REVISTA CIENTÍFICA RETOS DE LA CIENCIA
http://retosdelacienciaec.com
mcrevistas@gmail.com

julio - diciembre 2021
Vol. 05, No. 11
e-ISSN: 2602-8247

ESTUDIO COMPARATIVO DEL SINDROME DE BURNOUT EN UNA MUESTRA MULTIOCUPACIONAL ECUATORIANA

COMPARATIVE STUDY OF BURNOUT SYNDROME IN AN ECUADORIAN MULTIOCUPATIONAL SAMPLE

Sandra Barral Coral[1]
Guido Albán Pérez[2]
Diego López Barba[3]

Recibido: 2021-03-05/ **Revisado**: 2021-04-10 / **Aceptado:** 2021-05-10 / **Publicado:** 2021-07-01

Forma sugerida de citar: Barral-Coral, S., Albán-Pérez, G. y López-Barba, D. (2021). Estudio comparativo del Sindrome de Burnout en una muestra multiocupacional ecuatoriana. *Retos de la Ciencia*. 05(11), pp. 1-12.

RESUMEN

Desde que se iniciaron los estudios sobre el síndrome de burnout hasta la actualidad se ha visto que cualquier profesión puede padecerlo ya sea en sus tres manifestaciones o iniciar con alguna de ellas, su inclusión como enfermedad relacionada con el trabajo pone de manifiesto la necesidad de su abordaje de forma integral, toda vez que tiene nexos con múltiples patologías mentales y biológicas subsecuentes. El objetivo de esta investigación fue comparar su forma de presentación en diferentes ocupaciones para diseñar un conjunto de intervenciones personalizadas que se aplicaron durante un año y medir el impacto inicial de estas, por lo que tuvo un diseño longitudinal de dos años con alcance descriptivo. Se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) y se encontró una prevalencia de entre 3,99 y 48,12. En las comparaciones realizadas se evidenció significancia estadística entre las diferentes manifestaciones y las cohortes estudiadas. Las acciones de promoción de la salud alcanzaron a un 82,48% de personas, de quienes acudieron a tratamiento psicológico, el 52,91% recibió el alta y el 93,38% de los diagnósticos médicos que se otorgaron a los que necesitaron este tipo de atención, confirman lo encontrado en la literatura. Sobre el impacto del programa aplicado, se observó disminución significativa del síndrome, sobre todo en las manifestaciones realización profesional y despersonalización. Se requiere complementar este estudio con otras variables de tipo ambiental y sociodemográfico, pero se sugiere la

[1] Magíster en Seguridad y Prevención de Riesgos del Trabajo. Profesora en la Universidad Central del Ecuador. Ecuador. Email: barralcoral@hotmail.com / ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4675-9691
[2] Ph.D. en Psicología. Universidad de Guadalajara. México. Email: guidoalban62@hotmail.com / ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4893-0023
[3] Médico especialista en Medicina Familiar. Profesor en la Universidad UTE. Ecuador. Email: flb17@hotmail.com / ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5186-9844

permanencia de las intervenciones sobre factores relacionados con el burnout y el trabajo personalizado en sus manifestaciones.

Palabras claves: burnout, promoción, prevención, tratamiento.

ABSTRACT

Since the studies on burnout syndrome began until today, it has been seen that any profession can suffer it either in its three manifestations or start with any of them, its inclusion as a work-related disease highlights the need for its integral approach, every time it has links with multiple subsequent mental and biological pathologies. The objective of this research was to compare its presentation in different occupations to design a set of personalized interventions that were applied during one year and to measure the initial impact of these, for which it had a longitudinal design of two years with a descriptive scope. The Maslach Burnout Inventory (MBI) instrument was used and a prevalence of between 3.99 and 48.12 was found. In the comparisons made, statistical significance was evidenced between the different manifestations and the studied cohorts. Health promotion actions reached 82.48% of people, of those who attended psychological treatment, 52.91% received discharge and 93.38% of medical diagnoses were given to those who needed this type of care, confirm what was found in the literature. Regarding the impact of the applied program, a significant decrease in the syndrome was observed, especially in the manifestations of professional achievement and depersonalization. It is necessary to complement this study with other environmental and socio-demographic variables, but the permanence of interventions on factors related to burnout and personalized work in its manifestations is suggested.

Key words: burnout, promotion, prevention, treatment.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout es un fenómeno psicológico generado ante una relación conflictiva entre el trabajador y la organización o con los usuarios, los “síntomas cognitivos: frustración y decepción profesional; emocionales: desgaste emocional y culpa; así como los actitudinales: indolencia e indiferencia frente a la organización o los clientes” (Fidalgo Vega, s.f.), han sido catalogados como una consecuencia del estrés laboral crónico y acumulativo (Martínez, 2010), el cual se considera una de las fases iniciales del cuadro (Hillhouse, Adler y Waltwers, 2000).

Este trastorno no es privativo de una profesión en particular, actualmente se puede hablar de Síndrome de Burnout en personal administrativo, de ventas, estudiantes, entre otras; y sus manifestaciones pueden presentarse de forma completa -como originalmente se propuso- o iniciar con una sola de ellas (Maslach, Jackson y Leiter,1996).

La inclusión de esta patología en el Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE 11, 2018) como afección relacionada con el trabajo, no ha hecho más que reconocer el espacio que merece un padecimiento que ha sido muy estudiado pero poco atendido y entendido por las autoridades laborales, más aún en el contexto nacional, donde se ha normado un programa que dice “reducir efectos del estrés” (Ministerio del Trabajo, 2017) pero que no menciona ni se enfoca hacia sus consecuencias; en tanto que la literatura es amplia al relacionar el Burnout con

enfermedades como hipertensión, isquemia, arteriosclerosis, vasculopatía hipertensiva, diabetes, depresión y ansiedad, entre otras (Ranchal y Vaquero, 2008).

El presente trabajo se desarrolló con el objetivo de comparar las manifestaciones y niveles de riesgo del Síndrome de Burnout y constatar la influencia que tienen las diferentes intervenciones en salud sobre esta enfermedad, para lo cual se utilizó un diseño longitudinal de dos años, con alcance descriptivo. El uso del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) permitió establecer un punto de referencia inicial y final mediante un retest posterior al programa de actividades de prevención implementado, el cual duró un año.

Se establecieron comparaciones de las manifestaciones y niveles de riesgo del síndrome por sexo, grupos que compartían actividades o características similares en sus campos de trabajo, ubicación geográfica, tamaño poblacional de los centros de trabajo estudiados y resultados finales e iniciales del test aplicado después de las intervenciones.

La prevalencia del síndrome detectada con todas las subescalas en riesgo alto fue de 3,99%, mientras que con una sola subescala en alto riesgo fue del 48,12% (punto de corte para la derivación a tratamiento). La manifestación más puntuada para un nivel de riesgo alto fue la realización profesional (RP) en ambos sexos, la cual presentó asociación significativa en la mayoría de los campos de trabajo; seguida por la despersonalización ó cinismo (DP) y finalmente el agotamiento emocional (AE). En las diferentes comparaciones realizadas se encontró asociación estadísticamente significativa entre el síndrome y todos los grupos estudiados.

Las actividades de promoción de la salud implementadas captaron entre el 76,39% del personal en promedio, un 37,98% recibió tratamiento psicológico, de los cuales el 52,91% tuvo el alta y el 24,23% presentó una mejoría parcial con abandono del tratamiento. El 58,71% de casos atendidos en el servicio de psicología, fue derivado a tratamiento médico y se encontró que el 93,38% de los diagnósticos otorgados coincide con la literatura disponible al respecto; adicionalmente los pacientes del servicio médico recibieron interconsulta con los servicios de fisioterapia, gastroenterología, psiquiatría y cardiología según el caso, lo cual también confirma las enfermedades subsecuentes relacionadas con el Burnout.

Referente al impacto inicial del programa de prevención, se tuvo que incidió en la disminución del Burnout de forma significativa, siendo la subescala RP la que presentó mayor cambio, seguida por DP. Estos resultados evidencian la importancia de que el análisis de los datos que arroje el instrumento se realice por combinaciones de manifestaciones a fin de que las intervenciones grupales e individuales sean personalizadas según la necesidad, se aborden los factores psicosociales involucrados de forma conjunta y que los programas se mantengan de forma permanente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se definió para la presente investigación un diseño longitudinal de cohortes (tipos de trabajo) y un alcance descriptivo. Para el primer año de estudio se seleccionaron las siguientes cohortes: administración con baja exposición emocional debido a poco o nulo contacto con el usuario, educación, artes, salud y ventas. Se realizó un muestreo de criterio geográfico con dos centros de trabajo en representación de cada sector de la ciudad, en los casos en los que fue posible, así se consiguió: 3 Unidades médicas, 3 Instituciones educativas, 6 Oficinas administrativas con baja exposición al usuario, 2 Centros de educación popular, 1 Centro de ventas, 1 Compañía de músicos.

En el segundo año, se incluyeron otras actividades: fuerzas del orden (3), administrativos con alto nivel de responsabilidad ya que son mandos altos y medios (3), personal con alta exposición a usuarios (5) y un equipo de psicólogos educativos. En los casos de fuerzas del orden y alta exposición a usuarios, se tomó como muestra una sucursal y un turno de trabajo. En el sector de educación, se añadió al criterio de muestro el tamaño poblacional del centro y se aplicó el instrumento cinco representantes de cada uno en los casos que fue posible, en la distribución geográfica se sumaron a los valles aledaños con un total de 15 colegios añadidos, a quienes se debía aplicar retest al año siguiente; sin embargo, no se realizó debido a la pandemia de COVID-19.

En todos los centros de trabajo se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory - MBI (Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P., 1996), el cual contiene tres subescalas de manifestaciones: Agotamiento emocional (AE), despersonalización o cinismo (DP) y eficacia o realización profesional (RP). La aplicación se realizó a universos poblacionales ya sea de centros de trabajo, sucursales o turnos (n:2130) con el fin de levantar una línea base previo al programa de promoción de la salud y prevención que se ejecutaría. Los seis rangos de puntaje fueron simplificados a tres: bajo, medio y alto, los cuales incluyen a todos los originales.

En los grupos con 2 años de estudio, se efectuó un retest posterior a las intervenciones, en el cual se tuvo un 19,86% de casos perdidos por motivos tales como: renuncia, hallazgo de criterios de exclusión al momento del retest, reestructuración del centro de trabajo con reducción de personal, jubilación y muerte (n:756). La muestra inicial estuvo compuesta por 54,84% de mujeres y 45,16% de hombres, al momento del retest se observó una distribución similar con: 55,29% de mujeres y 44,71% de hombres.

Los criterios de inclusión fueron: personal con más de 6 meses de trabajo, de las tres modalidades de trabajo existentes (contrato ocasional, nombramiento provisional y definitivo), que brindaran su consentimiento tanto para la evaluación, como para las intervenciones. Mientras que los criterios de exclusión fueron: test incompletos, personal en proceso de desvinculación, con conflicto laboral menor a un mes, duelo menor a 2 meses o cursando tratamiento psicológico al momento de la evaluación, trabajo operativo o atención de una emergencia en el momento de la aplicación del test.

Las personas halladas en todos los niveles de riesgo tuvieron las siguientes intervenciones:

- Talleres de promoción de la salud mental:
- Habilidades de afrontamiento (Matteson e Ivancevich, 1987)
- Incremento de la competencia (Manassero et al., 2003)
- Generación de apoyo social (Ramos, 1999)
- Estrategias organizacionales (Hätinen et al, 2004)
- Pausas activas fundamentadas en la psicología positiva (Potter, 1998)

Para las intervenciones de prevención secundaria, se estableció como punto de corte una subescala con nivel de riesgo alto, estas personas fueron derivadas a consulta psicológica voluntaria (Gil monte y Peiró, 1997). En los casos en los que se halló sintomatología somática o comorbilidad, se realizó derivación al servicio de medicina para su vigilancia. La atención incluyó exámenes, interconsulta de especialidad -en los casos en los que se requirieron- y consulta subsecuente de seguimiento.

Se estableció un esquema de psicoterapia breve con 10 sesiones más una de seguimiento después de 30 días de otorgada el alta, toda vez que varios estudios señalan una prevalencia de abandono del tratamiento entre 25 y 81,5% después de 10 sesiones (Castillo, Perez-Testor y Aubareda, 1996), otros hablan de 20 a 57% para deserción después de la primera cita y, después de la cuarta cita entre 31 a 56% (Walitzer, citado en Barriga, 2012), adicionalmente se planificaron grupos de apoyo para coadyuvar a la terapia.

Se definieron los siguientes criterios de comparación:

- Entre sexos, niveles de riesgo y manifestaciones del síndrome de burnout.
- Entre muestras de similares características y actividades.
- Entre actividades similares, pero con características distintas y viceversa.
- Entre actividades similares por distribución geográfica y tamaño poblacional.
- Entre los mismos centros de trabajo ante el retest.

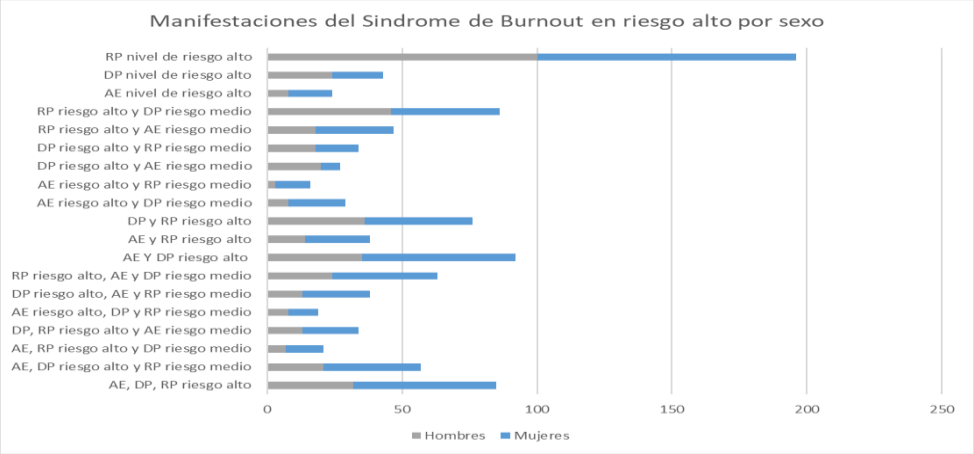
El instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,73 para toda la escala (AE α=0,88; DP α=0,56; RP α=0,78). Si se toma en cuenta que el límite inferior aceptable es de 0,70 (Oviedo y Campo-Arias, 2005), los valores de la subescala DP deberían "tomarse con precaución" (Aranda y Pando, 2016). Para el análisis de los datos se determinó como significativo p= 0,05, se utilizó el programa estadístico SPSS v22 y se aplicaron las pruebas: Anova en cada campo de trabajo, para la comparación se usó Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, para el retest se empleó la prueba de Wilcoxon con cada subescala y la prueba de Friedman para la escala completa.

RESULTADOS

El Síndrome de Burnout se presentó con una distribución similar a la de la muestra para la línea base y retest. (56,30% de mujeres y 43,70% de hombres). Su prevalencia en este estudio fue de 3,99% para los casos con nivel de riesgo alto en las tres subescalas, para el punto de corte establecido en base a lo señalado por los autores del instrumento (Maslach y Jackson, 1996) como presencia del Síndrome, es decir al menos una subescala en nivel de riesgo alto, la prevalencia con esta condición fue de 48,12%, la cual incluyó las diferentes combinaciones con subescalas en ese nivel de riesgo.

Gráfico Nº 1

Síndrome de Burnout según el sexo



***Fuente**: Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional*
***Elaborado por:** elaboración propia*

De forma general, AE en nivel de riesgo alto y en cualquier combinación, afectó mayormente a las mujeres, mientras que en las combinaciones de manifestaciones que aquejaron más a los hombres, estuvieron presentes DP y/o RP en nivel de riesgo alto. La manifestación que destacó por sus niveles de alto riesgo en ambos sexos fue RP.

Tabla Nº 1
Prueba de significancia estadística de las manifestaciones del Síndrome de Burnout según el tipo de trabajo

ANOVA

Personal	Síndrome de Burnout		
	AE	**DP**	**RP**
Administrativos Técnicos	F (8,940)=3,97 p= 0,00	F (8,940)=3,89 p= 0,00	F (8,940)=7,95 p= 0,00
Administrativos Baja exposición emocional	F (9,1002)=3,78 p= 0,00	F (9,1002)=3,84 p= 0,00	F (9,1002)=7,12 p= 0,00
Administrativos Alta exposición emocional	F (2,46)=0,49 p= 0,62	F (2,46)=2,68 p= 0,08	F (2,46)=1,54 p= 0,23
Administrativos Alta responsabilidad	F (2,113)=3,53 p= 0,03	F (2,113)=8,43 p= 0,00	F (2,113)=3,83 p= 0,03
Docentes de educación formal	F (17,503)=5,84 p= 0,00	F (17,503)=4,24 p= 0,00	F (17,503)=2,56 p= 0,00
Docentes de educación informal	F (1,69)=0,00 p= 0,95	F (1,69)=0,60 p= 0,04	F (1,69)=3,51 p= 0,07
Fuerzas del orden	F (2,92)=2,43 p= 0,09	F (2,92)=4,51 p= 0,01	F (2,92)=0,75 p= 0,48
Personal de salud	F (2,102)=3,43 p= 0,04	F (2,102)=1,67 p= 0,19	F (2,102)=3,00 p= 0,05
Trabajo de campo alta exposición emocional	F (4,156)=5,53 p= 0,00	F (4,156)=5,13 p= 0,00	F (4,156)=7,24 p= 0,00

***Fuente**: Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional*
***Elaborado por:** elaboración propia*

En el análisis por muestras se encontró asociación estadísticamente significativa entre todas las manifestaciones del Síndrome de Burnout y los subconjuntos administrativos: técnicos, de baja exposición emocional, alta responsabilidad, Docentes de educación formal y los subgrupos de trabajo de campo con alta exposición emocional. Respecto de la manifestación AE y RP, no la presentaron en las subpoblaciones de fuerzas del orden y educación informal; en tanto que DP tampoco estuvo en el subgrupo del personal de salud. El personal administrativo con alta exposición emocional no reveló asociación con ninguna manifestación.

En la comparación de centros de trabajo, los datos mostraron que existieron diferencias estadísticamente significativas para las 3 manifestaciones en casi todo el

personal administrativo, educadores formales y los trabajadores en campo con alta exposición emocional; los educadores informales, fuerzas del orden y personal de salud la evidenciaron solo con una de ellas (RP, DP, AE respectivamente). Entre educadores formales e informales, se encontró que ambos grupos presentaron diferencias significativas en las tres subescalas. Los Docentes y Psicólogos del mismo centro educativo no tuvieron diferencias. Mientras que en el personal con alta exposición emocional -Administrativo y de campo- se observó diferencias para DP y RP.

Dentro de los parámetros de ubicación geográfica y tamaño poblacional se compararon a los centros educativos formales, se obtuvieron diferencias significativas para colegios medianos y grandes con AE y DP; entre los pequeños y los grandes la diferencia radicó en AE; y respecto de los colegios pequeños y medianos, se encontró en DP. Sobre la ubicación geográfica se observó que los colegios del centro con los del norte tuvieron diferencias significativas para AE, estos últimos con los ubicados al sur las manifestaron en AE y RP, estos a su vez con los del centro en RP y con los de los valles en DP.

Se realizaron 12 actividades de promoción de la salud mental en el año posterior a la medición inicial, en cada centro de trabajo, la captación fue del 82,48%, se tuvo un absentismo promedio de 2,10 actividades perdidas, las cuales correspondieron en su mayoría a personal de alta responsabilidad por reuniones de trabajo y fuerzas del orden por atención de emergencias. Se realizaron 52 pausas activas en cada departamento, las cuales tuvieron una asistencia de 70,29%, con un promedio de 15,45 de pausas perdidas, entre los motivos de absentismo se añadieron: falta a la jornada laboral y comisión de actividades fuera de las instalaciones, entre las más importantes.

De los 1025 casos para derivación se tuvo que solo el 73,30% aceptó la consulta psicológica, de estos el 48,83% tuvo el alta pero no acudió a la cita de seguimiento, adicionalmente un 4,08% acudió también a la cita de seguimiento; el 24,23% tuvo un tratamiento inconcluso de 5 o más citas, el 9,64% tratamiento inconcluso menor a 5 citas y existió un 13,23% de abandonos en el psicodiagnóstico. Las derivaciones rechazadas pertenecieron en su mayoría a las personas con una sola manifestación en riesgo alto, quienes desestimaron la necesidad de intervención psicológica.

Los grupos de apoyo organizados no tuvieron mayor acogida, el rechazo fue de 65,02% -a decir de los trabajadores invitados- estos implicaban una mayor inversión de tiempo que generaría acumulación de trabajo que difícilmente se podría cumplir en el tiempo asignado, o dificultades con autoridades y/o compañeros de trabajo por la frecuente interrupción de la jornada laboral; sin embargo, el 2,60% de los asistentes culminaron y el 32,39% acudió a un promedio de 2 sesiones.

Sobre la atención médica se tuvo que el 58,71% de los casos que acudieron a consulta psicológica fue derivado por presentar sintomatología somática y/o comorbilidad; sin embargo, de estos sólo el 89,05% asistió a la consulta, el resto ya se encontraba en tratamiento particular para sus enfermedades. Se realizaron interconsultas de especialidad en el 37,83% de los casos: el 81,25% para Fisioterapia, 11,25% para Gastroenterología, 4,38% para Psiquiatría y 3,13% para Cardiología.

Los diagnósticos recibidos por los pacientes atendidos fueron los siguientes:

Tabla Nº 2
Diagnósticos médicos recibidos por los pacientes derivados del servicio de Psicología

Diagnósticos Médicos	Código CIE 11	Porcentaje
Dolor musculoesquelético secundario crónico	MG30.3	6,62
Contractura muscular	FB32.4	24,11
Síndrome de intestino irritable	DD91.0	4,26
Gastritis	DA42	10,64
Trastorno depresivo episodio único grave sin síntomas psicóticos	6A70.3	0,71
Dependencia del alcohol, consumo actual continuo	6C40.20	0,71
T. Ideas delirantes	6A24.0	0,24
Diabetes tipo 2	5A11	12,06
Obesidad	5B81.01	2,60
Hipertrigliceridemia	5C80.1	8,51
Cefalea tensional episódica frecuente	8A81.1	15,13
Migraña sin aura	8A80.0	1,18
Hipertensión arterial	BA04	6,38
Enfermedad cardíaca hipertensiva	BA01	0,47
Miocardiopatía isquémica	BA51	0,24
Arterioesclerosis coronaria	BA80	0,47
Otros		5,67

***Fuente**: Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional*
***Elaborado por:** elaboración propia*

En la muestra estudiada, el 30,73% de los diagnósticos perteneció al sistema osteomuscular (dolor musculoesquelético y contractura muscular), seguido del 23,17% concernientes al sistema endocrino-metabólico (diabetes, hipertrigliceridemia y obesidad), 16,31% correspondió al sistema nervioso (cefalea y migraña), 14,89% al sistema digestivo (gastritis y síndrome de intestino irritable), 7,57% al sistema cardiovascular (hipertensión, cardiopatías hipertensiva e isquémica y arterioesclerosis coronaria) y el 1,65% a desórdenes mentales que requirieron atención psiquiátrica (depresión mayor, dependencia del alcohol e ideas delirantes).

