. Tel: (229) 923 08 85 / (229) 923 29 50 al 53. Ext. 1142, 1146. Fax: (229) 922 17 57

Correo electrónico:
revista@ucc.mx

CONTENIDO



"Educar para servir"



EDUCARE ET MINISTRARE

Universidad Cristóbal Colón
Veracruz, Ver. México