En el retest se pudo observar de forma global una significancia asintótica de 0,00 para un $\chi 2$ de 492,23 con 5 grados de libertad, en la medición por subescalas se obtuvieron los siguientes datos: AE (Z= -8,82; p=0,00), DP (Z= -9,50; p=0,00) y RP (Z= -14,92; p=0,00) siendo RP en la que mayor diferencia se encontró, seguida por DP; por tanto, existió un descenso significativo en las manifestaciones del Síndrome de Burnout posterior a las intervenciones realizadas. Adicionalmente se realizó la comparación entre campos de trabajo encontrándose lo siguiente:

Tabla Nº 3
Prueba de contraste de hipótesis según el tipo de personal

Personal		WILCOXON AE antes - AE después	DP antes - DP después	RP antes - RP después
Administrativos Técnicos	Z	-1,69	-1,56	-10,01
	Sig. asintótica (bilateral)	0,09	0,12	0,00
Docentes de educación formal	Z	-2,50	-4,02	-4,72
	Sig. asintótica (bilateral)	0,01	0,00	0,00
Docentes de educación Informal	Z	-2,50	-4,02	-4,72
	Sig. asintótica (bilateral)	0,01	0,00	0,00
Músicos	Z	-1,54	-3,91	-4,53
	Sig. asintótica (bilateral)	0,12	0,00	0,00
Personal de salud	Z	-7,00	-6,84	-5,72
	Sig. asintótica (bilateral)	0,00	0,00	0,00
Personal de ventas	Z	-3,38	-4,31	-4,16
	Sig. asintótica (bilateral)	0,00	0,00	0,00

***Fuente**: Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional*
***Elaborado por:** elaboración propia*

En el análisis por tipo de personal se evidenció que en su mayoría los resultados del retest tuvieron significancia estadística, el grupo de trabajo con mayor impacto positivo en la realización profesional fue “Administrativos Técnicos”, mientras que, para la despersonalización y el agotamiento emocional, el personal de salud; los casos cuya reducción no tuvo significación fueron: “Administrativos Técnicos” en AE, DP y los Músicos para AE.

DISCUSIÓN

Este estudio mostró que la manifestación que más se presentó fue la realización profesional en nivel de alto riesgo, siendo que este concepto está mediado por variables individuales del personal, así como por condiciones de trabajo psicosociales relacionadas con las características de liderazgo, reconocimiento, oportunidades de desarrollo, entre otras, resulta necesario ampliar las intervenciones a fin de poder mejorar estas condiciones de trabajo y que de esta forma el impacto sea mayor en beneficio de la salud de los trabajadores.

La ausencia de diferencia estadísticamente significativa entre grupos de las mismas actividades y características puede significar que no son los centros de trabajo los que la marcan sino más bien las características de su campo de trabajo, en cambio que su presencia invita a investigar las características de liderazgo, recursos laborales, mecanismos de control y apoyo social del que disponen a fin de verificar el modelo teórico al que más se apegan este tipo de poblaciones.

En el análisis por tamaños de centros educativos no existieron diferencias en RP, lo que puede deberse a que el desgaste obedece a otras variables no estudiadas como la carga de trabajo (número de estudiantes asignados por docente), actividades extracurriculares (programas complementarios que deben implementar por exigencia de las autoridades rectoras), los estilos de liderazgo y el maltrato recibido por parte de algunos padres de estudiantes, situaciones que han sido manifestadas por los sujetos que acudieron a tratamiento.

A pesar de que existió asociación significativa entre la ubicación geográfica de las instituciones educativas con el síndrome de burnout, se considera necesario añadir otros criterios de investigación tales como: distancia desde el centro de trabajo al hogar, del centro de trabajo hacia los órganos rectores e instancias de capacitación, medios de transporte usados para el traslado, condiciones ambientales como el estado de la infraestructura de los centros y niveles de delincuencia en los alrededores, entre otros que podrían estar incidiendo.

Las fuerzas del orden, reciben formación y refuerzo frecuente sobre el manejo de crisis y emergencias, lo cual incluye el control de sus propias emociones en estas circunstancias, factores que pueden estar contribuyendo a que este tipo de personal se mantenga en niveles bajos de afectación; sin embargo, sería importante complementar el presente estudio con las formas de catarsis utilizadas por este grupo poblacional y comparar si se mantienen los mismos valores hacia el final de sus carreras.

El 52,90% de los casos concluyeron el tratamiento psicológico con o sin cita de seguimiento, lo cual confirma lo encontrado por Castillo, Pérez-Testor y Aubareda (1996) respecto de la cantidad de sesiones en las que se mantiene adherencia al tratamiento. Sobre la deserción en psicoterapia se encontraron porcentajes menores a los señalados por Walitzer, citado por Barriga (2012), lo cual hace pensar que hubo mayor conciencia de la enfermedad, mejor establecimiento de la relación terapéutica, rapport y mejor uso de técnicas, lo cual podría ser confirmado a través de la aplicación de una encuesta de evaluación de satisfacción de los usuarios.

Resulta muy arriesgado aseverar la mejoría por cantidad de sesiones, más aún desconociendo las causas del abandono terapéutico, en el presente estudio esta se asumió en función de los registros de evolución de los pacientes con abandono superior a 4 citas (24,23%). Existen diversidad de causas para la deserción en psicoterapia que obedecen a factores ambientales, del paciente y de la relación terapéutica, por lo que resulta necesario complementar esta investigación con dichos parámetros, a fin de poder tener resultados más concluyentes.

El 93,38% de los diagnósticos médicos recibidos, coincide con los estudios que ya han comprobado la relación entre estos con el estrés crónico y con el síndrome objeto de esta investigación ya sea como causa o agravante de condiciones preexistentes (Travers Ch, Cooper CL., 1997) tales como: hipertensión (Nogareda, 1994), isquemia (Ramachandruni S. et al., 2006); cefalea (Cathcart et al., 2010), migraña (Hedborg et al; 2011), problemas musculoesqueléticos (Herin et al., 2011), (Mehrdad et al., 2010), síndrome de intestino irritable (Rivas, Landaeta, Gil y Ramírez, 2009), alteraciones de glucemia y lipemia (Kyriacou, 2003), enfermedad cardiovascular (Belkic, K., Landsbergis, P.A., Schnell, P.L. y Barker, D., 2004), depresión y ansiedad (Shirom, 2003).

El análisis desagregado por combinaciones de manifestaciones permite la planificación e implementación de actividades más específicas en los subgrupos de trabajo estudiados, toda vez que se puede enfatizar en las características

presentadas, resultando de esta manera más oportunas, lo cual fue tomado en cuenta para el programa aplicado antes del retest. Se obtuvo la disminución del síndrome de burnout en la mayoría del personal sujeto de evaluación posterior, esto muestra el efecto inicial que tuvieron las acciones de promoción de la salud mental y el tratamiento propuesto para la problemática.

Respecto de los otros sectores comparados, es necesario conocer qué condiciones de trabajo comparten, incrementar y homogenizar la muestra en cantidad, características, centros y tiempo de trabajo en ellos y otras variables sociodemográficas intervinientes a fin de ampliar el entendimiento de lo encontrado, poder extrapolar los resultados a la realidad nacional y proponer medidas conjuntas para su prevención con los departamentos de talento humano, normadas desde su órgano rector.

Los riesgos psicosociales, así como las enfermedades relacionadas con el trabajo, deben ser abordadas conjuntamente desde la perspectiva de la psicología industrial como de la clínica, a fin de asegurar a los trabajadores una atención personalizada y maximizar la calidad del servicio prestado. La intervención del síndrome de burnout sostenida en el tiempo (Hätinen, M. et al. 2004), tanto para su prevención como para su tratamiento, genera un impacto positivo en la salud de los trabajadores y en la entidad laboral por lo que se recomienda la implementación de programas preventivos de forma permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aranda, C., Pando, M., y Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México.

Barriga P. (2012). Abandono del tratamiento Psicoterapéutico en el área de Consulta externa del Hospital Psiquiátrico “San Lázaro”. (Tesis de grado). Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas.

Belkic, K., Landsbergis, P.A., Schnell, P.L., y Barker, D. (2004). Is Job strain a major source of cardiovascular disease risk? Scand Journ Work Environ Health (30) 2, 85-128. /

Castillo, J., Pérez Testor, S., y Aubareda, M. (1996). El abandono de los tratamientos psicoterapéuticos. Revista Clínica y Salud. Investigación empírica en Psicología. 1996. Año 7. Vol. 7. Nº 3.

Cathcart, S., Petkov, J., Winefield, A. H., Lushington, K., y Rolan, P. (2010). Central mechanisms of stress-induced headache. Cephalalgia. 2010, 30, 285. doi: 10.1111/j.1468- 2982.2009.01917.x.

Fidalgo Vega, M. (Sin Fecha). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo INSHT. Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España.

Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Editorial Síntesis. (p. 107).

Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., y Aro, A. (2004). Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health. Journal of Occupational Health Psychology, vol. 9, nº3, 220-237.

Hedborg, K., Anderberg, U. M., y Muhr, C. (2011). Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance. Ups J Med Sci. 2011, 116, 187-99. doi: 10.3109/03009734.2011.573883.

Herin, F., et al. (2006). Links between nurses’ organisational work environment and upper limb musculoskeletal symptoms: Independently of effort–reward imbalance! The ORSOSA study, Pain, 2011, 152, 2006-15. doi: 10.1016/j.pain.2011.04.018.

Hillhouse, J., Adler, C., y Waltwers, D. A. (2000). Simple model of stress, burnout, and symphtomatology in medical residents: A longitudinal study. Psychol Health Med. 2000, 5(1),63-73.
Kyriacou, Ch. (2003). Antiestrés para profesores. Barcelona: Ediciones Octaedro
Manassero, M., et al. (2003). Burnout en la enseñanza: Aspectos atribucionales. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2005, Volumen 21, n.º 1, 2, 89-105.
Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Revista de Comunicación Vivat Academia, Septiembre 2010, Año XIII, nº 112, 42-80.
Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory: Manual (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press
Matteson, M. T., e Ivancevich, J. M. (1987). Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
Mehrdad, R., Dennerlein, J., Haghighat, M., y Aminian, O. (2010). Association between psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Iranian nurses. Am J Ind Med. 2010, 53. 1032-9. doi: 10.1002/ajim.20869.
Ministerio del Trabajo de Ecuador. (2017). Guía para la implementación del programa de prevención de riesgos psicosociales.
Nogareda, S. (1994). NTP 355: Fisiología del estrés. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo INSHT. Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España.
Organización Mundial de la Salud. (2018). Clasificador Internacional de enfermedades 11.a revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. Recuperado de https://icd.who.int/es
Oviedo H., y Campo-Arias A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 34, No. 4, Bogotá Sep./Dec. 2005.
Potter, B. A. (1998). Overcoming Job Burnout: How To Renew Enthusiasm For Work. Ronin Publishing, Inc., Berkeley, California. (pp. 189-197).
Ramachandruni, S., et al. (2006). Mental stress provokes ischemia in coronary artery disease subjects without exercise or andenosine induced ischemia. Journ Am Coll Cardiol 2006, 47 (5), 987-91.
Ramos, F. (1999). El Síndrome de Burnout. Madrid: Klinik, S.L.
Ranchal. A., y Vaquero, M. (2008). Burnout, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado. Med Segur Trab 2008, Vol LIV Nº 210, 47-55.
Rivas, A., Landaeta, Y., Gil, C., y Ramírez, Z. (2009). Prevalencia del síndrome de intestino irritable y la relación del estrés laboral con esta patología en los médicos especialistas de dos centros hospitalarios y uno imagenologico de Maracay edo Aragua. Venezuela 2008. Gen, 63(3), 177-181.
Shirom, A., y Ezrachi, J. (2003). On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety. Anxiety Stress. Copin. 2003,16(1),83-99. Recuperado de https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1061580021000057059
Travers, Ch., y Cooper, C. L. (1997). El estrés de los profesores. La presión en la actividad docente, Barcelona: Editorial Paidos.

REVISTA CIENTÍFICA RETOS DE LA CIENCIA
http://retosdelacienciaec.com
mcrevistas@gmail.com

julio - diciembre 2021
Vol. 5, No. 11
e-ISSN: 2602-8247

EL ESTRÉS Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

STRESS AND ALCOHOL CONSUMPTION DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Wilson Lenin Andrade Chauvin[1]

Recibido: 2021-02-12 / **Revisado**: 2021-04-02 / **Aceptado:** 2021-05-10 / **Publicado:** 2021-07-01

Forma sugerida de citar: Andrade-Chauvín, W. L. (2021). El estrés y el consumo de alcohol durante la pandemia de la COVID-19. *Retos de la Ciencia*. 5(11), pp. 13-24.

RESUMEN

EL presente trabajo describe la relación existente entre el estrés y el consumo de alcohol, durante el periodo de confinamiento social producto de la pandemia de la COVID-19. Se parte de que existe un incremento de estrés que incita al consumo de alcohol, en la población entre los 18 a 55 años. El confinamiento social es un contexto estresante que conlleva el incremento del estrés transformándose este en el estrés postraumático, el confinamiento se aplicó para prevenir el contagio masivo del nuevo virus, después de que la Organización Mundial de la Salud recomienda la aplicación de normas de bioseguridad para la enfermedad. Se realizó la recopilación de 47 artículos académicos publicados en el año 2020, desde el mes de marzo 2020, hasta el mes de noviembre 2020, En los resultados se encuentra que del mes de marzo al mes de abril hubo un aumento del consumo de alcohol, como automedicación en situaciones de estrés como una medida para relajarse y tranquilizarse, esto se dio más en mujeres, y personal de salud y que para los meses posteriores mayo a junio, disminuye el consumo de alcohol.

Palabras clave: covid-19, estrés, consumo de alcohol, confinamiento social, salud mental.

ABSTRACT

This work describes the relationship between stress and alcohol consumption during the period of social confinement established because of the COVID-19 pandemic. It starts from the premise that there is an increase in stress that encourages alcohol

[1]Especialista en Atención Primaria en Salud. Estudiante de la Maestría en Intervención Psicológica en Salud de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador. Ecuador. Fucionario del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha. Ecuador. Email: wlandrade@uce.edu.ec / ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2314-9695

consumption among the18 to 55-year-old population. Social confinement constitutes an environment that contributes to raising stress levels, leading to post-traumatic stress disorder. This measure was applied to prevent the massive spread of the new virus, after the World Health Organization issued biosafety and disease control guidelines. A compilation of 47 academic articles published between March 2020 and November 2020 was carried out. The results show that from March to April there was an increase in alcohol consumption as a measure of self-medication to relax and calm down during this stressful situation, and that this was more prevalent among women and health personnel, whereas for the following months - May to June - alcohol consumption decreased.

Keywords: covid-19/ stress/ alcohol consumption/ social confinement/ mental health.

INTRODUCCIÓN

En la pandemia se está pasando por el denominado trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por conductas de evitación, y síntomas de hiperalerta al acontecimiento traumático. Según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) el (TEPT, 6B-40), está asociada con el miedo y la ansiedad, que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes, como en el caso de un desastre. Estos eventos emocionales producto de cambios visibles como el encierro, alteración de rutinas, y la muerte repentina de familiares y amigos. los síntomas más frecuentes en la pandemia fueron el miedo, frustración, temor al contagio, inhibición de las relaciones sociales, las personas manifiestan estados de ánimo bajos, abatimiento o pérdida del placer, perdida de motivación, sentimiento de culpabilidad excesiva, pensamientos persistentes de inutilidad, baja en el rendimiento, poca concentración. Estos síntomas persisten a lo largo del tiempo, afectando la capacidad para tomar decisiones, produciendo pensamientos en relación a la enfermedad, ideas que ellos o su familia morirán, ideas suicidas o intentos de autolisis, de estos cinco síntomas o indicadores ya se presume depresión.

El objetivo del presente estudio es describir la relación existente entre el estrés y el consumo de alcohol, durante el confinamiento en la pandemia de la COVID-19; para lo cual, en primera instancia, se aborda la variable “estrés”; seguidamente, la variable “alcohol” y su consumo durante la pandemia, degenerada por el confinamiento de la COVID-19.

Después un año de ocurrido este evento la sintomatología psicológica persiste produciendo el deterioro funcional y cambiado significativamente la salud mental de las personas siendo el estrés el de mayor incidencia, al cabo de 12 meses de restricciones y confinamiento, podemos observar que los protocolos de bioseguridad como la aplicación de desinfectantes y alcohol tópico también son un medio productor de estrés constante, pero ya más soportables, que a su vez son reforzadores de los niveles de TEPT, hay que tomar en cuenta que pasado el evento traumático, aparentemente puede presentarse la recuperación completa del TEPT, pero estudios realizados por Álvarez, (2020), exponen que la sintomatología psicológica producto de esta enfermedad puede durar hasta un periodo de cuatro años, además que el grado de afectación de un agente estresor puede estar asociado a los síntomas, pero el nivel de afectación no necesariamente se relaciona con el nivel de TEPT, es decir, que el elemento estresor puede llegar a ser más

interpersonal cuando es producto de violencia o provocado intencionalmente por el hombre, o por la duración del evento. Según Carvajal, (2002), en este caso el cautiverio pasa a ser un agente estresor fuerte que obliga a cambiar las rutinas diarias, y la vida normal se altera produciendo un nivel de estrés elevado, según Cohen (2020) puede ser comparado a los producidos en las guerras, donde se presenta altos niveles de ansiedad, a su vez Lei (2020), refiere que el (TEPT) puede ser considerada como una emergencia de tipo catástrofe, o ataque terrorista donde se presenta este tipo de sintomatología, es cierto que no hemos sufrido una guerra o catástrofe natural o hechos de violencia, pero para la mente humana el encierro y falta de relación social produce la misma sintomatología relacionada con la ansiedad, depresión, alterando su entorno, mientras que Álvarez (2020), también refiere que se lo podría considerase a la Covid-19 como un bio-desastre por las características psicológicas que presenta, la población en general altero y cambio sus rutinas, y la salud mental debe ser tomada en cuenta en los planes de salud, Ahmad, (2020) indica que es necesario crear y fortalecer las redes de apoyo psicológico, capacitar a las personas en como sobrellevar el confinamiento, y el manejo del estrés postraumático mejorando las intervenciones de los psicólogos en la comunidad, mientras dure la pandemia, el grupo más afectado siempre va a ser los de primera línea en especial el grupo de atención directa, según Chodkiewicz, (2020) es el personal de salud que está sobreexpuesto al sufrimiento, al dolor y están en constante estrés que puede llegar hasta el 60%. El grupo más vulnerable es de las mujeres, en especial las enfermeras, esto dio por estar diariamente trabajando con pacientes Covid positivos, y el riego de contagio permanente.

Hans Selye introdujo y popularizó el concepto de estrés en 1936 como una idea científica médica, separando la sintomatología física de la psicológica con su teoría del síndrome de adaptación general *Selye* (2008) el estrés es una de las reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción OMS, (1994), esto también refiere Lazarus y Folkman, (1984) Considerado esto, el estrés sería un estímulo que permite accionar a una persona que necesita sobrevivir y responder de manera coherente a su entorno. Pero en el caso de esta emergencia sanitaria mundial sobrepasan los niveles de afrontamiento, al estar frente a una sobrecarga de tensión que de hecho repercute en el organismo provocando enfermedades físicas como mentales que impiden el normal desarrollo y funcionamiento de la persona, el estrés normal o rutinario se controla por medio de actividad física, factores de protección como la familia, reuniones sociales, la danza, la música, los cuales, ayudan a liberar descargar la tensión, las enfermedades somatizadas a partir del estrés pueden ser desde una simple gripe o resfrió una gastritis, inflamaciones en garganta, bronquios, cefaleas, dolor de cabeza, y problemas de insomnio, estos se presentan al no existir la resiliencia necesaria para afrontar las tensiones externas. La percepción de riesgo en relación a la enfermedad produce respuestas exageradas con una cimentación de patologías relacionas al miedo, y angustias propias del estrés post traumático, para el tratamiento es necesario el uso de medicación y psicoterapia siendo la terapia cognitiva conductual la que ayuda en afrontamiento de problemas, mientras que las técnicas de relajación pueden apoyar a la recuperación.

En relación con el consumo de alcohol en el Ecuador ha existido desde tiempos remotos, ha constituido en cierta medida uno de los principales medios dinamizadores de la interrelación social y particularmente religiosa. Es decir, el alcohol ha acompañado al ser humano a lo largo de su vida, imponiéndose como un

elemento identitario o cultural. De ahí que, las personas han aprendido a vivir en medio de una sociedad con altos consumos de alcohol, lo cual, emerge como una problemática con graves consecuencias, a pesar de su amplia aceptación social. Más allá de la costumbre de consumir bebidas alcohólicas, son varias las razones por las que un individuo recurre a tal situación, entre otras, se pueden mencionar problemas familiares, económicos, sociales y psicológicos.

El alcoholismo es una enfermedad de salud pública muy peligrosa con altos porcentajes de muerte, costos económicos que afectan a la familia, la sociedad y al Estado, las muertes por alcohol en el mundo superan los 3.000.000 de personas al año, en especial hombres. (OMS) 2016.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2018), en todo el mundo el alcohol fue la causa de 7,2% de muertes prematuras en las personas de 69 años y menores, y el 13,5% de las muertes entre los 20 y 39 años se estima que 1.000.000 de muertes fueron atribuibles al alcohol, 370 mil por el tránsito de los cuales el 50% fueron acompañantes , 150 mil, por autoagresión y 90 mil por violencia interpersonal, del 2008 hasta al 2018, se ha tratado de imponer a los países el manejo, tratamiento y disminución del consumo de alcohol, por medio de políticas nacionales en las se firmaron acuerdos entre naciones para la prevención y reducción del consumo de alcohol que produce consecuencias para la salud o el ámbito social denominado consumo nocivo, mientras que la página de medición de estadísticas mundial worldometers.info refiere que hasta diciembre del 2020 indica que el alcohol en todo el mundo causa 1,8 millones de muertes en el año, (3,2% del total) y 58,3 millones (4% del total) de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Las lesiones no intencionales por sí solas representan alrededor de un tercio de los 1,8 millones de muertes, mientras que las afecciones neuropsiquiátricas representan cerca del 40% de los 58,3 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad. El consumo de alcohol está asociado con varias enfermedades digestivas, cardiacas, cáncer y afecta al sistema inmunológico disminuyendo, lo que se relaciona directamente con el riesgo de contagio de la COVID-19.

La Covid-19 fue identificada el 31 de diciembre de 2019, en China, avanzando rápidamente en el mundo llegando al el 19 de febrero del 2020 a ser considerada una pandemia 2020 se exhorta a todos los países a que deben estar preparados para la contención, incluida la vigilancia activa, esta enfermedad ha producido en el mundo 135,309,534 millones de contagios, 2,928,739 millones de fallecimientos, 108,867,931millones de recuperados hasta 9 de abril 2021, además la OMS sugiere la detección temprana, el aislamiento y el manejo de casos, el rastreo de contactos, la prevención de la propagación de la infección y manejo de problemas de salud mental en la comunidad por medio de la capacitación comunitaria en Primeros Auxilios Psicológicos (PAS).

La OMS y el Centro de Control de Enfermedades (CDC), refieren a su vez que son más susceptibles a contagiarse, al igual que las personas tercera edad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, pulmón crónico, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y enfisema. El Ministerios de Salud Pública del Ecuador (MSP) informa que 86% de las personas vulnerables fallecen por la COVID-19. Actualizando la información según la página worldometers.info desde 1 enero a 3 marzo 2021 la cantidad de muertes por alcohol llega a 472300 personas.

METODOLOGÍA

Este estudio es de diseño documental, exploratorio en el marco de una investigación cualitativa en la que, se valoró los criterios de convergencia metodológica indagados y emergentes, producto del análisis de los datos teóricos presentados por diversos investigadores.

Se analizó total de 36 artículos, partiendo de una primera revisión en la que encuentra 607 artículos sobre alcohol y la COVID-19 en una segunda búsqueda se encuentra 233 artículos sobre cuarentena y la COVID-19 y una búsqueda final se encuentran 53 artículos, de los cuales como se indicó anteriormente se escogió 36 artículos, de los mismos que se obtuvo datos cualitativos y de 12 artículos datos cuantitativos que versan sobre estrés y el consumo de alcohol, en confinamiento. Estos trabajos fueron publicados en el año 2020, entre los meses abril y octubre.

Además, es importante recalcar que las investigaciones fueron realizadas en condiciones diferentes por las prohibiciones vigentes en cada región del mundo a causa de la pandemia como son las aglomeraciones y actividades sociales o laborales que les obligó a todos los investigadores que se aplique encuestas online, que de hecho excluye a un grupo de la población que no cuenta con servicio de internet y herramientas tecnológicas.

RESULTADOS

Al revisar los datos sobre la presencia de estrés en la población objeto de estudio, aprecia que 3 de cada 10 sujetos manifiestan tener estrés, como se observa en la tabla 1. Estos datos resultaron de la investigación de varios autores.

Tabla 1:
Presencia de estrés

	N= 21935	%
	¨Presencia de estrés	
Si	7352	33,52
No	14583	66,48

Nota: Este cuadro es la sumatoria de varios autores: Newby, Chodkiewicz, Neil, Lee, Staton, Sidor, Walker, Rodríguez, Rolland, marzo a mayo, 2020

Tabla 2:
Datos de estrés según investigadores

	Casos	Estrés	%
Newby	5070	3245	64%
Krammer	100	41	41%
Neill	5158	762	14,70%
Lee	775	571	73,60%
Stanton	1491	143	14%
Sidor	1097	472	43%
Wang	6213	839	13,50%

Rodríguez	774	387	50%
Conejero	1257	892	70,96%

Nota: Datos de estrés de autores que aplicaron encuestas online: Newby, Krammer, Neill, Lee, Staton, Sidor, Wang, Rodríguez, Conejero, marzo a mayo, 2020

De marzo a mayo del 2020 de acuerdo con Newby, Krammer, Neill, Lee, Staton, Sidor, Wang, Rodríguez, Conejero, investigadores que indican que existió aumento estrés según se puede observar. El aumento de estrés durante los primeros meses de la pandemia tendría relación con el aumento del consumo de alcohol como automedicación para el control de la sintomatología del estrés este dato seria proporcional al consumo.

El consumo de alcohol a nivel mundial, en el año 2016 fue en el 57%, mientras que durante la pandemia según el promedio de la tabla N° 3, de marzo a mayo, 2020, llego al 43%, los autores Newby, Chodkiewicz, Lee, tienen porcentajes sobre el 70%, como se observa en la tabla N° 4, según estos datos podemos observar que existe una disminución del consumo de alcohol durante la pandemia.

Tabla 3:
Consumo de alcohol al inicio de la pandemia

	N= 27674	%
	Consumo de alcohol	
Si	11988	43,3
No	15686	56,7

Nota: este cuadro es la sumatoria de los siguientes autores que aplicaron encuestas online, Newby, Krammer, Neill, Lee, Staton, Sidor, Wang, Rodríguez, Conejero, marzo a mayo, 2020

Tabla 4:
Datos de estrés según investigadores.

	Casos	C. Alcohol	Porcentaje
Newby	5070	3955	78,01
Chodkiewicz	443	323	72,91
Neill	5158	3162	61,30
Neill	5158	3162	61,30
Lee	775	566	73,03
Stanton	1491	397	26,63
Sidor	1097	160	14,59
Walker	1555	233	14,98
Rodríguez	774	387	50,00
Rolland	11311	2805	24,80

Nota: Este cuadro en relación con el consumo de alcohol según muestras tomadas por los autores por medio de cuestionarios online. Newby, Chodkiewicz, Neil, Lee, Staton, Sidor, Walker, Rodríguez, Rolland, marzo a mayo, 2020.

Se hallo diferencias al comparar los anteriores datos con la socialización del trabajo de Hernández y Rojeab (2020), titulado “Uso de drogas y confinamiento. Análisis de los efectos en el uso de drogas durante la pandemia por la COVID-19 en la ciudad de Quito-Ecuador”, cuyo objetivo fue analizar los cambios en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas antes y después del confinamiento y su relación con los problemas psicosociales derivados de la pandemia, presentan como hallazgos importantes los siguientes:

El uso de drogas lícitas e ilícitas disminuyó en el inició de la pandemia por falta de accesibilidad ya que el confinamiento era más estricto, y no se daban fiestas clandestinas.

El 47% usó drogas ilícitas, el 20% no ha usado drogas (incluido el alcohol) desde el inicio de la pandemia. El 25% tuvo síntomas emocionales, después de un período de abstinencia.

En cuanto al consumo de alcohol, reportan que no sólo ha disminuido la cantidad sino también la frecuencia, antes de la pandemia era del 37%, ahora es del 18% en la opción de 2-3 veces al mes y en la opción de una vez al mes, aumento de 23% a 36% y en el ítem nunca aumento en 20 puntos porcentuales. El uso excesivo, bajo del 56% al 33% y en las mujeres del 20% al 51% de nunca haber consumido en exceso en la pandemia.

El uso de drogas disminuyó de manera general, en el caso del alcohol en 26 puntos porcentuales de 87% a 61%, lo que coincide con los datos presentados a nivel internacional.

Otro estudio que respalda los datos presentados es el de Monteiro (2020) asesora principal para alcohol de la OMS, quien hace una comparación entre 2019 y 2020, con una muestra no probabilística de adultos jóvenes, con sobre representatividad de mujeres, buen nivel educacional, con trabajo y niveles de ganancia entre bajo y mediano-bajo, presenta entre los hallazgos más significativos que el 75.8% de los respondientes reportaron consumir alcohol en 2019 y 63.4% durante la pandemia, siendo que los hombres consumen 31,9% y 24,8% las mujeres, que hubo cambio de consumo para bebidas más fuertes; siendo que la más prevalente fue todavía, la cerveza; que los grupos con menor ganancia consumieron menos alcohol, pero tuvieron mayor prevalencia de emociones negativas frecuentes; y finalmente que altos niveles de consumo episódico excesivo (CEE) reportados en los dos periodos de la encuesta, la gran mayoría de las personas no busca ayuda y una pequeña parte intenta reducir su consumo por cuenta propia.

El consumo de alcohol al comienzo de la pandemia tuvo una correlación importante con la presencia de estrés, provocado por el desconocimiento de La COVID-19, de alta transmisión, y baja letalidad, que obliga a las autoridades sanitarias y de emergencia a tomar medidas extremas de bioseguridad y el confinamiento masivo.

En la tabla N°5 se presenta un comparativo entre estrés y consumo de alcohol a nivel mundial, este es un resumen de varios autores, tomando en cuenta la ocupación el sexo que permite afirmar que el estrés fue un factor desencadenante para el consumo de alcohol al inicio de la pandemia.

Tabla 5:

Comparativo estrés y consumo de alcohol a nivel mundial

Condición investigada	Alcohol	Estrés

Población general	14,6% a 26,6%	del 23,1% al 41%
Policías	32,4%	18,7%
Personal de salud	23%	45%
Indígenas	55,4%	53,1%
Mujeres	50 %	65 %
Hombres	52 %	45 %
Mujeres embarazadas recluidas	84%	80%
Militares.	26%	26%
Militares con discapacidad	36%	26%
Personas con discapacidad	26%	26%

Nota: *Este cuadro en relación con el consumo de alcohol según muestras tomadas por los autores por medio de cuestionarios online Newby, Chodkiewicz, Neil, Lee, Staton, Sidor, Walker, Rodríguez, Rolland, febrero a junio, 2020.*

Cabe resaltar que los hombres son muy renuentes a responder encuestas por esto los datos más significativos, son de las mujeres. Hernández (2020)**.** Como se observa en la tabla hay una similitud entre el consumo de alcohol y la presencia de estrés, excepto en los policías que el consumo de alcohol es mayor, mientras que en el personal de salud ocurre lo contrario un nivel alto de estrés.

DISCUSIÓN

Es verdad que se produjo un aumento de consumo de alcohol en las primeras semanas de confinamiento Smith (2020) para luego decrecer según avanza el periodo de encierro y permanencia con la familia, según Newby (2020) los dos autores tienen razón al estar una persona confinada y tener niveles altos de estrés el aumento de consumo de alcohol se dio en las primeras semanas pero disminuyo con el tiempo.

Las condiciones del confinamiento son una experiencia traumática, que producen tensiones fuertes y persistentes, que producen una debilitación crónica u estrés continuo (TEPT), que estaría asociado al consumo de alcohol.

Hansel y Columb dicen que mayor tendencia de beber se encuentra en los que ya eran consumidores o adictos al alcohol.

Mientras que, Sacco (2020) cuestiona que los datos obtenidos durante la pandemia no son confiables, por las condiciones en la que fueron aplicadas los reactivos.

En tanto, Caqueo (2020) en sus datos dice que el estrés y el consumo de alcohol son van en paralelo y se ha ido incrementando, de esta manera discrepa de los demás investigadores.

Otros autores nos explican que el consumo de alcohol aumento en las primeras semanas podría estar asociado a la angustia del encierro según Chodkiewicz (2020), mientras que (Shimizu et al., 2000), dice que el confinamiento en estado de emergencia disminuye el consumo de licor, también Hernández (2020), y Monteiro (2020), en sus trabajos revelan de esta disminución.

Por otra parte, el miedo, la angustia, el nerviosismo pasan a ser parte del TEPT, y el consumo de licor podría ser una forma de controlar la angustia y producir tranquilidad. Además investigadores como Krammer (2020), Nerby (2020), Staton (2020), Sidor (2020), Hansel (2020), Chodkiewicz (2020), Lee (2020), Hernández (2020), (Ecuador) lograron llevar a cabo estudios de base poblacional sobre el

estrés y el consumo de alcohol en este año de pandemia por la COVID-19, Hay otras investigaciones (Conejero (2020), Stuijfzand (2020) relacionadas al consumo de alcohol con el miedo, la ansiedad y el estrés, igualmente, según Boscarino, (2006); Lebeaut, (2020), Columb, (2020), Krammer, (2020), Lee, (2020), Sidor y Rzymski, (2020), Wang, (2020), dicen las situaciones generadoras de estrés aumentan el uso de alcohol, mientras que North, (2005); (Shimizu et al., 2000), refieren que el confinamiento puede disminuir en consumo de licor, esto refiere también Hernández (2020), y Monteiro (2020), el pasar recluido provocaron condiciones emocionales de inestabilidad, más los problemas económicos, producto del cierre de negocios, despidos, disminución de sueldos, fue la causa para consumir licores sin marca o artesanales, que podrían ser peligrosos para la salud, según Chick, Smith (2020), Newby (2020), Chodkiewicz (2020), Neill (2020). Por esta razón Anderson et, al (2008) p.23 dice que "Existe una relación casi lineal entre consumo de alcohol y el riesgo de involucrarse en hechos de violencia." Además, que la sintomatología derivada del estrés puede alterar el desempeño del trabajo, Ahmad et al., (2020) confirma que los problemas de ansiedad depresión y estrés post traumático van en aumento. Por consiguiente es necesario estar preparados para la atención psicológica, elemento que fue necesario para dar una primera respuesta emocional a la población general, a esto indica, primero, Cohen, (2008) que generalmente en un desastre el personal de salud, incluidos los psicólogos no está preparados en técnicas de Atención psicológica en emergencias, o Primeros Auxilios Psicológicos (PAS), segundo, Conejero (2020), los trabajadores de la salud mental son reclutados de varias áreas de trabajo y están poco preparados para su labor en emergencias, así tratan de usar los pocos conocimientos sobre manejo de emociones en desastres, trabajando mucho y descansando poco, lo que causa un desgaste, que podría producir a largo plazo también altos niveles de ansiedad, miedo y estrés y tercero, el personal de salud que está sobreexpuesto al sufrimiento y el dolor está en constante estrés, convirtiéndose en el grupo más vulnerable. Chodkiewicz et al., (2020), Navarro (2020).

CONCLUSIONES

La deserción en la educación superior es un fenómeno con varias aristas, abordado desde la socioformación, busca erradicarla por medio del fortalecimiento de espacios de diálogo, emprendimiento, calidad de vida, con un sentido de pertenencia mediante la gestión, el empoderamiento y el trabajo colaborativo que conlleven a una calidad académica y a la disminución progresiva del rezago académico, aumentando la tasa de eficiencia terminal con políticas que involucren los procesos de tutoría, en atención a cada individuo con sus particularidades, generalidades.

La retención socioformativa se centra en la persona que se desea formar, el emprendedor, y en el entorno que la rodea, pues involucra un conjunto de acciones a lo largo de la carrera universitaria que da inicio desde el proceso de admisión, acompañamiento y seguimiento con base en la nivelación académica, acogida y apoyo.

La deserción en la educación superior, es un problema que afecta a países en vías de desarrollo y a países desarrollados, considerándose un problema mundial, sin embargo las instituciones con sistemas de admisión más exigentes presentan

menores proporciones de deserción, para disminuir las tasas de deserción y rezago académico desde la socioformación se recomienda implementar estrategias socioformativas que aborden procesos de acompañamiento, seguimiento y tutoría académica y de titulación en el que se involucre un estudio asociando variables académicas, institucionales, económicas, sociales y personales de los estudiantes.
Las limitaciones propias de estar en un momento histórico, suigéneris y único que no ha permitido el normal desarrollo de las actividades y causo una crisis en todos los ámbitos, provocando la subestimación o sobrestimación de la prevalencia de estrés y del consumo de alcohol, al no poder contar con estudios poblacionales amplios.

Los datos obtenidos en este articulo fueron tomados de estudios realizados en los primeros meses de la pandemia donde no se contaba con datos concluyentes.

El consumo de alcohol es directa e inversamente proporcional al avance de la pandemia.

El inicio del confinamiento produjo una crisis existencial, la misma que altera la afectividad y emotividad produciendo inestabilidad y ansiedad, lo que a su vez provoca un aumento de consumo de alcohol en los dos primeros meses de encierro.

El confinamiento con la familia es un elemento protector del consumo de alcohol.

El estrés post traumático, compuesto de ansiedad, depresión, crisis de angustia, falta de sueño, según Newby, Lee, Conejero y Monteiro, se mantiene durante la pandemia.

RECOMENDACIONES

Es necesario y obligatorio que los Estados y los Ministerios de Salud, aprovechen los hallazgos encontrados para que mejoren su política pública para mejorar la salud de la población y estar preparados, para otra emergencia sanitaria. Por tanto, se propone

Capacitar a la población y personal de salud como sobrellevar el confinamiento para mejorar los problemas de estrés y angustia, por medio de intervenciones psicológicas en la comunidad.

Contar con psicólogos suficientes para afrontar y apoyar en la salud mental de la población.

Mejorar el sistema de atención de salud mental estatal.

Contar con un plan sistémico para apoyar la salud del comportamiento donde los ciudadanos participen en la prevención. Hansel et al (2020)

Crear y/o fortalecer redes de apoyo psicológico comunitario. Ahmad et al (2020), capacitar al personal de la salud en técnicas de control emocional.

El gobierno, debe cubrir las necesidades básicas en un desastre o pandemia, en especial las emocionales como el estrés creando un entorno de apoyo para las personas que sufren de estrés ya que la afectación psicológica puede superar la capacidad normal de reacción positiva al mismo. El ser humano, requiere de un “comportamiento signado por: responsabilidad, confianza, entusiasmo, estabilidad y equilibrio emocional” (Castillo, 2015. p. 199)

Se requiere más investigación sobre la epidemiología de otros trastornos de salud mental no solamente del estrés, y obtener datos sobre conductas autolesivas, o autolíticas, así como la dependencia de sustancias, es necesario la incorporación

de estrategias de prevención del suicidio en los centros de salud manejados por la autoridad sanitaria, para prevención y reducción de daños.

Las restricciones de los gobiernos en cuanto a la venta de licor y cierre de locales de diversión, no han logrado una disminución importante del consumo de alcohol en actividades psicosociales, y psicoeducativas.

El consumo de alcohol debe ser prevenido especialmente desde la infancia. Los Estados están obligados a dar tratamiento con protocolos, programas, recursos humanos especializados para llevar a los pacientes a su recuperación y minimizar las recaídas.

REFERENCIAS

Ahmad, F., Wang, J., Wong, B., & Fung, W. L. A. (2020). Interactive mental health assessments for Chinese Canadians: A pilot randomized controlled trial in nurse practitioner-led primary care clinic. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, e12400. https://doi.org/10.1111/appy.12400

Álvarez, Leticia Garcia. (2020). ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19? *Abril, 2020*, *32, nº 2 · 2020*(nº 2), PÁGS. 85-89.

Anderson P, Gual A, Colon J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud InformacIones clínIcas básIcas para la IdentIfIcacIón y el manejo de rIesgos y problemas* (O.M.S Maristela Monteiro). Pan American Health Organization.

Boscarino, J., Adams, R., & Galea, S. (2006). Alcohol Use in New York after the Terrorist Attacks: A Study of the Effects of Psychological Trauma on Drinking Behavior. *Addictive behaviors*, *31*, 606-621. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.035.

Castillo-Bustos, M. y Montoya-Rivera, J. (2015). Dinámica ideo-espiritual de la formación estético-pedagógica del docente. Alteridad, 10(2), pp. 190-204.

Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N., & Bilinski, P. (2020). Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic: The Initial Stage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(13). https://doi.org/10.3390/ijerph17134677

Cohen, R. E. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970-2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *25*(1), 109-117.

Columb, D., Hussain, R., & O'Gara, C. (2020). Addiction psychiatry and COVID-19: Impact on patients and service provision. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-5. https://doi.org/10.1017/ipm.2020.47

El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. (s. f.). Recuperado 6 de diciembre de 2020, de https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men.

Hansel, T. C., Saltzman, L. Y., & Bordnick, P. S. (2020). Behavioral Health and Response for COVID-19. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1-7. https://doi.org/10.1017/dmp.2020.180

Krammer, S., Augstburger, R., Haeck, M., & Maercker, A. (2020). [Adjustment Disorder, Depression, Stress Symptoms, Corona Related Anxieties and Coping Strategies during the Corona Pandemic (COVID-19) in Swiss Medical Staff]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *70*(7), 272-282. https://doi.org/10.1055/a-1192-6608

Lazarus & Folkman. (1984). *Estres y procesos cognitivos*. Martinez Roca.

Lebeaut, A., Tran, J. K., & Vujanovic, A. A. (2020). Posttraumatic stress, alcohol use severity, and alcohol use motives among firefighters: The role of anxiety sensitivity. *Addictive Behaviors*, *106*, 106353. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106353

Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, *44*(7), 393-401. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481

Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, *26*, e924609. https://doi.org/10.12659/MSM.924609.

Monteiro, Maristela. (2020, noviembre 11). *Resultados de la encuesta de OPS sobre consumo de alcohol y COVID-19 en la región*. Prevalencia del consumo de Alcohol. https://www.youtube.com/watch?v=V7fMjRXRZ0U&t=1176s

Neill, E., Meyer, D., Toh, W. L., van Rheenen, T. E., Phillipou, A., Tan, E. J., & Rossell, S. L. (2020). Alcohol use in Australia during the early days of the COVID-19 pandemic: Initial results from the COLLATE project. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. https://doi.org/10.1111/pcn.13099

Newby, J. M., O'Moore, K., Tang, S., Christensen, H., & Faasse, K. (2020). Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PloS One*, *15*(7), e0236562. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236562

North, C., Kawasaki, A., Spitznagel, E., & Hong, B. (2005). The Course of PTSD, Major Depression, Substance Abuse, and Somatization After a Natural Disaster. *The Journal of nervous and mental disease*, *192*, 823-829. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146911.52616.22

Shimizu, S., Aso, K., Noda, T., Ryukei, S., Kochi, Y., & Yamamoto, N. (2000). Natural disasters and alcohol consumption in a cultural context: The Great Hanshin Earthquake in Japan. *Addiction*, *95*(4), 529-536. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9545295.x

Sidor, A., & Rzymski, P. (2020). Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. *Nutrients*, *12*(6). https://doi.org/10.3390/nu12061657

Smith, L., Jacob, L., Yakkundi, A., McDermott, D., Armstrong, N. C., Barnett, Y., López-Sánchez, G. F., Martin, S., Butler, L., & Tully, M. A. (2020). Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental wellbeing associated with COVID-19: A cross-sectional study of UK-based respondents. *Psychiatry Research*, *291*, 113138. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113138

Un síndrome producido por diversos agentes nocivos - Selye 10 (2): 230 - J Neuropsychiatry Clin Neurosci. (2008, enero 7). https://web.archive.org/web/20080107091947/http://neuro.psychiatryonline.org/cgi/content/full/10/2/230a

Wang, Y., Duan, Z., Ma, Z., Mao, Y., Li, X., Wilson, A., Qin, H., Ou, J., Peng, K., Zhou, F., Li, C., Liu, Z., & Chen, R. (2020). Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Translational Psychiatry*, *10*(1), 263. https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y

REVISTA CIENTÍFICA RETOS DE LA CIENCIA
http://retosdelacienciaec.com
mcrevistas@gmail.com

enero - junio 2021
Vol. 5, No. 11
e-ISSN: 2602-8247

CONSUMO DE ALCOHOL Y VIOLENCIA EN CONTRA DE LA MUJER EN LA EMERGENCIA SANITARIA DE LA COVID-19

ALCOHOL CONSUMPTION AND VIOLENCE AGAINST WOMEN DURING THE COVID-19 HEALTH EMERGENCY

Victoria Elizabeth Bueno Ayala[1]

Recibido: 2021-02-26 / **Revisado**: 2021-04-24 / **Aceptado:** 2021-05-10 / **Publicado:** 2021-07-01

Forma sugerida de citar: Bueno-Ayala, V. E. (2021). Consumo de alcohol y violencia en contra de la mujer en la emergencia sanitaria de la COVID-19. *Retos de la Ciencia*. 5(11), pp. 25-35.

RESUMEN

El estudio del consumo de alcohol y la violencia contra la mujer en la emergencia sanitaria de la COVID - 19 puso en evidencia la violación de los derechos de la mujer, aún más, dentro del contexto de pandemia. El alcohol es considerado como una bebida social y es una droga aceptada como legal, es más, no es reconocida por el común de la población como droga, por lo que, se ha normalizado su consumo. Sin embargo, estudios realizados a nivel mundial han demostrado un alto índice de mortalidad y de conductas violentas asociadas a la ingesta de la sustancia, los resultados evidenciaron mayor frecuencia de agresión de hombres hacia mujeres. Países a nivel mundial fueron afectados por el virus COVID- 19, con la finalidad de preservar la seguridad de los habitantes, los gobernantes decidieron el confinamiento obligatorio para la población, el permanecer en el hogar incrementó los factores de riesgo en los cuales la seguridad de la mujer se vio afectada; ante esta realidad, instituciones gubernamentales ofrecieron diferentes alternativas de protección, a pesar de eso la cantidad feminicidios aumentaron.

Palabras clave: alcohol, mortalidad, violencia, feminicidios.

ABSTRACT

The study of alcohol consumption and violence against women in the health emergency of COVID 19 revealed a violation of women's rights, even more so, within the context of a pandemic. Alcohol is considered as a social substance and it is a drug accepted as legal, furthermore, it is not recognized by the average person as a

[1]Psicóloga Clínica. Estudiante de la Maestría en Intervención Psicológica en Adicciones de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador Ecuador. Ecuaor. Psicóloga Clínica Ministerio de Salud Publica. Ecuador. Email: vebueno@uce.edu.ec / ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4907-4866

drug, therefore, its consumption has been accepted as a normal behavior. However, studies carried out worldwide have shown a high rate of mortality and violent behaviors associated with the intake of the substance, the results showed a higher frequency of aggression by men towards women. Countries worldwide were affected by the COVID-19 virus, in order to preserve the safety of the inhabitants, public elected officials decided the mandatory confinement of the population, staying at home increased the risk factors in which the safety of woman was affected. Faced with this reality, government institutions offered different safety alternatives, despite of the increased number of femicides.

Keywords: alcohol, mortality, violence, femicide.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el mundo vive una nueva realidad, generada por la situación epidemiológica, a causa de la COVID-19, cuyas siglas hacen referencia a la enfermedad del Coronavirus que se desata en diciembre del 2019 como epidemia y hasta marzo del 2020 con carácter de pandemia, esto movilizó la decisión de los gobernantes a decretar confinamiento para proteger la salud de sus habitantes. Sin embargo, este encierro obligado, visibiliza con fuerza la violencia ejercida contra la mujer presentando datos importantes a nivel mundial y regional; al respecto del confinamiento Lorente (2019), afirma que el encierro crea el ambiente necesario para que se desarrolle cualquier tipo de violencia ya que al estar la victima aislada de su círculo social (familia, amigos, vecinos), el agresor utilizará su poder.

La pandemia ha agudizado los problemas asociados a factores políticos, económicos, laborales y sociales, alterando en mayor proporción el bienestar emocional de la población, y como consecuencia el incremento del consumo de bebidas alcohólicas, lo que puede desatar más actos violentos, ante esto la Organización Panamericana de la Salud OPS (2020), afirma que “el riesgo de la violencia sube cuando los hombres beben copiosamente” (párr. 6).

El presente trabajo, tiene como propósito informar a la población lectora sobre la realidad del consumo de alcohol y la violencia contra la mujer, que ha incrementado durante la pandemia. La interrogante que se plantea es ¿Cuáles son los problemas específicos encontrados en el consumo de alcohol y la violencia contra la mujer durante la emergencia sanitaria de la COVID-19?, el objetivo general es analizar investigaciones llevadas a cabo sobre el consumo de alcohol y la violencia contra la mujer durante la emergencia sanitaria COVID-19; esto debido a la importancia que tiene en la salud y en la seguridad integral de la población.

El presente trabajo es una revisión bibliográfica, que tiene coherencia con la investigación cualitativa, como señala Castillo-Bustos (2021), “Teniendo en cuenta que la investigación cualitativa se desarrolla a partir de la observación directa a las situaciones o fenómenos de estudio o desde la experiencia vivida del investigador en el lugar de los hechos” (p. 54). Para tal efecto, se han utilizado como referencia estudios anteriores a la pandemia respecto al consumo de alcohol y violencia contra la mujer, este estudio previo sirve de precedente para abordar la realidad del consumo y la violencia contra la mujer durante la COVID-19. La información recopilada esta argumentada en la búsqueda de artículos publicados en revistas, artículos científicos, publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), así como experiencias personales

profesionales; al ser un tema actual, existe poca bibliografía, de tal manera que para poder presentar información sobre Ecuador se acudió a la fuente El comercio.

DESARROLLO

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es la ingesta de la sustancia que causa cambios en el organismo a nivel biológico, psicológico, social, y puede poner en peligro la vida del individuo como de terceras personas, sin distinción de la cantidad ingerida, La clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE10 (1990) define al uso nocivo de alcohol, como un patrón de consumo de la sustancia que causa daño a nivel físico y mental (p.305). Comúnmente se observa a personas con problemas conductuales, alteración en los estados emocionales, cambios en las funciones cognitivas superiores como la atención, concentración, memoria, juicio, añadido a esto problemas en la coordinación y el habla, de esta manera existen consecuencias perjudiciales para el bebedor y su entorno, al respecto OMS (2018) refiere: “En el 2016, el consumo nocivo de alcohol causó unos 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en el mundo” (p.8).

El alcohol es la droga más utilizada, su consumo es considerado un problema de Salud Pública y responde a factores multicausales, comúnmente denominados factores de riesgo, entre ellos factores biológicos, psicológicos y sociales; por una parte los factores biológicos están relacionados con la predisposición genética, es decir, si los padres son bebedores es muy probable que el hijo lo sea , estos factores están asociados a los problemas de salud que el consumidor puede desarrollar a corto plazo por otro lado, los factores psicológicos son elementos individuales, ligados a cogniciones y emociones y los factores sociales tienen que ver con la influencia que ha recibido el individuo del contexto, si la persona vive en un ambiente de riesgo aumenta la probabilidad del consumo. El consumo de alcohol es perjudicial para la salud, los factores de riesgo se encuentran presentes desde la primera ingesta y las consecuencias no discriminan el uso que se le dé, el riesgo de muerte por la ingesta dependiente es elevado, así como la afección a su entorno social. La OMS (2018) informa que:

“De todas las muertes atribuibles al alcohol, el 28% se debieron a lesiones, como las causadas por accidentes de tránsito, autolesiones y violencia interpersonal; el 21% a trastornos digestivos; el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cánceres, trastornos mentales y otras afecciones” (párr. 4).

Las bebidas alcohólicas son de venta libre, con diferentes costos y por ende de fácil acceso. El consumo inicia en la adolescencia, el interés por socializar, pertenecer a un grupo y ser aceptados en su medio son factores que inciden en esta problemática. Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, el género masculino es la población que más consume:

OMS (2018):

La prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es particularmente elevada en los hombres. En todas las regiones de la OMS, hay menos mujeres que sean consumidoras actuales que hombres; y cuando lo son, beben menos que los hombres (p.12).

A nivel mundial se ha trabajado en la prevención del consumo, sin resultados positivos; algunas de las estrategias para reducir el consumo y la edad de inicio al consumo ha sido la prohibición de la venta a menores de edad, infracciones monetarias al conducir en estado etílico, la disminución en el tiempo de apertura de lugares de diversión como bares y discotecas, medidas que no se acatan, el colectivo ha implantado la idea de que no se puede divertir sin consumo de alcohol, mientras tanto grandes empresas siguen auspiciando a deportistas y eso es observado a través de los medios de comunicación a la población general, la OMS realiza una proyección de consumo de alcohol por habitante en el mundo para el año 2025 en las regiones de América, Asia, Sudoriental y del Pacífico Occidental. OMS (2018); "El consumo total de alcohol por habitante en el mundo puede ascender a 6,6 litros en los 2020 y 7,0 litros en el 2025" (p.7). Como se puede observar, se estima que el porcentaje aumente, por lo tanto, las consecuencias perjudiciales para el entorno.

La violencia contra la mujer

Históricamente la mujer ha sido subordinada, tal es así que la mujer antiguamente era educada específicamente para la atención del esposo y su familia; al hombre por otro lado se le ha atribuido el poder, la fuerza, el concepto de superioridad, se ha reconocido su nivel intelectual, por lo tanto, tuvo acceso a la educación, para responder a las necesidades culturales y económicas en su rol social y familiar. A pesar de que el tiempo ha transcurrido y la mujer ya es reconocida en su rol activo dentro de la sociedad, aún el porcentaje de violencia de la que es víctima es elevado; al respecto la ONU (2012) afirma que: "La violencia contra mujeres y niñas es una de las violaciones de los derechos humanos más generalizadas. En algunos países, hasta 7 de cada 10 mujeres sufrirán golpes, violaciones, abusos o mutilaciones a lo largo de sus vidas" (párr.1), miles de mujeres son discriminadas, humilladas, ultrajadas y violentadas. La Organización de las Naciones Unidas ONU, define la violencia contra la mujer como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU, 1993, párr. 14).

La violencia sexual es todo acto que vulnera la sexualidad y que se realiza sin el consentimiento de la persona, con utilización de la fuerza física y amenazas, incluido en esto el estado civil de la mujer, en la mayoría de casos el desconocimiento ha hecho que mujeres sean violentadas sexualmente por sus esposos, novios, o acompañantes de una unión libre, ahí se pone en evidencia la manipulación del hombre tras el autoritarismo y el machismo envueltos en situaciones de celos que hacen comúnmente que las mujeres acepten este tipo de violencia como normal y no sea denunciada.

La violencia psicológica según lo definen Bonifaz y Spanó (2014): "Toda acción u omisión que causa daño a la autoestima, a la identidad o al desenvolvimiento de la persona(...) llegando a considerarse culpable de las acusaciones y responsable por la violencia sufrida" (p.436). Esto explica que muchas veces las mujeres violentadas acepten como verdad información que disminuye su autoestima tales como juzgamiento a su cuerpo y manera de pensar, entender que nadie más las va a amar, que son poco inteligentes, que no podrán salir adelante solas con sus hijos, que si denuncian o abandonan el hogar sus hijos serán retirados de su cuidado,

entre otras cuestiones que hacen que no se denuncie por miedo a que se cumpla con toda la información que entrega su pareja.

La Violencia física es todo acto intencional sea con la utilización de la fuerza corporal o cualquier objeto que causa lesiones; mujeres que son violentadas físicamente ya han pasado seguramente por periodos de violencia psicológica y ya han aprendido un discurso adecuado para justificar los golpes visibles en su cuerpo, ante esto el femicidio puede ser considerado como el acto de mayor violencia en contra de la mujer realizada por el hombre, según el Comercio (2019), en el ecuador se registraron más de 60 femicidios de los cuales el 62% de los casos fueron ocasionados por las parejas de las victimas (párr. 6), los celos, el sentido de poder, pertenencia, falta de control de impulsos, consumo de sustancias estupefacientes, son algunos de los motivos relacionados al femicidio.

La naturalización de la violencia se origina en el contexto, es decir, existe una gran probabilidad de que los hombres que han vivido en ambientes violentos cometan en un futuro actos violentos, de la misma forma, mujeres que hayan vivido situaciones de violencia en su hogar pueden aceptar formas de violencia en la edad adulta.

Consumo de alcohol y Violencia contra la mujer

Las situaciones de ingesta de la sustancia causan daño a nivel personal, familiar y social, uno de los factores más observables se da en familias donde la pobreza y la falta de educación van de la mano, históricamente el consumo de bebidas alcohólicas ha sido vinculado a comportamientos violentos que ponen en riesgo la salud física y mental de las personas y en mayor medida el de las mujeres, esto debido a que la mayoría de los agresores conviven en un mismo lugar con las víctimas. En este sentido: Smarandache y Leiva (2019) afirman:

La violencia y el maltrato familiar se han reconocido como un problema socialmente vinculado al consumo de alcohol (…) Específicamente sobre la violencia contra la mujer los datos mundiales, revelan que ocurre en todos los países; esta es aplicada en granparte de la población femenina, tanto adulta como infantil (pp.45 y 46).

Un análisis más actual sobre esta problemática la realizo La Organización Panamericana de la salud (OPS) quien apoyó al Proyecto Genasis (Género, Alcohol y Cultura) para determinar la relación del consumo de alcohol y la violencia a la mujer, participaron en el estudio Argentina, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos, México y Uruguay, Belice, Nicaragua, Perú y Brasil para medir la relación entre el consumo de alcohol y la agresión a la pareja de los resultados se concluye OPS y Proyecto Genasis (2010):

En cuanto a la relación entre el patrón de consumo de alcohol y la agresión en la pareja, los resultados mostraron que los bebedores tenían mayores probabilidades que los abstemios de notificar agresión en la pareja (como víctimas y como agresores) y que quienes bebían más por ocasión tenían mayores probabilidades de verse envueltos en agresión que quienes bebían menos (p. 52).

La violencia que genera el hombre hacia la mujer añadido al consumo de alcohol es por ahora considerado un problema de Salud Pública debido a que pone en evidencia el sufrimiento a la persona, la familia y la comunidad, por cuanto es importante su estudio, para generar mayores estrategias de intervención, con esto evitar más muertes y la reincidencia de los actos violentos. Villanueva (2013) afirma que principalmente la persona más afectada por la conducta violenta de los consumidores de alcohol ocasionales y habituales es la conviviente, (p. 47) por tanto

mientras no exista rehabilitación para el agresor y la víctima, el circulo de la violencia continua.

La evidencia también señala al consumo de alcohol como un factor de riesgo para el incremento de actos violentos, y manifiesta la diferencia señalando que la persona que es violenta, lo va a ser con consumo de alcohol o sin ingesta del mismo, caso contrario a las personas que únicamente infieren en conductas violentas cuando consumen bebidas alcohólicas, así, Mejía, Ochoa, Ríos, Yaulema y Veloz (2019) un estudio sobre los Factores de riesgo e indicadores de violencia de género en mujeres socias de bancos comunitarios en Chimborazo; concluye que un factor de riesgo individual que desencadena violencia es la presencia de consumo de alcohol, y que entre el 20% -21% de mujeres ha sido víctima de violencia psicológica y sexual por parte de su pareja (p. 7).

Consumo del alcohol y violencia contra la mujer en la emergencia sanitaria de la COVID-19

Durante la emergencia sanitaria en torno a la COVID-19 la población a nivel mundial fue confinada a sus hogares, a esta medida de prevención se suman otros factores que se van presentando paralelamente al tiempo de encierro, entre ellos temor al contagio, miedo a la muerte, noticias alarmantes, medidas gubernamentales que buscan sobrellevar la crisis afectando a la población, en este sentido se evidencia que el consumo de alcohol aumentó en pandemia; en Argentina, el periódico Infobae (2020) publica: “Según una encuesta realizada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), el 45% de las personas bebió más alcohol durante este tiempo que antes del aislamiento”. (párr.4). Al analizar los resultados se verifica que el consumo responde a la existencia de mayor tiempo libre, desorganización en la planificación de actividades, factores emocionales y aburrimiento que afecta a la población, situaciones que no se manifestaban con agudeza antes del confinamiento debido a que la mayoría de la población contaba con recursos sociales (trabajo, estudios, etc); donde se sobrelleva lo antes mencionado.

Durante la pandemia Estados Unidos aplicó una encuesta a 1000 adultos, con el interés de investigar si la población durante la COVID-19 aumentó el consumo de sustancias, los resultados exponen que el 88% de la población consumió alcohol, el resto otras sustancias; entre las causas del consumo la población justifica la ingesta de sustancias por estrés, aburrimiento, ansiedad y depresión. (Marrero, 2020). De esta manera se confirma que el consumo de alcohol aumentó durante la pandemia en respuesta a factores estresantes como la pérdida de empleos, cierre de negocios, deudas, entre otros; que a su vez afectó de manera observable el cambio en la salud mental, síntomas ansiosos y depresivos que ocultaron las estrategias de afrontamiento y con ello el consumo de bebidas alcohólicas.

Ahora bien si la cuarentena fue estresante para la población general, más para las personas que son consumidores abusivos y dependientes, Ponciano (2020), afirma que: la cuarentena es estresante para todos, pero para las personas que consumen cualquier sustancia psicotrópica la forma de enfrentar el estrés es el consumo (p.6), sin embargo, el confinamiento trajo consigo la prohibición de ventas de bebidas alcohólicas, el cierre inmediato de bares, discotecas, cantinas, así como también suspensión de reuniones sociales; no obstante aumentó el consumo, esto quiere decir que la población buscó la forma de socializar, o liberar factores estresantes¸ quizá con su familia, amigos, vecinos, o simplemente consumió en

soledad, visto de esta manera, el alcohol fue utilizado como fuente de alivio sintomático en respuesta a factores estresantes.

En la otra línea, las denuncias contra la mujer aumentaron durante la pandemia, aunque también es cierto que muchas mujeres, víctimas de violencia, guardan silencio por diversas causas, una de ellas la violencia psicológica que el agresor ejerce sobre su víctima, al respecto Medina (2020) afirma que "En las entrevistas con las mujeres agredidas, los equipos de psicólogos detectaron que son víctimas de chantajes, amenazas y manipulación", en consecuencia se considera que son pocas las denuncias receptadas y se esperan más denuncias una vez finalizada la emergencia sanitaria, sin embargo, datos de algunos países de acuerdo a las llamadas de emergencias recibidas durante la COVID 19, refieren:

En Singapur y Chipre han registrado un incremento de más del 30% en las llamadas. En Nueva Gales del Sur (Australia), los trabajadores de primera línea comunicaron un 40% más de solicitudes de casos de violencia. En Francia, los casos de maltrato aumentaron un 30% desde el inicio del confinamiento el 17 de marzo. En Argentina, las llamadas de auxilio por violencia doméstica han aumentado un 35% desde el 20 de marzo cuando se inició la cuarentena (…) En el Reino Unido, las llamadas, los correos electrónicos y las visitas a la página web de Respect, una organización benéfica nacional que lucha contra la violencia de género ha aumentado un 97%, un 185% y un 581% respectivamente. En las tres primeras semanas de confinamiento, catorce mujeres y dos niños fueron asesinados en el país. (ONU, 2020)

Estas cifras son alarmantes y responden a las primeras semanas de confinamiento; el peligro que vive la mujer es elevado, vive amenazada en su propio entorno familiar, el permanecer todo el día en casa, las actividades domésticas, el cuidado de los hijos, la falta de ingresos económicos al hogar pueden ser motivos para que se produzcan más actos violentos a nivel familiar, Ante esto Fernández (2020) afirma "el confinamiento las ha puesto en peligro porque las familias han vuelto a la esfera privada, al aislamiento de la mujer en una situación amenazante tiene más dificultades para pedir ayuda" (p.1), el índice de violencia posiblemente es mucho mayor al señalado.

La realidad no es muy diferente en Ecuador, país que confirma también que la violencia a la mujer aumentó durante la pandemia, los pedidos de auxilio han sido frecuentes al EC U 911 (línea que atiende y provee servicios emergentes a la población), según menciona el director del Servicio Integrado de Seguridad ECU, Ing. Juan Zapata (2020):

Desde el 12 de marzo, fecha en la que inició la emergencia sanitaria, hasta el 31 de mayo, se han atendido 28.367 episodios relacionados con temas de violencia intrafamiliar, lo que se traduce en 268 coordinaciones diarias realizadas por el ECU 911 tras pedidos de ayuda hechos a través del 9-1-1. (párr. 2)

Al respecto se menciona que, la mayor cantidad de reportes se recibieron durante los fines de semana y da a conocer que se receptaron 3.781 casos de violencia física, 17.911 casos de violencia psicológica y de connotación sexual 39 incidentes. Estos resultados corresponden a dos meses y medio de confinamiento, no se especifican las causas de la violencia, sin embargo, al igual que en otros países la mujer se ve lesionada en sus derechos, esto debido al desconocimiento de la ley, o al miedo ejercido por el violentador, o simplemente porque muchas han normalizado la violencia.

Por otro lado, los feminicidios también han estado presentes en Ecuador durante la pandemia sanitaria; al respecto: “Cada 72 horas una mujer, niña o adolescente es víctima de la violencia femicida en el Ecuador. En el 72% de los casos, los agresores eran parte del círculo familiar de las víctimas, exparejas o parejas” (El Comercio, 2020). La violencia a la mujer en Ecuador se ha venido haciendo evidente en el transcurso de los años, sin embargo, los reportes crecieron desde marzo 2020. En la misma línea:

La Asociación Latinoamericana para el Desarrollo Alternativo (Aldea) documenta 81 crímenes entre el 1 de enero y el 4 de octubre. Siete de cada 10 feminicidas eran parejas y exparejas. Cinco de cada 10 víctimas dejan hijos en la orfandad. El covid-19 ha forzado a mujeres a convivir con sus agresores: 62 feminicidios desde el 16 de marzo, cuando se declaró la excepción, registran Aldea. Una tragedia. 69 436 emergencia por violencia intrafamiliar recibió el ECU 911 entre el 12 de marzo -cuando se declaró la emergencia sanitaria- y el 27 de octubre. (El Comercio, 2020)

De esta forma se visibiliza que la pandemia y el confinamiento es un factor de riesgo que agudiza situaciones de violencia, de cualquier tipo de violencia, la enfermedad llegó de manera tan imprevista que no se contaba con planes de atención emergentes que se pongan en marcha para continuar con el trabajo en torno las denuncias, las sentencias, el tratamiento a la víctima y la rehabilitación del agresor, por cuanto es importante que los gobernantes ahora trabajen en implementar protocolos de atención y políticas públicas con la finalidad de que se evite poner en riesgo la integridad física y mental de las personas.

CONCLUSIONES

A partir de la revisión bibliográfica realizada se puede concluir que el consumo de alcohol se ha naturalizado al igual que la violencia contra la mujer, esta realidad se torna más compleja ante la presencia de factores estresantes, poniendo en riesgo la integridad personal y social. Se ha visto la iniciativa de ciertas instituciones para enfrentar esta problemática, siendo una situación que genera malestar y que por tanto debe existir comprometimiento de todos quienes conformamos una determinada sociedad y cultura. Es así como continuando con el proceso de revisión bibliográfica se despliegan tres conclusiones en referencia a cada uno de los temas.

La información recopilada manifiesta que la mujer es vulnerada de manera imperante en sus derechos, así como también a pesar de la poca información sobre el consumo de bebidas alcohólicas, las fuentes analizadas datan que el consumo de alcohol ha aumentado tanto a nivel nacional y mundial, durante la emergencia sanitaria de la COVID-19, por tanto, se entiende que la violencia ejercida en contra de la mujer también ha aumentado en tiempo de pandemia.

El apartado del consumo de alcohol durante la emergencia sanitaria de la COVID-19 informa que el consumo no disminuyó pese a que hubo restricción de movilidad y limitación del expendio de bebidas alcohólicas. La restricción en la venta de licor fue una decisión que tomaron los gobernantes en Ecuador, con la idea de que los actos públicos decrecieran y con eso subjetivamente también disminuya el consumo de alcohol, pero al analizar los datos de otros países se puede inferir que hubo ventas clandestinas, esta situación evidencia que se requiere mayor control en el expendio de bebidas, así como también se ve la necesidad de continuar con la sensibilización a la población. En la investigación se detectó que la población se afectó emocionalmente, presentando estrés, depresión, ansiedad, debido a la falta

de empleo, falta de recursos económicos para la manutención del hogar, frustración, inclusive miedo al contagio y a la muerte; otra buena parte de la población pudo exacerbar los síntomas emocionales preexistentes a la emergencia sanitaria. En este sentido el consumo de alcohol fue para la población una fuente de alivio ante factores estresantes por lo tanto se minimizaron los riesgos de su ingesta.

La violencia en contra de la mujer durante el confinamiento evidencia que la mujer ha sido víctima de violencia, física, psicológica y sexual, trayendo consigo miedo, incertidumbre, síntomas depresivos-ansiosos, estrés, trastornos en la conducta alimentaria e inclusive ideación suicida. Los datos expresan que existió amento de violencia generada por la pandemia de la COVID-19, éstos fueron captados por las líneas de emergencia tanto a nivel mundial como nacional. El estado ecuatoriano debe asumir su responsabilidad en el cuidado a la integridad personal, vida y seguridad de la mujer. Es necesario el diseño e implementación de políticas de protección a la mujer, que se cree planes preventivos a mayor escala, se dé capacitación a los profesionales encargados de trabajar con esta problemática, y se contraten más profesionales para los servicios de salud y trabajo con la comunidad.

REFERENCIAS

ACNUDH, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (20 de diciembre de 1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.* 85ª sesión plenaria. Recuperado de https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx

Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., y Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, *13*(2), 13-24

Castillo-Bustos, M. R. (2021). Técnicas e instrumentos para recoger datos del hecho social educativo. *Retos de la Ciencia*. 5(10), pp. 50-61.

Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (15 de abril 2020) *El consumo del alcohol puede ser un detonante de mayor violencia intrafamiliar y de género: Es necesario limitar su consumo.* Consultado en agosto del 2020. https://protecciondederechosquito.gob.ec/2020/04/15/8697605/

El Comercio. (29 de octubre 2020). *Pandemia en la sombra*. https://www.elcomercio.com/blogs/derechos-y-humanos/pandemia-sombra-femicidio-aldea-pandemia.html

El Comercio. (9 de septiembre de 2019). *Ecuador registra más de 60 femicidios en 2019 según plataforma de seguimiento.* https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-femicidios-violencia-mujer-genero.html

Europapress. (16 de marzo de 2020). Los homicidios por violencia de género pueden aumentar tras el confinamiento por el coronavirus, según un experto [Mensaje en un blog]. https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-homicidios-violencia-genero-pueden-aumentar-confinamiento-coronavirus-experto-20200316191441.html

Ferrat C.Y., Fernández E.H., González GMC, et al. (2019). Caracterización de las personas consumidoras de bebidas alcohólicas. *Acta Med Cent*. 13(4):523-531.

Fernández, R. I. (2020). Violencia de género en tiempos del Covid-19.

Graham, K., Bernards, S., Munné, M., y Wilsnack, S. (2010). El brindis infeliz: El consumo de alcohol y la agresión entre parejas en las Américas. *Publicación científica 631.* 1-258. ISBN: 978-92-75-31631-3

Lorente Miguel. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal, 46* (3) https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005

Llopis Giménez, C., Rodríguez García, M. I., y Hernández Mancha, I. (2014). Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense*, *20*(4), 151-169.

Marrero, E. (10 de septiembre de 2020). Aumenta el uso de alcohol y las drogas durante la pandemia de la COVID-19. *Baptist Health South Florida.* https://baptisthealth.net/baptist-health-news/es/aumenta-el-uso-del-alcohol-y-las-drogas-durante-la-pandemia-de-la-covid-19/

Medina, F. (22 de septiembre 2020) La pandemia agravó la violencia psicológica. *El comercio.* https://www.elcomercio.com/actualidad/pandemia-agravo-violencia-psicologica-ecuador.html

Mejía, M., Ochoa, D., Ríos, P., Yaulema, L., & Veloz, S. (2019). Factores de riesgo e indicadores de violencia de género en mujeres socias de bancos comunitarios en Chimborazo Ecuador. *Revista espacios*, *40*(32-2019).

Noroña, C. (25 de octubre 2020). Violencia de Género, la pandemia oculta: organizaciones sociales registran 81 femicidios en Ecuador desde enero hasta el 4 de octubre del 2020. *El Comercio.* https://www.elcomercio.com/actualidad/femicidios-violencia-mujeres-mapa-ecuador.html?fbclid=IwAR3RRW05Mi9F2MEZlJUrO8vWGWCEDjPAx5JChvWAQ7i8L2ZTFxFCJN72G9k

OMS, Organización Mundial de la Salud. (21 de septiembre de 2020). *El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres.* Ginebra, CH: OMS. https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men

OMS, Organización Mundial de la Salud. (21 de septiembre de 2018). *Alcohol: Datos y cifras.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol

ONU, Organización de las Naciones Unidas. (26 de junio de 2020). *Víctimas de la violencia doméstica atrapadas durante la pandemia.* https://www.un.org/es/coronavirus/articles/un-supporting-trapped-domestic-violence-victims-during-covid-19-pandemic

ONU Mujeres, Organización de las Naciones Unidas Mujeres. (2012). *Acabemos con la violencia contra las mujeres*. https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/end-violence-against-women/2012

OPS, Organización Panamericana de Salud. (5 de diciembre de 2008). *Nuevo libro de la OPS revela vínculos entre consumo excesivo de alcohol y violencia doméstica*. Washington, EU: Pan American Health Organization. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=449:2008-paho-book-establishes-new-links-between-excessive-alcohol-partner-violence&Itemid=1926&lang=es

OPS, Organización Panamericana de Salud. (s.f.). *Alcohol.* Consultado en agosto del 2020. https://www.paho.org/es/temas/alcohol

OPS, Organización Panamericana de Salud y OMS, Organización Mundial de la Salud. (7 de abril de 2020). *COVID- 19 y violencia contra la mujer. Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer.* https://iris.paho.org/handle/10665.2/52034

OPS, Organización Panamericana de Salud y OMS, Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS, Organización Panamericana de Salud y OMS, Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. *CIE-10, 1*(554).

Primicias. (12 de abril de 2020). *6.819 llamadas han recibido el ECU-911 por violencia de género.* https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/6819-llamadas-ecu911-violencia-genero/

Rosero, A. (20 de abril 2020) **186** delitos sexuales, denunciados en 20 días de aislamiento. *El Comercio.*https://www.elcomercio.com/actualidad/delitos-sexuales-denunciados-aislamiento-coronavirus.html.

Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. (s.f.) *Gestión del Ecu 911 respecto a la violencia intrafamiliar.* Quito, EC: Gobierno de la República del Ecuador. https://www.ecu911.gob.ec/gestion-del-ecu-911-respecto-a-violencia-intrafamiliar/

Vaiz Bonifaz, R. G., y Nakano, A. M. S. (2004). La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *12*(SPE), 433-438.

Villanueva, S. D. (2013). Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia. *Avances en Psicología*, *21*(1), 35-46.

REVISTA CIENTÍFICA RETOS DE LA CIENCIA
http://retosdelacienciaec.com
mcrevistas@gmail.com

enero - junio 2021
Vol. 5, No. 1
e-ISSN: 2602-8247

MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE TABACO Y SU RELACIÓN CON LA RESPUESTA AFECTIVA Y LA AUTOEFICACIA EN PROFESIONALES DE LA SALUD

REASONS FOR TOBACCO USE, AND THEIR RELATIONSHIP WITH AFFECTIVE RESPONSE AND SELF-EFFICACY IN HEALTH PROFESSIONALS

Paola Alejandra Vaca Yépez[1]
Roberto Javier Enríquez Anaya[2]

Recibido: 2021-03-12 / **Revisado**: 2021-04-16 / **Aceptado:** 2021-05-10 / **Publicado:** 2021-07-01

Forma sugerida de citar: Vaca-Yépez, P. A. y Enriquez-Anaya, R. J. (2021). Motivos para el consumo de tabaco y su relación con la respuesta afectiva y la autoeficacia en profesionales de la salud. *Retos de la Ciencia*. 5(11), pp. 36-43.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue estimar la relación entre las variables motivos para el consumo de tabaco, respuesta afectiva y autoeficacia en los profesionales de la salud del Hospital Gíneco Obstétrico Isidro Ayora en el año 2020. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo de corte transversal. Se aplicó la Escala de Motivos para Fumar (Russell), la Escala de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen) y la Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer), en una muestra de 78 fumadores. Los resultados obtenidos reflejaron que, si existe una relación estadística significativa entre los motivos para el consumo de tabaco y la respuesta afectiva, mientras que no se evidenció relación entre los motivos de consumo de tabaco con la autoeficacia. Se puede concluir que el afecto negativo es mayor en los fumadores por motivos psicológicos y la autoeficacia no parece influir en los motivos para el consumo de tabaco en la población de estudio.

Palabras clave: tabaco, afectividad, autoeficacia, profesionales de la salud.

ABSTRACT

The objective of this research was to estimate the relationship between the variable's reasons for tobacco consumption, affective response and self-efficacy in the health

[1]Magister en Intervención Psicológica en Adicciones. Psicóloga Mención Clínica. Psicóloga Ministerio de Salud Pública del Ecuador – Hospital Gíneco Obstétrico Isidro Ayora. Ecuador. Email: paolavaca11@hotmail.com / ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0159-3771

[2] Magister en Prevención y Asistencia de las Drogodependencias. Docente de la Maestría de Intervención Psicológica en Adicciones de la Universidad Central del Ecuador. Ecuador. Email: msp.drogodependencias@gmail.com / ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0589-3007

professionals of the Hospital Gíneco Obstétrico Isidro Ayora in 2020. A quantitative, cross-sectional study was carried out. The Reasons to Smoke Scale (Russell), the Positive and Negative Affect Scale (Watson, Clark and Tellegen) and the General Self-Efficacy Scale (Baessler and Schwarzer) were applied in a sample of 78 smokers. The results obtained reflected that, if there is a statistically significant relationship between the reasons for smoking and the affective response, there was no evidence of a relationship between the reasons for smoking and self-efficacy. It can be concluded that negative affect is greater in smokers for psychological reasons and self-efficacy does not seem to influence the reasons for tobacco use in the study population.

Key words: tobacco, affectivity, self-efficacy, health professionals.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es un problema de salud pública que provoca la muerte de la mitad de sus consumidores. Se estima que cada año mueren alrededor de 8 millones de personas debido al consumo directo del tabaco y cerca de 1,2 millones de consumidores pasivos, que son aquellos que no fuman, pero están expuestos de manera involuntaria al humo de los fumadores. Respecto a los 1,300 millones de fumadores que existen en el mundo, el 80% viven en países con ingresos medios a bajos, en donde la incidencia de mortalidad es más alta que en los países desarrollados (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En el Ecuador según la encuesta nacional realizada en estudiantes de secundaria, se identificó que la edad promedio de inicio de consumo de drogas lícitas e ilícitas se da entre los 14 a 15 años, siendo el alcohol y el tabaco las sustancias más consumidas (SETED, 2016); mientras que el estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas en universitarios, evidenció que los estudiantes ecuatorianos tienen un mayor porcentaje de relación de consumo de alguna vez en la vida de tabaco 54,9%, en relación con los estudiantes de Perú 52,1%, Colombia 51,5% y Bolivia 46,3 % (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2017).

Existen varios factores determinantes para el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco en la población, pero se ha identificado que ciertos factores emocionales como la ansiedad, la depresión y la presencia de afectos negativos pueden ser condicionantes para el consumo (Lira et al., 2018; Moral de la Rubia, 2011). Además, al consumo de tabaco se le asocia como un reforzador psicológico positivo que permite a los consumidores mejorar la atención, memoria, incrementar el nivel de alerta, pero también se conoce que dicho consumo se puede presentar como reforzador negativo, para reducir la ansiedad, tristeza, estrés e irritabilidad, siendo esto un factor determinante para la dependencia, mantenimiento del consumo, problemas en la deshabituación y recaída de los fumadores (American Cancer Society, 2015; Martínez y Becoña, 2016; Redolat, Carrasco y Simón, 1994).

Debido a lo expuesto, se estima que una intervención temprana en la reducción de los problemas emocionales de las personas puede influir de manera directa en la prevención del consumo de tabaco, conociendo además que, una baja percepción de autoeficacia en los fumadores disminuirá su capacidad y habilidad para afrontar situaciones de riesgo y de estrés, lo cual influye en el mantenimiento de la conducta de consumo (Pérez, Sesé, Romo, Palmer y Tomás, 2010; Morales, Díaz, Garrido y Pascual, 2011).

Desde esta perspectiva, se considera que el consumo de tabaco en profesionales de la salud provoca mayor riesgo, ya que, al ser estos agentes de cambio en beneficio de la salud de los pacientes, cumplen una función modélica, y una baja percepción de riesgo del consumo, reducirá la probabilidad de desalentar esta conducta en sus pacientes (Sánchez y Lisanti, 2003; Zonana y Márquez, 2014). Es por esto por lo que ,esta investigación permitió identificar aquellos motivos que indicen en el consumo de tabaco de los profesionales, así como también los niveles de autoeficacia y el tipo de respuesta afectiva predominante, que resultan ser condicionantes para el mantenimiento de esta conducta, siendo esto un aporte para el desarrollo de estrategias de prevención e intervención oportunas, enfocadas en el control emocional y desarrollo de la autoeficacia, para disminuir la conducta de consumo.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo correlacional de corte transversal con una muestra de 78 profesionales de la salud que consumen tabaco, cuyas edades oscilan entre los 20 a 69 años, y cuya selección se realizó por medio de un muestreo no probabilístico. Se aplicaron tres escalas para la obtención de la información: Escala de Motivos para Fumar (SMS -18), Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), Escala de Autoeficacia General (EAG) y una ficha de datos sociodemográficos, la misma que fue elaborada en relación a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2014) en donde se considera importante identificar: edad, género, estado civil, número de hijos, profesión, identificación de convivencia familiar, entre otros y respecto al consumo de tabaco se preguntó la edad de inicio de consumo, la frecuencia de consumo, la cantidad de consumo diario y la marca de tabaco que usualmente consumen.

La escala de escala de Motivos para Fumar SMS-18 consta de 18 preguntas y fue elaborada por Russell (1979) con el objetivo de identificar los motivos por los cuales las personas consumen tabaco, siendo estos: motivos psicológicos (preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 6), motivos sociales (preguntas 7, 8, 9, 10, 11 y 12) y motivos físicos (preguntas 13, 14, 15, 16, 17 y 18). Esta escala no ha sido aplicada en población ecuatoriana, por lo que se realizó una adaptación lingüística con el apoyo de profesionales que convocó la Secretaría del Comité Interinstitucional de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización del Ecuador. Dichos profesionales realizaron la validación en relación a la claridad de las instrucciones de la escala, la claridad del contenido de los ítems y el formato de la misma. Con las observaciones de los expertos y acogiendo sus sugerencias se realizó un pilotaje de la escala, la cual presentó un coeficiente de 0.89 Alpha de Cronbach.

La escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) es una escala auto aplicada que mide la afectividad positiva y negativa; fue creada por Watson, Clark, y Tellegen (1988) y está estructurada por 20 adjetivos que describen emociones (10 positivas y 10 negativas. La escala (PANAS) ha sido validada en población ecuatoriana por García y Arias (2019). En esta investigación la escala presentó un coeficiente 0.83 de Alpha de Cronbach.

Para la evaluación de la autoeficacia se utilizó la Escala de Autoeficacia General (EAG) que fue traducida al español por Baessler y Schwarzer (1996) y adaptada a la

población ecuatoriana por Bueno, Lima, Peña, Cedillo y Aguilar (2018), la misma que contiene 10 ítems con frases sobre la confianza que las personas tienen para enfrentarse a diferentes situaciones, fundamentándose en el concepto de autoeficacia de Bandura. La Escala de Autoeficacia General, presentó 0.94 de coeficiente de Alpha de Cronbach.

Para el procesamiento de datos y obtención de resultados se utilizó el software SPSS en su versión 16. Los resultados de los datos descriptivos se obtuvieron por medio de tablas de frecuencia y de porcentajes y por medio de la prueba estadística Chi^2 se evaluó la relación de las variables del estudio.

RESULTADOS

Datos descriptivos

La investigación se realizó con 78 profesionales de la salud que consumen tabaco, de los cuales el 59% fueron de sexo masculino y el 41% de sexo femenino, cuyas edades evidenció que 2 de cada 10 tenían edades comprendidas entre 22 a 27 años, 28 a 33 años y 34 a 39 años, en referencia a 1 de cada 10 que tenían edades entre 40 a 45 años, 46 a 51 años, 52 a 57 años y 58 a 66 años, siendo el rango de edad mayormente representado el de edades comprendidas entre 34 a 39 años en comparación a los otros grupos etarios.

En relación con la edad de inicio de consumo de tabaco se obtuvo una media de 16,85 años. Respecto a la frecuencia del consumo de tabaco, el 33,3% de los encuestados se consideran fumadores diarios, el 28,2% fumadores semanales, 10,3% fumadores ocasionales (cada 15 días) y finalmente el 28,2% refirieron fumar una vez al mes, siendo la marca Lark 47,4% la que más consumen.

Los resultados sobre los motivos para el consumo de tabaco reflejaron que el 64,1% de los encuestados fuman por motivos psicológicos, el 26,9% por motivos físicos y el 9% por motivos sociales. Respecto a los motivos psicológicos se refiere al consumo como un medio para aumentar la confianza social, disminuir los afectos negativos y mantener una sensación de control del estrés (Russell, 1971a).

La respuesta afectiva predominante en los fumadores fue en el 76,9% afecto positivo y 23,1% afecto negativo. En relación con los motivos de consumo de tabaco y la respuesta afectiva se pudo conocer que, de los fumadores por motivos psicológicos, el 51,3% presentaron afectividad positiva y 12,8% afectividad negativa. En los fumadores por motivos físicos el 16,7% presentaron afectividad positiva y el 10,3% afectividad negativa y en los fumadores por motivos sociales el 9% presentaron afectividad positiva y no se evidenció afectividad negativa.

Los resultados sobre los niveles de autoeficacia reflejaron que el 83,3% de los encuestados presentan autoeficacia alta y el 16,7% niveles bajos de autoeficacia. Respecto a los niveles de autoeficacia y los motivos de consumo de tabaco, de los consumidores por motivos psicológicos 6 de cada 10 presentaron autoeficacia alta y 1 de cada 10 autoeficacia baja, mientras que en los consumidores por motivos físicos 2 de cada 10 presentaron autoeficacia alta y 1 de cada 10 autoeficacia baja, finalmente, todos los consumidores por motivos sociales presentaron autoeficacia alta.

Estadística inferencial

Para el análisis de las variables de este estudio se utilizó la prueba Chi^2. Respecto a los resultados de los motivos de consumo de tabaco y su relación con la respuesta afectiva se obtuvo un (X^2=2,56; p<0,05) por lo que se estima que si existe relación

entre los motivos para el consumo de tabaco y la respuesta afectiva, mientras que con las variables de autoeficacia y motivos de consumo de tabaco se obtuvo un resultado de (X^2=4; p>0,05) por lo que se establece que no existe relación entre los motivos de consumo de tabaco con los niveles de autoeficacia en los profesionales de la salud.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación realizada en profesionales de la salud fue analizar la relación entre los motivos de consumo de tabaco, la respuesta afectiva y la autoeficacia, por lo que se efectuó la aplicación empírica de los conceptos motivos para el consumo de tabaco (Russell, 1979), afectividad (Watson, Clark y Tellegen, 1988) y autoeficacia (Bandura, 2006).

El estudio se realizó con una muestra de 78 profesionales de la salud de edades comprendidas entre los 22 a 66 años, con una media de edad de 39,03 años, que resultó ser similar a la de otras investigaciones realizadas con personal de salud en donde se reportó una edad madura de los encuestados (Sánchez, 2009; Sánchez, 2010). De los profesionales el 59% fueron de sexo masculino y el 41% de sexo femenino, tal como se ha presentado en otras investigaciones (Moreno y Herrero, 2000; Peña y Esparza, 2017; Sánchez, 2010).

En relación a los motivos psicológicos para el consumo de tabaco el 15,4 % reportaron que casi siempre y siempre fuman cuando se sienten frustrados, el 16,7% indicaron que siempre y casi siempre fuman cuando se sienten enojados, el 19,3% refirieron que siempre y casi siempre fumar les relaja cuando están tensos, el 20,5% casi siempre y siempre fuman cuando están enojados por algo o con alguien, siendo estos resultados similares a los de otros estudios realizados con personal de salud (Sánchez, 2010). Dichos hallazgos apoyan el enfoque relacionado a la conducta del consumo de tabaco como un medio para mitigar el afecto negativo, siendo los reforzadores positivos y negativos determinantes en el mantenimiento de las conductas adictivas (Lira et al., 2020; Pormeleau, Fagerstrom, Marks, Tate, 2003).

Asimismo, se pudo identificar que la presencia de afecto negativo se presenta con mayor prevalencia en los fumadores por motivos físicos y psicológicos, lo cual permite inferir que estos motivos se relacionan con la presencia de emociones negativas y que por medio del consumo de tabaco se puede lograr una regulación de dichos estados, a fin de reducir la tensión o por la necesidad de consumo asociada a los síntomas de dependencia física, siendo estos resultados un aporte a la teoría de Russell (1971b) , en donde se plantea que los motivos psicológicos para fumar se dan en función de disminuir las emociones negativas; además, dichos resultados se han evidenciado en investigaciones realizadas con fumadores diarios de tabaco, en donde se reporta que la sensibilidad a la ansiedad genera mayor motivación para fumar en fin de reducir el afecto negativo (Johnson, Farris, Schmidt, Smits y Zvolensky, 2013).

En comparación a las investigaciones realizadas por Leal et al., (2010) en una población de fumadores que acudían a un tratamiento para dejar de fumar y en el estudio realizado por Martín (2016), sobre lo factores asociados a la cesación tabáquica en pacientes de una unidad de deshabituación, se pudo identificar que la presencia de sintomatología depresiva en los fumadores aumenta la probabilidad de recaída en el consumo, mientras que la presencia de síntomas de estrés o

ansiedad, disminuye la probabilidad de llegar a una abstinencia. Desde esta perspectiva se puede inferir que los afectos negativos influyen en el mantenimiento del consumo de tabaco y en los procesos de recaída cuando se ha logrado una abstinencia.

Referente a los resultados del estudio regulación emocional, afectividad y razones para fumar en fumadores diarios de tabaco, realizado por Navarro y Musso (2016), se identificó que existe una asociación entre los motivos para el consumo de tabaco y el estado afectivo negativo, lo cual permitió determinar que, a mayor afecto negativo, se desarrollan mayores razones para fumar vinculadas a patrones de dependencia y adicción.

Acerca de los resultados obtenidos sobre la variable niveles de autoeficacia percibida y los motivos de consumo de tabaco, no se encontró una correlación estadística significativa al realizar la prueba Chi^2, por lo que se estima que no es necesario presentar motivos físicos y psicológicos de consumo de tabaco para que existan niveles bajos de autoeficacia. En esta línea, se concluye que los motivos para el consumo de tabaco físico y psicológicos no parecen ser un factor que influye en la autoeficacia de los profesionales de la salud que consumen tabaco, resultados similares se han obtenido en población universitaria, en donde se aprecia que el estudiar representa un factor protector y que los niveles altos de autoeficacia encontrados, podrían deberse a que los universitarios se encuentran en un proceso de formación en donde deben enfrentarse a diferentes situaciones que les permite desarrollar habilidades (Godoy y Medel, 2012), lo cual podría resultar similar a la condición de los profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

Los resultados permiten concluir que, si existe una relación estadística significativa entre los motivos para el consumo de tabaco y la respuesta afectiva, mientras que no se evidenció relación entre los motivos de consumo de tabaco y la autoeficacia.

Los motivos psicológicos para fumar predominaron en los profesionales de la salud, lo cual permite inferir que dicho consumo probablemente se da para disminuir el cansancio, la fatiga, modular la presencia de afectos negativos y provocar una sensación de control del estrés.

Finalmente se evidenció, que la muestra mayoritaria del estudio estuvo representada por fumadores diarios de tabaco, fumadores semanales y de una vez al mes, por lo que se estima que los profesionales encuestados no se encuentran en una fase de experimentación del consumo, sino que existe una relación con esta sustancia que podría generar patrones de dependencia y riesgo para su salud; además, los profesionales que muestran motivos físicos para el consumo de tabaco presentaron mayor cantidad de consumo, lo cual permite inferir que los motivos para fumar por reforzamiento negativo se relacionan con niveles de dependencia a la nicotina.

REFERENCIAS

American Cancer Society. (2015, noviembre 24). Por qué la gente comienza a fumar y por qué es difícil dejar el hábito ¿Por qué las personas comienzan a fumar? Recuperado 17 de septiembre de 2020, de https://www.cancer.org/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/por-que-la-gente-comienza-a-fumar.html.

Baessler, J., y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés, 2*, 1-8.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. En F. Pajares y Urdan, T. (Ed), *Self-efficacy beliefs of adolescence* (pp. 307-37). Greenwich: Information Age Publishing.

Bueno, A., Lima, S., Peña, E., Cedillo, C., y Aguilar, M. (2018). Adaptación al español de la escala de autoeficacia general para su uso en el contexto ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 3*(48), 5-17. doi: 10.21865/ridep48.301.

García, F., y Arias, P. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de afecto positivo y negativo en población ecuatoriana. *Revista Mexicana de Psicología, 36*(1), 55-62.

Godoy, P., y Medel, M. (2012). *Autoeficacia y su relación con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios* (tesis de pregrado). Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.

Johnson, K.A., Farris, S.G., Schmidt, N. B., Smits, J. A.., y Zvolensky, M. J. (2013). Panic attack historu and anxiety sensitivity in relation to cognitive – based smoking processes among treatment – seeking daily smokers. *Nicotine and Tobacco Research, 15*(1), 1-10.

Leal, B., Ocampo, M., y Cicero, R. (2010). Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud Mental, 33*(6), 489-497.

Lira, J., Valdéz, E., Núñez, M., Pech, D., Morales, S., y Cruz, S. (2018). Ansiedad, depresión, afecto negativo y positivo asociados con el consumo de tabaco en universitarias. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones, 4*(1), 4-12.

Lira, J., Vald{ez, E., Pérez, G., Pech, P., y Arriaga, R. (2020). Asociación entre consumo de tabaco, factores emocionales y motivos de fumar en universitarios. *Enseñanza e Investigación en psicología, 2*(1), 47-59.

Martín, F. (2016). *Factores asociados con la cesación tabáquica en los pacientes atendidos en la Unidad de Deshabituación Tabáquica del Servicio Cántabro de Salud* (tesis de doctorado). Universidad de Cantabria, Santander, España.

Martínez, C., y Becoña, E. (2016). La sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco: Una revisión. *Ansiedad y estrés, 22*(2). 118-122. doi:10.1016/j.anyes.2016.10.005.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador e Instituto de Nacional de Estadísticas y Censos (2014). Encueta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/ENSA NUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

Moral de la Rubia, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Ciencia ergo-sum, 18*(2), 117-125.

Morales, Z., Díaz, C., Garrido, M., y Pascual, L. (2011). Autoeficacia y consumo de tabaco en estudiantes universitarios. *Apuntes de psicología, 29*(3), 459-470.

Moreno, J., y Herrero, F. (2000). Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones, 12*(3), 329-341.

Navarro, M., y Musso, M. (2016). *Regulación emocional, afectividad y razones para fumar: un estudio en adultos fumadores diarios de tabaco* (tesis de pregrado). Universidad Argentina de la Empresa. Buenos Aires, Argentina.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Informes/Otros/Informe_Universitario_Regional.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2019). Tabaco. Recuperado 27 de mayo de 2020, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

Peña, G., y Esparza, S. (2017). Alcohol y tabaco: Dependencia, motivos, desordenes y consumo en estudiantes Mazatlecos. *Revista Conjetura Sociológicas, 5*(13), 142-174.

Pérez, F., Sesé, A., Romo, A., Palmer, y Tomás, E, (2010). Influencia de las Emociones Negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) sobre la Eficacia de un Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual de Deshabituación al Tabaco. *Clínica y Salud, 21*(1), 9-19.

Pormeleu, O.F., Fagerstrom, K.O., Marks, J.L., Tate, J.C., y Pormeleau, C. S. (2003). Development and validation of a self-rating scale for positive and negative reinforcement smoking: The Michigan nicotine reinforcement questionnaire. *Nicotine and Tobacco Research, 5*(5), 711-718.

Redolat, R., Carrasco, M., y Simón, V. (1994). Efectos cognitivos de la nicotina y el tabaco en sujetos humanos. Psicothema, 6(1), 5-20.

Russell, M. (1971a). Cigarette Dependence: I-Nature and Classification. *British Medical Journal*, 2(57), 330-331.

Russell, M. (1971b). Cigarette smoking: natural history of a dependence disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 44(1), 1-16.

Russell, M. (1979). Nicotine intake and its regulation. *Journal of Psychosomatic Research, 24*(2), 253-264.

Sánchez, J. (2009). *Motivaciones para el consumo de tabaco y alcohol en trabajadores de la salud* (tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.

Sánchez, L. (2010). Motivaciones para el consumo de tabaco y consumo de tabaco en trabajadores de la salud (tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.

Sánchez, P., y Lisanti, N. (2003). Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia este hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública, 14*(1). 1-8.

Secretaria Técnica de Prevención Integral de Drogas. (2016). Encuesta Nacional sobre Uso y Consumo de Drogas 2016 – Estudiantes de noveno de educación general básica, primero y tercero de bachillerato. Ecuador: SETED.

Watson, D., Clark, L. A., y Telleguen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070.

Zonana, A., y Márquez, O. (2014). Nivel de dependencia al tabaco en enfermera y médicos de un hospital general regional. *Revista Iberoamericana de educación e investigación en enfermería, 4*(1), 45-51.

REVISTA CIENTÍFICA RETOS DE LA CIENCIA
http://retosdelacienciaec.com
mcrevistas@gmail.com

enero - junio 2021
Vol. 5, No. 11
e-ISSN: 2602-8247

AUTOEFICACIA Y RIESGO DE RECAÍDA EN DROGODEPENDIENTES

SELF-EFFICACY AND RISK OF RELAPSE IN DRUG ADDICTS

Jefferson Javier Minda Mina[1]

Recibido: 2021-03-12 / **Revisado**: 2021-04-05 / **Aceptado:** 2021-05-10 / **Publicado:** 2021-07-01

Forma sugerida de citar: Minda-Mina, J. J. (2021). Autoeficacia y riesgo de recaída en drogodependientes. *Retos de la Ciencia*. 5(11), pp. 44-56.

RESUMEN

Este trabajo expone algunos de los riesgos para la recaída en el consumo de personas drogodependientes. A partir de la teoría cognitivo conductual cuyos postulados plantean que al aprendizaje es la esencia del cambio de conducta. El objetivo de la investigación es analizar la autoeficacia como la capacidad que tienen el ser humano para recurrir a mecanismos de orden cognitivo y no cognitivo para reconocer situaciones adversas y llevar a cabo autónomamente estrategias de superación. El enfoque de esta investigación es cualitativo y de tipo descriptiva. Se encuentra que los principales riesgos de recaída de las personas drogodependientes son: situaciones difíciles de afrontar, diversión y placer, influencia de amigos o pareja que consumen, cercanía de sustancias. Se concluye que las personas drogodependientes deben estar generalmente en compañía de familiares y amigos que influyan positivamente en su conducta, así como, recibir refuerzos terapéuticos secuenciales a fin de fortalecer sus niveles a autoeficacia, hasta un estado de recuperación integral. Cabe señalar que, cuando una persona ha sido drogodependiente por lo general no alcanza niveles de recuperación total, por tanto, la observación será permanente.

Palabras clave: autoeficacia, consumo, recaída, riesgo de consumo, drogodependencia.

ABSTRACT

This work exposes some of the risks for the relapse in the consumption of drug addicts. From the cognitive behavioral theory whose postulates state that learning is

[1] Psicólogo Clínico. Maestrante en Intervención Psicológica en Adicciones en la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador. Ecuador. Email: jjminda@uce.edu.ec / ORCID: https://ordcid.org/0000-00016618-8243

the essence of behavior change. The objective of the research is to analyze self-efficacy as the ability of the human being to resort to cognitive and non-cognitive mechanisms to recognize adverse situations and autonomously carry out strategies for improvement. The focus of this research is qualitative and descriptive. It is found that the main risks of relapse of drug addicts are difficult situations to face, fun and pleasure, influence of friends or partner who consume, proximity of substances. It is concluded that drug addicts should generally be in the company of family and friends who positively influence their behavior, as well as receive sequential therapeutic reinforcements in order to strengthen their levels of self-efficacy, up to a state of comprehensive recovery. It should be noted that when a person has been drug dependent, they generally do not reach full recovery levels, therefore, the observation will be permanent.

Keywords: self-efficacy, use, relapse, risk of use, drug dependence.

INTRODUCCIÓN

La autoeficacia ha sido considerada como uno de los componentes explicativos de la conducta, puesto que, se la relaciona con el hecho de adquirir, mantener y organizar el cambio de los comportamientos. Así como lo menciona Bandura (1997), describiendo la forma en la que "el sujeto se relaciona en el proceso cognitivo con aspectos del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario, es así como los procesos de cognición determinan la modificación de conducta (p. 34)

Así también como lo dice Roca (2002) en su artículo sobre la "Autoeficacia y su valor para la psicoterapia cognitivo conductual", en el cual describe como:

La autoeficacia tiene sus inicios en los estadios tempranos del ciclo vital, de esa manera el individuo trata de conservar la autoimagen, la persona en todo el ciclo vital es persuadida, es "sometida a una serie de influencias que hacen de la autoeficacia una dinámica formación que no permanece estática en modo alguno en tanto la persona interactúa constantemente con los retos y avatares de la vida cotidiana. (p. 198)

Aun así, hay muchas opciones que las personas pueden realizar con un grado de éxito, solamente que no las realizan por el miedo a fracasar o por no tener los incentivos para cumplir los propósitos individuales.

Lo expuesto sugiere que los niveles de autoeficacia son orientaciones para identificar posibles conductas. De ser el caso, "la evaluación oportuna de la autoeficacia es una alternativa apropiada para evitar conductas no deseadas" (López, 2002, p. 34).

Entendiendo que la autoeficacia pone énfasis en la autopercepción del sujeto previo a la acción ante determinada situación, podría decirse, que una persona con elevados niveles de autoeficacia reconocería autónomamente la presencia de deseos por consumir sustancias no permitidas o realizar acciones antisociales que podrían afectar a sí mismo y a los demás en cuyo caso recurriendo a cualidades como capacidad de decisión, automotivación y autodeterminación.

Según indica Bandura (1982), conscientemente desarrollaría acciones qué le alejen de tales intereses:

Cabe señalar que el sujeto desarrolla su capacidad perceptiva frente a influencias internas y externas y a partir de sus posibilidades de autocontrol, toma las decisiones más idóneas desde su perspectiva. Cuando los niveles de auto

eficiencia son elevados y le permiten al sujeto distinguir positivas y negativas, éste será capaz de alejarse de lo negativo. Lo cual, a más de evitar una recaída en situaciones de consumo, fortalece su autoestima y potencia su autocontrol.

Cabe mencionar que la recaída muchas veces constituye un fracaso en el proceso de recuperación. Cuando un paciente recae en el consumo de drogas se presentan varios comportamientos, entre otros, se destacan que se ralentiza el proceso de recuperación, se presenta rechazo del paciente hacia el terapeuta, existen comportamientos de inhibición e incluso abandono del tratamiento. (Ledwidge, 1978)

Dentro del modelo de prevención de recaída desde la teoría cognitivo conductual según Ledwidge (1978) se la considera como una bifurcación cuando "uno de los caminos termina aportando al sujeto una experiencia negativa que ayuda para que se aleje del contexto de consumo", por otro lado, la recaída podría constituir una experiencia en la que el sujeto se sienta incapaz de volver a abandonar el consumo.

Considerando que la recaída no se encuentra exenta en ninguno de los casos en los que el sujeto culmine un proceso de recuperación, hay que tomar en cuenta que:

Existen factores que pueden alertar al sujeto y su contexto de una posible recaída, dentro de estos se encuentran los niveles bajos de autoeficacia, que básicamente son las creencias de poca capacidad para afrontar situaciones adversas, además del contacto o vuelta al contexto de consumo. (Olivari Medina y Urra, 2007, p. 12)

Demostrando así, como los bajos niveles de autoeficacia aumentan la probabilidad de tener una recaída. Este trabajo se desarrolla desde un enfoque descriptivo, basado en detallar los hallazgos a cerca de la autoeficiencia y su relación con las recaídas en drogodependientes, para ello se ha realizado un amplio estudio teórico, que sirvió de base para el análisis y dilucidación de esta problemática, cumpliendo con el objetivo de analizar e interpretar cómo influye la autoeficacia en la recaída del consumo de drogas dentro de los hallazgos identificados.

Aspectos a considerar para la revisión teórica: bibliografía perteneciente al área de salud en relación al consumo de drogas; datos bibliográficos de hace más de cinco años que sean relevante en la investigación o considerada clásica, esto considerando que: "Las técnicas e instrumentos recogen datos sobre los temas y subtemas de las categorías de análisis" (Castillo-Bustos, 2021, p. 59); Datos estadísticos sobre adicciones relevantes dentro de la investigación; Para los criterios de exclusión se ubican los siguientes: bibliografía de más de cinco años que no sea tomada como relevante para la investigación, casos clínicos de adicciones que no tengan seguimiento terapéutico con base científica, revistas con artículos que cuenten con un carácter científico.

DESARROLLO

La autoeficacia

Al hablar de autoeficacia las personas tienden a separar sus vocablos e identificar por separado su significado dando como resultado interpretaciones poco adecuadas den relación con su concepto real, de similar manera sucede en el estudio de

distintas ciencias, específicamente dentro de la literatura sobre psicología, creando así una amplia discusión de su significado.

Es por ello por lo que nos remontamos al concepto planteado por Olivari y Urra (2007) quienes entienden a la autoeficacia como: La creencia personal del individuo para dar respuesta situaciones que considera estresante. Este hará uso de sus habilidades personales y en la medida en que afronte positivamente la situación, su nivel de eficiencia aumentará, pudiendo aprovechar este aprendizaje en el ámbito académico, social, laboral entre otros (p. 10)

También encontramos el concepto de Melo y Castanheira (2010) quienes indican como "la autoeficacia surge en un intento de explicar los cambios de conducta dentro de un modelo unificado", coincidiendo con lo dicho por Bandura (1982) en su libro Mecanismo de autoeficacia en la agencia humana, en donde muestra como esta conducta se basa en la motivación refiriéndose a la autoeficacia como "reacciones espontáneas debido a múltiples estímulos, una conducta motivada incluye un objetivo, meta o plan"(p.38)

Logrando así ver como se genera un mecanismo cognitivo en donde las creencias se encuentran ligadas a la autoeficacia incidiendo dentro de los procesos cognitivos, emocionales, motivaciones y conductuales. Por tanto, el individuo desarrollará convicción y seguridad en su propia capacidad de superar dificultades. Lo cual se refuerza en las relaciones sociales. Téngase en cuenta que, "El intercambio de ideas, experiencias, conocimientos, emociones, sentimientos y pasiones" (Castillo-Bustos, 2015, p. 199), conlleva al desarrollo integral del ser humano.

Componentes de la autoeficacia

Para Bandura (1982) la expectativa de autoeficacia se relaciona con las creencias que tiene el sujeto sobre la habilidad o capacidad que posee para realizar acciones. Así como la expectativa de resultado se relaciona con que dicha acción tomada se oriente a un resultado específico. Los dos componentes: la expectativa de autoeficacia y la expectativa de realización inciden en que las habilidades del sujeto al momento de afrontar situaciones que se consideren de alto riesgo, estas creencias se ven influenciadas por las mismas que el individuo tenga a nivel social, cultural e individual. Entendiendo a la autoeficacia como un mecanismo cognitivo se puede evidenciar que a través de la teoría del aprendizaje social se puede cambiar conductas o ejercer influencia en la motivación.

Según Abaitua y Ruiz (1990) en su artículo a cerca las expectativas de la autoeficacia resaltan cómo se puede verificar que los componentes de esta conducta pueden ser manipulados por la persuasión en los individuos, "estos componentes se pueden considerar desde la necesidad del individuo de cumplir expectativas, de verificar que las capacidades personales surgen cuando se debe enfrentar una problemática", es así que dichas expectativas son parte de los componentes de la autoeficacia, creando expectativas de autoeficacia y expectativa de resultado.

Hay que resaltar también cuán importante es comprender el funcionamiento cognitivo de la autoeficacia ya que es la dinámica con la que se lleva a cabo ideas, pensamientos y acciones; permiten que se fortalezca la toma de decisiones del individuo ya sea de manera positiva o negativa, en este sentido. Ya que según dicen algunos autores "La adecuada percepción de la autoeficacia va a generar un correcto autocuidado, también lo que se espera de la autoeficacia tiene una relación

negativa con reacciones ansiosas o depresivas y tienen una asociación positiva con persistir en la tarea" (Pereyra, Ronchieri, Rivas, y Trueba, 2018, p. 311).

Demostrando así que para comprender el funcionamiento de la autoeficacia es necesario enfrentar al individuo a situaciones estresantes, ya que esta la única manera en la cual se puede verificar el comportamiento para resolver problemáticas, las creencias sobre las propias capacidades darán la sensación de autonomía y buena toma de decisiones, esto permite generar expectativas de resultado.

Según Pereyra, Ronchieri, Rivas, y Trueba (2018) "para que las creencias de lo que se ha planificado salga con éxito es necesario que los resultados que se obtienen sean óptimos" (p. 311) percibiendo, así como se enfoca en gran medida la necesidad de fortalecer la autoeficacia interpersonal para que aparte de tener convicción sobre sí mismo también se aplique influencia positiva sobre las personas del medio que rodea al individuo.

Características de la autoeficacia

Según Roca (2002), en su artículo a cerca de la "Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductual "detalla cómo esta conducta es un concepto expuesto por Bandura, "en el cual se expresa que es una reconceptualización de aprendizajes y motivaciones las cuales son de gran influencia para la activación conductual" (p. 196).

Según Roca (2002), de esta manera se evidencian comportamientos en los cuales los individuos a través de las expectativas de eficacia personal demuestran:

- Si las conductas de afrontamiento serán iniciadas o inhibidas.
- La cantidad de esfuerzo que será puesto en alguna actividad o propósito.
- La cantidad del tiempo en que se persistirá para lograr el objetivo de cada individuo y la búsqueda de desafíos y experiencias que surgen en la búsqueda de alcanzar propósitos personales. (p. 197)

De esa manera se identifica que un individuo con alta sensación de eficacia será capaz de:

- Iniciar proyectos en los cuales se sienta competente.
- Implicarse en nuevas actividades las cuales sienta capacidad para lograrlas.
- Comprometerse con nuevos propósitos a pesar de los cambios que pueda generar.
- Tener una filosofía de vida progresista y optimista (p. 197).

Por otro lado, en este artículo también podemos observar cómo Roca (2002), indica que el individuo con bajas expectativas de eficacia personal va a presentar las siguientes características:

- Tendencia a ser conservador o reservado.
- Evitar los cambios.
- Iniciar pocas actividades por iniciativa propia.
- Las personas presionan e influyen en la toma de decisiones del individuo.
- Más atención a los riesgos que a las oportunidades (p. 197).

Factores de la autoeficacia

Considerando que todos los procesos psicológicos individuales o sociales pueden influir en el nivel de autoeficacia y que ésta a su vez, puede determinar el cambio en la conducta, Bandura (1977) menciona cuatro factores: 1) Logro de ejecución, 2) experiencia vicaria, 3) persuasión verbal, 4) activación psicológica y emocional.

El logro de ejecución se basa en experiencias reales: cuanta mayor cantidad de éxito perciba el individuo, aumentan las expectativas positivas y se reducen las expectativas de fracaso. Se incluyen también los fracasos repetidos que han sido

anulados por esfuerzos posteriores, mismos que le otorgan al sujeto una percepción automotivada. De esta forma, el individuo entiende que las circunstancias difíciles, pueden ser superadas con esfuerzo continuo. Este factor contribuye a la formación, consolidación y por último, el mantenimiento de la autoeficacia. (Roca, 2002, p. 198-9)

El segundo factor es la experiencia vicaria, se manifiesta cuando el sujeto, ya sea por observación o imaginación, percibe que sus iguales afrontan situaciones que para él son difíciles, procede a persuadirse y se sitúa en una posición de: "si él puede, yo puedo". Termina modificando la autoeficacia percibida, tomando en cuenta que es el resultado de una interacción con el ambiente.

Es importante mencionar que, "las experiencias vicarias no tienen tanta influencia como las experiencias directas, aun así, son capaces de producir cambios a largo plazo y se determina su influencia debido a las consecuencias derivadas de la elección de comportamiento del individuo" (Roca, 2002, p. 196).

El tercero está dentro de la persuasión verbal, "es la manera más amplia de influir en otra persona, así se manifiesta a través de la aplicación de sugestión verbal enfocada en hacer creer al sujeto que puede controlar o manejar lo que teme" (Roca, 2002, p. 199).

Las expectativas de autoeficacia que se generan aquí son muy débiles, no se basan en ninguna experiencia real en la que el individuo puede recurrir para solventar toda la información que le están brindando.

El cuarto factor tiene enfoque en los estados fisiológicos, también llamado de activación psicológica y emocional.

Se refiere a informar al sujeto de su competencia, procurando evitar o disminuir las frecuentes y duraderas activaciones emocionales, puesto que durante dichos lapsos de tiempo al sujeto se le dificulta la acción y puede creer que es poco competente, disminuyendo las expectativas de autoeficacia, siendo así, el sujeto se percibirá como más eficaz cuando sus niveles de activación emocional se encuentren en niveles normales, "situaciones que son percibidas como un reto a la capacidad personal y movilizan a la acción, son estados emocionales que tienden a confirmar e incentivar las sensaciones de autoeficacia personal". (p. 200)

Es de relevancia mencionar que el cambio conductual no es el que genera la percepción de autoeficacia, sino que esta se construye a través del juicio que el sujeto adquiere por medio de sus interpretaciones cognitivas en base a su propia experiencia o en dirección externa, en la que se adopta una creencia de su propia habilidad.

Ventajas de la autoeficacia

Es indispensable que se establezca un apoyo constante en la vida del individuo y que se otorgue un pensamiento de que puede realizar varios retos y resolverlos, ya que la realidad es que las personas tienen más valor en las actividades que brindan un reto y permiten que sus habilidades crezcan, así como lo demuestra Rivero (2005):

La generación de la autoeficacia se establece en otorgar al individuo la habilidad de crear estrategias o nuevas ideas para resolver problemáticas y que una vez que las lleve a cabo funcionen para el bien de él y de su familia, esto mejorará su autoestima y asertividad para resolver conflictos y mejorar la comunicación. (p. 21)

Cabe recalcar que dentro de la teoría de la autoeficacia existen ventajas, la primera es que constituye una revisión amplia e integradora sobre sí mismo y que además permite ser comprobada a través de la medición de independencia de la

ejecución, esto a través de la revisión propia de cada propuesta de expectativas específicas y así se puede identificar hasta que medida los acontecimientos que han brindado aprendizaje se han procesado desde la cognición y cuando nos servirán como un punto de referencia para predecir futuras conductas.

Para López, Salvador, y Verdejo (2002) la segunda ventaja es que las expectativas de autoeficacia pueden influir en la elección de conductas, dando como resultado que de esa manera se pueda apreciar que existen pensamientos en el individuo sobre las consecuencias de cada acción y, por lo tanto, exista la decisión de elegir o no cualquier comportamiento (p. 36-7).

Para Melo y Jaimes (2015) es indispensable estar pendiente de las emociones y conductas que no resulten impulsivos.

En un estudio realizado con niños se logró identificar que los varones se perciben con mayor autoeficacia, y ante esto se halla que la condición es que se debe a cumplir las expectativas hacia los demás, en ese sentido es una ventaja poder reconocer la necesidad de estar en contacto con diferentes grupos y que el modelamiento también sea de gran ayuda para la resolución de conflictos. La exigencia que se planteen los individuos también va a repercutir en la autoeficacia, se identifica que en cuanto a los resultados de los infantes de los colegios públicos tienen más altos niveles de autoeficacia que los de los alumnos de los colegios privados (p. 123).

Autoeficacia y riesgo de consumo

La autoeficacia percibida se relaciona con las creencias sobre la propia capacidad que posee el sujeto y de la que está consciente para organizar y ejecutar acciones que le servirán a futuro para el manejo de situaciones estresantes.

La autoeficacia antes mencionada, se relaciona con la autoeficacia de resistencia, misma que permite al sujeto que se encuentra en abstinencia del consumo de drogas, rechazar la posibilidad de acceder a la sustancia ante la presencia de situaciones de riesgo (ej. reuniones de amigos, juntas de trabajo, momentos de angustia y preocupación). Cuando el individuo supera con éxito las situaciones antes mencionadas, los niveles de autoeficacia aumentan, generando un control de las conductas negativas. (Hinojosa, Alonso, y Castillo, 2012, p. 20)

La decisión última de consumir o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y del resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra. Hay que tomar en cuenta como “los efectos anticipados de una conducta son los que parecen importantes a la hora de determinar si esta conducta se realiza o no” (Melo y Castanheira, 2010, p. 658).

De esta forma podemos observar como es que las creencias que se tiene sobre uno mismo influyen en la autoeficacia, la influencia está enfocada en el modo de pensar, sentir, la motivación y la conducta, “de esa manera si un individuo ha generado la convicción en su propia capacidad de superar retos entonces pensará que los puede superar, tendrá seguridad y habrá que continuar adelante en la planificación de las acciones necesarias para conseguir su propósito” (Melo y Castanheira, 2010).

En relación al riesgo de consumo se identifica como al que lo menciona Grau, y otros (2012), donde afirmaban lo siguiente:

Los altos niveles de autoeficacia como un factor protector individual que puede ayudar al manejo eficaz de los acontecimientos estresantes para el sujeto, siendo así esta ejerce un papel importante dentro de la prevención de riesgo de recaída,

puesto que si existe más alto nivel de autoeficacia la probabilidad de consumo es bajo. (págs. 115-122)

Recaída y modelo de prevención de recaída

Tomando en cuenta que el tratamiento para las personas que abusan de sustancias psicoactivas no termina y que es un seguimiento constante, cuando las personas con esta enfermedad asumen el encontrase bien, el tener control sobre su consumo y asumirlo como dado por terminado su tratamiento, uno de los sucesos que ocurren son las recaídas que no solo aparece cuando se termina el proceso de rehabilitación, sino que se da en cualquier momento del tratamiento, mucho más durante los primeros meses donde hay un aumento de recaídas “10 veces más en consumidores de alcohol y 14 veces más en consumidores de heroína”(UNODC, 2017).

Para Hendershot, Witkiewitz, George y Marlatt (2011) se identifica a las recaídas como:

El efecto que va a sufrir el sujeto al mostrarse frente a una acción que genere un riesgo de consumo y sea incapaz de responder con estrategias adecuadas y finalmente rompe su abstinencia, consecuentemente no la mantiene puesto que regresa a sus viejos patrones de consumo. Según algunos autores considera que la recaída podría ser tomada como el punto que dista entre la culminación de un proceso de rehabilitación y el regreso a un contexto de consumo, teniendo siempre en cuenta que pude ocurrir también en cualquier momento del proceso del tratamiento, pero lo que tratan aquí es explicar es que cuando la recaída se suscita, se la considera como un indicador que impide el proceso de mantenimiento de la abstinencia, manifestándose además en afectaciones del sujeto a nivel físico, individual, social, familiar, laboral y económico.

El modelo cognitivo-conductual de prevención recaída en el que Marlatt y Gordon (1985) mencionan que se intenta comprender la recaída desde un marco conceptual en el que esta constituye, “es el resultado de procesos cognitivos, de una exposición a contextos ambientales de riesgo, los mismos que se muestran indicadores antes de que se suscite la recaída”. Se diferencia de los modelos tradicionales porque en estas posturas se relaciona una recaída con el fracaso de sostener el deseo de no consumir como la única razón por la que se puede presentar este cambio en el sujeto.

Para Marlatt y Gordon (1985) el modelo de prevención de recaída fue quien permitió generar una alternativa integral, flexible y además optimista frente a la experiencia de la recaída, puesto que considera que constituye la bifurcación entre las que el sujeto puede tomar la alternativa de reincidir en un contexto de consumo y mantenerse. También existe la alternativa de que este regreso al contexto de consumo pueda darse durante un lapso de tiempo y después el sujeto vuelva a corregir el abuso problemático de consumo y esto genere una nueva motivación para obtener un comportamiento deseado en el que el sujeto aproveche las oportunidades de cambio nuevamente.

Características de las recaídas

Existen indicadores que preceden la misma, en este caso Witkiewitz & Marlatt, (2004) mencionan que los lapsos, son el momento en el que el sujeto vuelve al comportamiento que estaba ligado al consumo, de hecho, en el mayor de los casos este antecesor trae inevitablemente la recaída (p. 111).

Explicando al consumo puntual como la disponibilidad de la sustancia, mientras que la recaída es el consumo reiterado asociado a reforzadores positivos y

negativos, búsqueda de consecuencias agradables o eliminación de consecuencias desagradables, es la vuelta al consumo continuado y compulsivo de la droga, la vuelta a su patrón de consumo anterior.

Por lo tanto, este lapso puede servir como el puente en el que el sujeto elige no volver al contexto de consumo, en este caso el sujeto experimenta un aprendizaje positivo al no retornar al contexto de consumo:

Un factor importante de mencionar es la situación de alto riesgo que se considera como cualquier contexto que le proporcione vulnerabilidad al sujeto para mantener su comportamiento objetivo de abstinencia, estos pueden direccionarse hacia el ámbito emocional como en el caso de un sentimiento negativo ligado a un nivel bajo de autoeficacia. (Villamarín, 1990, p. 55)

Se puede trasladar al ámbito ambiental, pueden ser situaciones ligadas a experiencias anteriores; además en el ámbito fisiológico, cuando existe una abstinencia aguda. Cabe mencionar que “las situaciones de alto riesgo varían, considerando la individualidad del sujeto y su experiencia en el contexto de consumo” (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, y Fiore, 2004)

Además, las situaciones de alto riesgo que son más frecuentes son las que se relacionan con el ámbito emocional (Brandon, Irvin, & Litvin, 2007) inherentemente estas se individualizan y no están marcadas para suceder en algún tiempo exacto, ni bajo un ambiente determinado o en un estado emocional particular, sin embargo, no se puede desplazar la importancia de la percepción del sujeto en base a su experiencia a lo largo de su historia de abuso de consumo.

Una reacción a la situación de alto riesgo son los lapsos, los mismos que pueden tener dos alternativas de acción, esto dependerá de la capacidad que tenga el sujeto de responder con afrontamientos que favorezcan el mantenimiento de abstinencia, la autoeficacia se transforma en una importante construcción cognitiva que va a ser utilizada en “la guía de acciones para la promoción de la salud mental y física así como también la prevención en el abuso de estupefacientes” (Melo y Castanheira, 2010, p. 659)

Si bien las recaídas conllevan a que una persona regrese a conductas anteriores, esta situación está mediada por la calidad de los procesos de recuperación, así como también por el seguimiento control que se realice después del tratamiento.

Recaída y autoeficacia

El manejo adecuado de situaciones de alto riesgo fortalece el desarrollo positivo y mantenimiento de autoeficacia percibida en el sujeto, puesto que el reaccionar con un afrontamiento adecuado evitará que el sujeto reinicie un consumo.

Otra alternativa de reacción negativa ante una situación de alto riesgo y provocando una recaída, afecta de igual forma al nivel de la autoeficacia del individuo puesto que guardará una experiencia negativa de fracaso ante un momento de crisis para el retorno al contexto de consumo. (Larimer, Palmer, y Marlatt, 1999)

En tal sentido, incidir en el desarrollo de la autoeficacia durante los tratamientos, posibilitará que la persona sea capaz de conocerse, valorar sus cualidades y capacidades y a partir de su educabilidad sea capaz de aprender intencionalmente para favorecer la concreción de comportamientos favorables en torno a sí mismo y su contexto.

Sin embargo es importante hacer hincapié de que en caso de existir una recaída después de un fracaso ante el manejo de una situación de alto riesgo, las creencias

y actitudes que presente el sujeto ante el acontecimiento también podrían terminar favoreciendo al trabajo de fortalecer o establecer una autoeficacia en el sujeto, puesto que la experiencia negativa de fracaso podría terminar constituyendo un lapso en el que el sujeto tome el camino de reiniciar el comportamiento objetivo inicial de abstinencia.

La finalidad del desarrollo de la autoeficacia es generar en el individuo la capacidad de elegir la mejor opción para resolver una dificultad y fortalecer la convicción de sus propias capacidades, para Villamarin (1990) es necesario reconocer que el aprendizaje vicario permite desarrollar estrategias en los individuos para afrontar problemas, pero no los vuelve parte de sí mismos y no perdura, en cambio la autoeficacia genera ejecución de conductas y no solo el modelado simple.

La importancia de generar autoeficacia en cada individuo demuestra que la resolución de problemas tiene su base en la autoestima y en la calidad de las relaciones sociales del sujeto.

Tal como lo señala Roa (2019) la familia es un pilar necesario en la sociedad y vínculo de las personas, la familia es el primer apoyo, y se comprende que la adicción no solamente existe en hijos sino también en padres, es por tanto importante considerar que el componente social es indispensable para establecer alianzas y mejorar el vínculo en la familia. las personas drogodependientes deben estar generalmente en compañía de familiares y amigos que influyan positivamente en su conducta, así como, recibir refuerzos terapéuticos secuenciales a fin de fortalecer sus niveles a autoeficacia, hasta un estado de recuperación integral (p. 7).

El factor cognitivo es importante para comprender el desarrollo de las adicciones y la relación de la autoeficacia con el riesgo de recaídas, para López, Salvador, Verdejo, y Cobo (2002):

Las cogniciones y conductas frente al consumo tienen que ver con las creencias de los efectos que produce el uso de drogas, así que la sensación de eficacia va a iniciar como una conducta de consumo en búsqueda de mejoría al creer que es un comportamiento alternativo, después de evidenciar que es un error buscar conductas que empeoren el estado del sujeto es donde urge la conciencia de enfermedad, por tanto, si se da la rehabilitación esta va a depender del fortalecimiento de las habilidades y alternativas de afrontamiento que genere el paciente. (p. 37)

En cuanto a la toma de decisiones sobre consumir tiene relación con la generación de expectativas sobre la autoeficacia, así como también el resultado que obtiene el paciente dependiendo del contexto en que se halle, “el punto clave en la autoeficacia es tener la capacidad de control sobre la drogodependencia, cuanto más largo sea el periodo entonces va a ser mejor la percepción de uno mismo sobre el autocontrol y por tanto se da el fortalecimiento de la autoeficacia” (López, Salvador, y Verdejo, 2002, p. 37), ante esta afirmación se destaca también que los factores de protección deben ser óptimos ya que la familia sirve de apoyo en todo el proceso de rehabilitación y evitar el riesgo de recaídas.

CONCLUSIONES

Se resalta la importancia que tiene el evaluar los niveles de autoeficacia durante un proceso de recuperación, esto debido a que un nivel alto de autoeficacia nos servirá como factor protector ante una situación de alto riesgo con respecto a la recaída, cabe mencionar que un trabajo post tratamiento enfocado en optimizar los niveles

de autoeficacia también terminaría favoreciendo al sujeto, puesto que ya se encuentra dentro de un contexto apartado de consumo, entonces la autoeficacia podría mantener niveles altos.

Todos los estudios e investigaciones presentados en el texto han demostrado que las puntuaciones altas en el nivel de autoeficacia puede ser el punto referente para identificar la seguridad o habilidad de afrontamiento que posee el sujeto para así tener una visión de cómo se podría fortalecer la autoeficacia y que en el sujeto disminuya el riesgo de recaída, si esta evaluación se realiza mientras se encuentra en un proceso de recuperación, la puntuación serviría para contrastar con estado del sujeto en relación a la fase de cambio en la que se encuentre y así poder intervenir en favor de fortalecer el nivel de autoeficacia.

Las experiencias positivas que posea el individuo ante una situación de alto riesgo, al no acceder al consumo el sujeto fortalecerá su nivel de autoeficacia, pero hay que tener en cuenta la integralidad del sujeto, puesto que para que sus niveles de autoeficacia aparezcan como un factor que beneficie la prevención de recaída, el sujeto formara su juicio a través de la evaluación previa de momentos, lugares y personas que puedan generar riesgo para el sujeto y siendo así, este reconocimiento previo proporciona al sujeto una visión más amplia de su propia capacidad y límites, finalmente aportando de forma positiva al desarrollo de autoeficacia.

Por tanto, se determina que como conclusión las situaciones estresantes de aquellos sujetos en riesgo, dependiendo del ambiente donde se encuentren, pueden servirles para superar la situación y ser una experiencia positiva en su vida, así como también ser un lapso para volver a tomar acciones que mejoren su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abaitua, B., & Ruiz, M. (1990). Rev. De Psicol. Gral. Y Aplic, Vol. 43. *Expectativas de autoeficacia y de resultado en la resolución de tareas de anagramas*, 45-52.

Baker, T., Piper, M., McCarthy, D., Majeskie, M., & Fiore, M. (2004). La motivación de la adicción reformulada: un modelo de procesamiento afectivo de refuerzo negativo. *Psychol Rev. Vol. 111, núm. 1*, 33-51.

Bandura, A. (1977). *Autoeficacia: Hacia una teoría unificadora del cambio de comportamiento.* Obtenido de Psychological Review. Vol. 84, núm. 2, pp. 191-215: https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1982). *Mecanismo de autoeficacia en la agencia humana.* Obtenido de Psicólogo estadounidense, Vol. 37, núm. 2, pp. 122-147: https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122

Brandon, T., Irvin, J., & Litvin, E. (2007). Prevención de recaídas y recaídas. *Annu Rev Clin Psychol. Vol. 3*.

Castillo-Bustos, M. R. (2021). Técnicas e instrumentos para recoger datos del hecho social educativo. *Retos de la Ciencia*. 5(10), pp. 50-61.

Castillo-Bustos, M. y Montoya-Rivera, J. (2015). Dinámica ideo-espiritual de la formación estético-pedagógica del docente. Alteridad, 10(2), pp. 190-204.

Grau, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez, L., . . . Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones, Vol. 24*, 115-122.

Hendershot, C., Witkiewitz, K., George, H., & Marlatt, G. (2011). Prevención de recaídas para conductas adictivas. Política anterior de tratamiento de abuso de sustancias. *Revista BMC. Vol. 6, núm. 17*.

Hinojosa, L., Alonso, M., & Castillo, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. Vol. 20, núm. 1*, 19-25.

Larimer, M., Palmer, R., & Marlatt, G. (1999). *Prevención de recaídas: una descripción general del modelo cognitivo-conductual de Marlatt.* Obtenido de Alcohol Res Health. Vol. 23, núm. 2, pp. 151-160: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760427/

Ledwidge, B. (1978). *Modificación cognitiva del comportamiento: ¿un paso en la dirección equivocada?* Obtenido de Psychological Bulletin, Vol. 85, núm. 2, pp. 353–375: https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.2.353

López Torrecillas, F. (2002). *Autoeficacia y consumo de drogas.* Obtenido de Dialnet: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2518067

López-Torrecillas, F., Salvador, M., & Verdejo, A. (2002). Autoeficacia y Consumo de Drogas: Una Revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 2.*, 33-51.

López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y Consumo de Drogas: Una Revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 2*, 33-51.

Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Prevención de recaídas: estrategias de mantenimiento en el tratamiento de conductas adictivas.* Nueva York: Guilford Press.

Melo, D., & Castanheira, L. (2010). *Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos.* Obtenido de Revista Latinoamericana de Enfermagem, Vol. 18: https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700024

Melo, D., & Castanheira, L. (2010). *Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos.* Obtenido de Revista Latinoamericana de Enfermagem, Vol. 18: https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700024

Melo, D., & Jaimes, M. (2015). *Autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y salud percibida de niños escolarizados.* Obtenido de Scielo.org: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n2/v20n2a09.pdf

Olivari Medina, C., & Urra, E. (2007). *Autoeficacia y Conductas de Salud*. Obtenido de Scielo. Ciencia y enfermería: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002

Pereyra, C., Ronchieri, C., Rivas, A., & Trueba, D. (2018). Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología, vol. 16, núm. 2*, 299-325.

Rivero, J. (2005). *Políticas educativas y exclusión: sus límites y complejidad.* Obtenido de Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, vol. 3, núm. 2: https://www.redalyc.org/pdf/551/55103204.pdf

Roa, M. (2019). *Cómo afectan las conductas adictivas en el entorno familiar y cómo prevenirlas.* Madrid: CEAPA.

Roca, M. (2002). Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductual,. *Revista cubana de psicología, vol. 19, núm. 3*, 195-200.

UNODC. (2017, Junio). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Ecuador.* Obtenido de Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe_Universitarios_Ecuador.pdf

Villamarín, F. (1990). Papel de la auto-eficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Análisis y Modificación de Conducta, Vol. 16, núm. 47*, 55-79.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. (2004). Prevención de recaídas para problemas de alcohol y drogas: eso era Zen, esto es Tao. *Am Psychol, vol. 59, núm. 4*, 224-235.

REVISTA CIENTÍFICA RETOS DE LA CIENCIA
http://retosdelacienciaec.com
mcrevistas@gmail.com

julio - diciembre 2021
Vol. 5, No. 11
e-ISSN: 2602-8247

INTELIGENCIA EMOCIONAL: EVALUACIÓN Y ESTRATEGIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

EMOTIONAL INTELLIGENCE: EVALUATION AND STRATEGIES IN TIMES OF PANDEMIC

Mateo Fabián Ortiz Mancero[1]
Aracelly Fernanda Núñez Naranjo [2]

Recibido: 2020-02-24 / **Revisado**: 2020-03-30 / **Aceptado:** 2020-04-05 / **Publicado:** 2020-06-30

Forma sugerida de citar: Ortiz-Mancero, M.F. y Núñez-Naranjo, A. F. (2021). Inteligencia Emocional: Evaluación y Estrategias en tiempos de pandemia. *Retos de la Ciencia*. 5(11), pp. 57-68.

RESUMEN

Este trabajo presenta un análisis de las estrategias metodológicas en función de la inteligencia emocional frente al rendimiento académico de estudiantes de educación superior durante la pandemia por covid-19. La población de estudio se conformó por 110 estudiantes. Tuvo un enfoque mixto, se realizó una investigación bibliográfica de las características y dinámica entre inteligencia emocional y rendimiento académico, se efectuó la recolección y análisis de datos mediante una batería psicológica Trait Meta-Mood Scale (TMMS) y boletines de calificaciones que permitieron describir, comprender e interpretar los fenómenos a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes, se aplicó la lógica deductiva de lo general a lo particular. Con los resultados obtenidos en el TMMS, se determinó que las estrategias metodológicas se centran en el desarrollo de habilidades emocionales, como un factor incidente el éxito y estabilidad social a través de la percepción, comprensión y manejo de emociones mismo que dan como resultado una apropiada relación entre el medio social y educativo. Se concluye que el contexto emocional del estudiante requiere de encontrar estabilidad emocional lo que conlleva a una mejora de su rendimiento académico.

Palabras clave: inteligencia emocional, conducta emocional, rendimiento académico.

[1] Magister en Educación, con mención en innovación y liderazgo educativo. Docente de nivelación y admisión Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador. Email: mateo.ortiz@unach.edu.ec / ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7124-1627

[2] Magister en Gestión de Proyectos Socio Productivos. Docente en la Facultad de Ciencias Humanas de la Educación y Desarrollo Social, Carrera de Educación Básica; Docente en la Maestría en Educación Mención Innovación y Liderazgo Educativo, Especialista en Pedagogía Universidad Tecnológica Indoamérica. Ecuador. Email: fernandanunez@indoamerica.edu.ec / ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7431-2339

ABSTRACT

This paper presents an analysis of methodological strategies in terms of emotional intelligence versus academic performance of higher education students during the COVID-19 pandemic. The study population consisted of 110 students. It had a mixed approach, a bibliographic research of the characteristics and dynamics between emotional intelligence and academic performance was carried out, data collection and analysis were performed by means of a psychological material Trait Meta-Mood Scale (TMMS) and report cards that allowed describing, understanding and interpreting the phenomena through the perceptions and meanings produced by the experiences of the participants, the deductive logic was applied from the general to the particular. With the results obtained in the TMMS, it was determined that the methodological strategies are focused on the development of emotional skills, as an incident factor for success and social stability through the perception, understanding and management of emotions, resulting in an appropriate relationship between the social and educational environment. It is concluded that the student's emotional context requires finding emotional stability which leads to an improvement in their academic performance.

Keywords: emotional intelligence, emotional conduct, academic performance.

INTRODUCCIÓN

La inteligencia emocional (IE) se origina de la necesidad de responder a la interrogante “¿por qué hay personas que se adaptan mejor que otras a diferentes situaciones de la vida diaria?” (Trujillo y Rivas, 2015). El identificar que los seres humanos tienen la necesidad de comunicarse y tratar de lograr los objetivos planteados a corto o largo plazo, da paso a que estas necesidades estén sujetas a emociones y sentimientos de satisfacción, esto, quiere decir que las emociones y sentimientos se relacionan entre sí, a la hora de conseguir todo lo que el cerebro y el entorno se ha propuesto (Cano Murcia y Zea Jiménez, 2012), por lo que los educadores deben contar con un amplio vocabulario emocional que procure ayudar a los alumnos a mirar en su interior para descubrir cuáles son sus estados emocionales y por qué están provocados (Bisquerra, 2005).

Fragoso-Luzuriaga (2015) menciona que es necesario diferenciar las competencias emocionales de los estudiantes que ingresan al sistema educativo superior, comprenderlas y diferenciar las emocionales para fortalecer procesos de permanencia y titulación. Alzina y Escoda (2007) decriben a la inteligencia emocional, como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarios para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales, con la finalidad de aportar un valor añadido a las funciones profesionales y promover el bienestar personal y social.

Alvarez, Pena y Losada (2017) relacionan que mejorar el bienestar de los orientadores a través de su inteligencia emocional se requiere describir el grado de relación de la inteligencia emocional con el nivel de bienestar laboral y vital, así Ramírez (2014) indica que los orientadores con altos niveles de inteligencia emocional poseen un recurso personal que les ayuda a sentirse ilusionados, motivados e implicados con su labor, de esta menara, la clave para el éxito en liderazgo es el resultado de interacciones sociales y no únicamente temas de desempeño operativo, de aquí que se supone que aquellos líderes con mayor desarrollo habilidades sociales

y por ende mayor grado de inteligencia emocional pueden conducir de mejor manera a sus seguidores y a la organización a alcanzar sus objetivos propuestos en todo ámbito que genere una interacción social (Nájera, 2016).

Desde el 2008 en Ecuador, la normativa expresa que la educación superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008), de igual manera se establece que el nivel de formación con sujeción al Reglamento de Régimen Académico expedido por el Consejo de Educacion Superior (2014), se organiza mediante carreras, licenciaturas y afines formando profesionales capaces de analizar, planificar, gestionar y evaluar modelos y estrategias de intervención en los campos profesionales asociados a las ciencias básicas, sociales, de la educación, de la salud, humanidades y arte, así, la inteligencia emocional juega un papel central entre las interacciones de los actores y observadores de las organizaciones, puesto que en los últimos años que se ha despertado el interés en el estudio de la inteligencia emocional por parte de las empresas (Brito, 2016).

La inteligencia emocional se percibe como factor protector de conductas problémicas como la violencia, impulsividad y el desajuste emocional (Fernández-Berrocal y Extremera, 2003), que se asocia con la disminución de conductas de riesgo para la salud entre las que se incluyen el consumo de tabaco y alcohol (Jimenéz, 2018). López, Megías, Leal, Gutiérrez y Fernández (2018) resaltan que las personas con una falta de habilidades emocionales recurren al consumo de drogas como una forma externa de autorregulación para disminuir, ocultar o ignorar sus estados emocionales negativos o para generar estados emocionales más agradables.

Según Bosada (2020) toda crisis, desde guerras hasta pandemias como la que se vive actualmente por el COVID-19, conlleva fuertes respuestas emocionales negativas, como pánico, estrés ansiedad, rabia y miedo. Desarrollar en las personas habilidades de aprendizaje socioemocional ayuda a que las situaciones estresantes se aborden con calma y con respuestas emocionales equilibradas. Además, estas competencias permiten fortalecer el pensamiento crítico para tomar decisiones mejor informadas en la vida, si no se atiende al desarrollo emocional de forma apropiada lo más probable es que haya un incremento de ansiedad, estrés, depresión, consumo de sustancias, comportamiento sexual de riesgo, impulsividad descontrolada, violencia.

La pandemia que se está atravesando por COVID-19 ha hecho que los estudiantes tengan que lidiar con sentimientos de aislamiento, frustración, aburrimiento, ansiedad y estrés; esto trae consigo una respuesta de desesperanza, depresión y enojo. Según Duan y Zhu (2020) Los jóvenes-adultos de 20 a 30 años no saben identificar sus emociones y por ende, han sido más susceptibles a los cambios que la pandemia por COVID-19 ha provocado; no hay un entendimiento acerca de la función real de la inteligencia emocional. Desde algunos estudios psicológicos, se ha visto que el estado de alarma nacional derivado de la epidemia del COVID - 19, genera en muchos, emociones como el miedo, la ansiedad, el estrés y el malestar emocional en un contexto de incertidumbre y de sobreinformación.

Según Dussel y Pulfer (2020) la pandemia de la COVID ha sido difícil, no solo por el riesgo del contagio, sino por la incertidumbre de no saber cuándo terminará y si se podrá vivir de nuevo sin miedo. En un libro reciente sobre la situación de la educación

en tiempos de la pandemia, hecho a gran velocidad por docentes iberoamericanos, se resalta que el cierre de las escuelas es un acontecimiento traumático para los actores educativos; no se sabe a ciencia cierta cuáles serán los efectos, si al regresar se reinstalarán las viejas prácticas y se volverá a la "vieja normalidad" o la "nueva normalidad" será beneficiosa para innovar y romper inercias, y si el sistema se reinventará o, como lo que mencionan, permanecerá la "escuela profunda" caracterizada por la desigualdad.

Según Boyantzi, Goleman, y Rhee (2000), el rendimiento académico de los escolares tradicionalmente se ha asociado a la capacidad intelectual previa que permitiera la posibilidad de obtener buenas calificaciones. Actualmente se considera que el equilibrio personal es un factor clave para lograr un mejor rendimiento. En este sentido, conocer las propias emociones y saber restaurarlas ante las dificultades serán aspectos de importancia, así, la inteligencia emocional es uno de los aspectos relevantes a tener considerar en las habilidades y capacidades de las personas, que favorece y facilita la consecución de metas en el individuo en su tarea vital, y actúa como buena pre-dictora de la adaptación de una persona al medio.

Según Gonzalez (2020), el COVID-19 muestran una disminución de la motivación y del rendimiento académico con un aumento de la ansiedad y dificultades familiares, que genera reacciones diversas: iniciando con el miedo, enojo por el confinamiento, desconfianza, angustia, duelo por los seres queridos enfermos o que fallecieron por el contagio, lo que es un desencadenante de bajos niveles de autoestima, esfuerzo académico, laboral e interpersonal.

DESARROLLO

La inteligencia emocional para Goleam (1995) y Goleam (1998) es la capacidad para escoger las mejores opciones en la búsqueda de una solución, en cualquier caso, la inteligencia aparece relacionada con la capacidad de entender y elaborar información para usarla de manera adecuada. La inteligencia emocional es la que guía a diario para enfrentar las situaciones del contexto, mientras que en el ámbito educativo es la base esencial para el desarrollo de las capacidades en la vida diaria (Velasco Bernal, 2014).

Los inicios de la inteligencia emocional son postulados por parte de Alfred Binet en 1905 con la creación del primer test de inteligencia psicométrica con el cual se identifica que alumnos tienen éxito en sus vidas, a pesar que este modelos ha sido criticado por Sternberg y Gardner con nuevas concepciones de inteligencia es así que Sternberg en 1997 considera que hay que ir más allá del cociente intelectual y más allá de la inteligencia analítica, ya que ésta no es suficiente para tener un futuro de éxito (Jimenéz, 2018).

Barbosa y García (2018) plantean la hipótesis de que los alumnos con mayor nivel de inteligencia emocional muestran a lo largo del curso menores sentimientos de agotamiento, cinismo, estrés y mayores actitudes positivas hacia sus tareas mayor nivel de vigor dedicación y absorción, efectos positivos que explica la relación positiva y significativa en los estudios mismos que vinculan la inteligencia emocional con el rendimiento académico, mientras que Sigcha (2019) determina que existe una correlación directamente proporcional entre la inteligencia emocional y la conducta prosocial.

Educar con inteligencia emocional en los centros educativos implica que los docentes identifiquen los sentimientos y emociones, sepa controlar la expresión, no reprimir sino ofrecer modelos adecuados de expresión cuando se trata de emociones

negativas que suelen ser más difíciles de comunicar de una forma respetuosa (Ibarrola L. De Davalillo, 2013). Evidentemente la educación de las emociones requiere una formación inicial pero también una formación permanente (Velasco Bernal, 2014). Este tipo de educación es importante, ya que se convierte en una prevención de estrés, depresión, conflictos interpersonales y a la vez potencia su desarrollo como persona (Alzina, Esnaola y Sarasa, 2015).

Importancia de la inteligencia.- Una de las posturas más conocidas de inteligencia emocional es la de Bisquerra (2005) pues indica que todo educador debe enseñar un amplio vocabulario emocional, procura ayudar a sus alumnos a mirar en su interior para descubrir cuáles son sus estados emocionales y por qué están provocados, de esta manera el alumnado comprende que las emociones son una parte fundamental del ser humano determinando el comportamiento, manifestaciones a través del ajuste social, el bienestar y la salud del individuo (Alzina, Esnaola y Sarasa, 2015).

Cada vez más niños no reciben en la vida familiar un apoyo seguro para transitar por la vida y que muchos padres no pueden ser modelos de inteligencia emocional para sus hijos, por lo que las escuelas pasan a ser el único lugar hacia donde pueden volverse las comunidades en busca de pautas para superar las deficiencias de los niños en la aptitud social y emocional (López y González, 2016), por lo que se requiren dos cambios importantes: que el profesorado comprenda que educar es mucho más que transmitir conocimientos y que la familia y los miembros de la comunidad se involucren más profundamente con la actividad escolar (Alzina, Esnaola y Sarasa, 2015).

Para el psicólogo estadounidense Howard y Gardner la inteligencia le da un sentido más amplio tomando en consideración diferentes tipos de inteligencia siendo, estas: inteligencia musical, inteligencia cenestésica corporal, inteligencia lógico-matemática, inteligencia lingüística, inteligencia espacial, inteligencia interpersonal, inteligencia intrapersonal (Herrera, 2018).

Aportes teóricos inteligencia emocional. - Para Salovey, Woolery y Mayerm la inteligencia emocional tiene tres ámbitos de expresión para las emociones, regulación de las emociones y utilización de la información de carga emocional en el pensamiento y la actuación (López y González, 2016). Por otra parte, Dulewicz y Higgs 1998, encuentran seis elementos en los cuales se relata la autoconciencia, control emocional, automotivación, empatía, manejo de relaciones, comunicación interpersonal y estilo personal (López y González, 2016).

Aspectos importantes como la empatía y la percepción interpersonal sumada a la autoestima se han identificado como variables de alto significado dentro de las relaciones sociales, éxito en actividades laborales como académicas (López y González, 2016).

A lo largo de los primeros años de vida, se adquiere emociones tales como: alegría, miedo y enfado mismos que se demuestran por medio de símbolos, signos, significados que los seres humanos sienten, siempre basándose en las experiencias pasadas, en el aprendizaje, el carácter y el estado de ánimo (Cruz, Mesa y Díaz, 2019). Ciertas reacciones de comportamiento y fisiológicas que se despliegan de las emociones son innatas, mientras que otras se pueden adquirir. Finalmente, la expresión de las emociones, se enfocan en la comunicación verbal que el individuo envía sobre el sentir y pensar y la no verbal que se enfatiza con las expresiones faciales y movimientos corporales, mediante las cuales el sujeto expresa agrado o desagrado ante la emoción. La respuesta ante una emoción difiere de una persona a otra, pues cuando la persona ya ha experimentado con anterioridad ciertas emociones

esta preparado para reconocer, interpretar y actuar de una forma acertada ante la situación que se le presente (Rodríguez Macuna, 2015).

Es importante correlacionar la comunicación verbal y no verbal, pues es de gran ayuda para enfatizar y expresar racionalmente la emoción que en el momento se está dando gracias a aquello se logra la comprensión ante otras personas para que se interprete de manera correcta (Cruz, Mesa y Díaz, 2019).

Uno de los factores que juegan un papel fundamental en el desarrollo de la inteligencia emocional es la familia, ya que la conexión que tienen en la infancia es de suma importancia para el bienestar infantil, por lo cual los padres deben expresar de manera constante amor condicional, valor y apoyar en las actividades que desarrollan los niños (Mesa Jacobo, 2015). La autoestima y la inteligencia emocional fortalece de manera positiva este factor, mediante el análisis e identificación de emociones y conductas que dan un valor adecuado a las fortalezas y así se mejoraran las debilidades (Trinidad Nazario, 2018).

Otro factor corresponde a la educación, el proceso educativo se enfoca más allá del desarrollo cognitivo, ya que es de suma importancia promover el desarrollo emocional, el docente es la guía fundamental en el desarrollo emocional del ser, con respecto a fortalecer las habilidades que permiten enlazar la motivación permanente de esta manera se relaciona con el entorno y en especial poseer seguridad (Mesa Jacobo, 2015).

Entre las propuestas más validadas que existe acerca de la inteligencia es la de Extremera, Duran y Rey (2007) quienes aportan un marco conceptual para investigar la capacidad de adaptación social y emocional de las personas, Daniel Goleman quien escribió el primer best seller el primer libro basado en la funcionalidad contextual de las emociones y el modelo propuesto por Salovey, Woolery, y Mayerm (2001) la cual se centra en las habilidades emocionales desarrolladas por medio del aprendizaje y la experiencia cotidiana, en el cual se define qué es necesario la habilidad de las personas para percibir, usar, comprender y manejar las emociones (Mellado, Sánchez Herrera, Vicente y Bermejo, 2017).

Desarrollo de habilidades en tiempos de pandemia. - Es necesario revisar el desarrollo de habilidades que en tiempos de pandemia pueden ser fortalecidos o debilitados.

La facilitación emocional. - es aquella en la que el individuo tiene la capacidad para generar sentimientos que facilitan el pensamiento o los procesos cognitivos frente a una circunstancia (Barbosa y García, 2018).

Comprensión emocional. - es la que integra lo que se siente dentro del pensamiento y considera lo necesario para el cambio en las emociones tanto positivas como negativas. Por lo que para los autores enlazando de forma adecuada estas habilidades se puede facilitar el crecimiento personal y el ajuste emocional dentro de los diferentes contextos (Barbosa y García, 2018).

Estrategias para el desarrollo de la habilidad emocional en pandemia. - En el uso de estrategias participativas en el aula y específicamente para el desarrollo de la inteligencia emocional, se basa en encaminar a incentivar el interés del estudiante integrando habilidades, valores, actitudes y normas, ya que esto incrementa el aprendizaje y posibilita un ambiente armónico en el aula (Tapias, 2018).

Aquel docente que solo conoce de la materia, aunque la domine a la perfección, si no aplica estrategias metodológicas no logra desarrollar la I.E. de sus estudiantes (Tapias, 2018). Para Palacios Valderrama, Alvarez Aviles, Moreira Bolaños, y Moran Flores (2017) “el desarrollo de la I.E implica necesariamente un aprendizaje activo y

significativo a través del cual se construye un significado mediante la interacción y el diálogo para desarrollar habilidades sociales, curiosidad, reflexión y el aprovechamiento de conocimientos con el fin de tomar determinaciones y ofrecer soluciones".

Alvarez, Pena, y Losada (2017) manifiesta que el alumno adquiere habilidades no solo en las que se apropia de los conocimientos que se le imparten, sino que adquiere la habilidad de resolver problemas, con rigor científico-afectivo, aprender a llevar responsablemente y colaborar siempre con quienes interactúan en su contexto y se adapte a estar informado a partir de la lectura constante, para así llevar esa información a la expresión escrita.

El docente debe crear un ambiente acogedor en el contexto de aula, para que el estudiante se sienta cómodo y pueda cumplir con la actividad indicada, donde su papel de facilitador corresponde en incitar a la reflexión, aprendizaje autónomo y colectivo, desarrollando su independencia cognoscitiva (Tapias, 2018).

Relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico. - García Jiménez, Alvarado y Amelia (2014), define que el rendimiento escolar es el nivel de conocimiento demostrado en un área o materia comparado con la norma de edad y nivel académico. Cavero (2019), considera que el rendimientoacdemico predice el equilibrio emocional y examina la viabilidad del constructo como factor explicativo del rendimiento académico, no como una relación directa entre I.E y logro académico, sino analiza el efecto mediador que una buena salud mental ejerce sobre el rendimiento escolar de los estudiantes (Trinidad Nazario, 2018).

Las limitaciones evidentes de tiempo y espacio obligan a los educadores a decidir qué habilidades básicas se debe enseñar en el aula y cuáles se desarrollan por los alumnos en su vida cotidiana (Alva, 2017). De allí la interrogante ¿qué es lo que necesitan aprender los estudiantes para evitar futuros problemas?, el modelo de Salovey y Mayer proporcionan un medio eficaz para determinar las habilidades emocionales básicas y crear una base emocional que sirve para la adquisición y promoción de otras competencias sociales, emocionales y afectivas más complejas (Cavero, 2019). Los programas de aprendizaje socioemocional se centran en aspectos cognitivos como es la creatividad, razonamiento, solución de problemas, mientras que otros se centran solamente en habilidades sociales como es la asertividad, presión de grupo, manejo de conflictos (Alva, 2017).

La inteligencia emocional se enseña en los sistemas básicos de educación siendo adecuado cualquier contexto y su aprendizaje es necesario a lo largo del ciclo de vida, no obstante las habilidades emocionales básicas son introducidas desde la escuela a partir de los tres años de edad e influye de manera decisiva en la adaptación social y psicológica de los estudiantes, en su bienestar emocional, e incluso en sus logros académicos y en su futuro laboral (Cavero, 2019).

Estrategias para fortalecer la IE en pandemia. -Comprender el estilo de aprendizaje y recompensa que este genera al momento de evocar lo aprendido, las bases primordiales de esto son cómo, el estudiante ha captado el mensaje, como siente la actividad, es decir si la percibe como aburrida, cansada, tediosa, o si la observa como un reto, algo diferente a lo que mientras mejor responde, mejor recompensa tiene académicamente.

El docente debe conocer y manejar un vocabulario emocional amplio, en pro de generar en el estudiante confianza, con la tendencia de reconocer todo lo que este brinda, como positivo, olvidarse por un momento de la clásica evaluación cualitativa,

sumativa, que se enfoca en el valor que un estudiante obtiene al repetir información redundante de la web.

Las circunstancias de aprendizaje son difíciles por la condición de conectividad en todo el mundo, lo que genera emociones de frustración y cuando esto sucede el estudiante, frena su motivación por entender, aprender, asimilar los contenidos expuestos, mira su posición y cree no poder competir en el mundo académico por la falta de recursos, aquí es donde entra el aspecto de innovar y manejar la tendencia del que no importan los medios, sino la producción de la creatividad a través de diferentes caminos, se refiere a que las tareas están encaminadas al uso exclusivo de herramientas tecnológicas, desde niños se tiene contacto con el método pictográfico, donde se puede representar la percepción del mundo, se debe olvidar la limitación que las tics dan y se debe empezar por desarrollar la capacidad creativa del estudiante, reconociendo esto como la cumbre de la educación, así denota el maestro actual, constructivista, que parte de un currículo flexible (Bosada, 2020).

No obstante, hay que reconocer la valides de los recursos tecnológicos, más aun, algunas aplicaciones que sirven para mejorar el reaprender que tiene un estudiante, desde el método lúdico, a través de juegos donde la actividad se vuelva atractiva y a su vez significativa, es así que las herramientas como Kahoot, Genially, ponen de manifiesto la estrecha relación que existe entre la estructura mental y la actividad lúdica, confirmada en la evolución del juego que se va dando en el individuo desde los más elementales juegos sensorio motrices a complejos juegos de reglas que contienen muchas de las normas sociales y morales propias de la sociedad adulta (Tovar, 2017).

Estrategia de repetición. - consiste en pronunciar, nombrar o decir de forma repetida los estímulos presentados dentro de una tarea de aprendizaje. Se trataría, por tanto, de un mecanismo de la memoria que activa los materiales de información para mantenerlos en la memoria a corto plazo y, a la vez, transferirlos a la memoria a largo plazo. Por otro lado, mientras que la estrategia de elaboración trata de integrar los materiales informativos relacionando la nueva información con la información ya almacenada en la memoria, la estrategia de organización intenta combinar los elementos informativos seleccionados en un todo coherente y significativo. Además, dentro de esta categoría de estrategias cognitivas también estarían las estrategias de selección o esencialización, cuya función principal es la de seleccionar aquella información más relevante con la finalidad de facilitar su procesamiento (Tapias, 2018).

Estrategias metacognitivas. - son un conjunto de estrategias que permiten el conocimiento de los procesos mentales, así como el control y regulación de estos con el objetivo de lograr determinadas metas de aprendizaje, el conocimiento metacognitivo requiere consciencia y conocimiento de variables de la persona, de la tarea y de la estrategia (Caramelo, 2017). Se debe desarrollar en forma consciente y sistemática las habilidades socioemocionales que necesitan los estudiantes para afrontar situaciones inciertas y desconcertantes que actualmente enfrentan ante la pandemia por COVID-19.

La importancia de los componentes afectivo-motivacionales en la conducta estratégica es puesta de manifiesta por la mayor parte de los autores que trabajan en este campo. Todos coinciden en manifestar que los motivos, intenciones y metas de los estudiantes determinan en gran medida las estrategias específicas que utilizan en tareas de aprendizaje particulares. Por eso, entienden que la motivación es un

componente necesario de la conducta estratégica y un requisito previo para utilizar estrategias (Caramelo, 2017).

Según Bosada, (2020), para mejorar la formación de los docentes en el ámbito socioemocional se deben incluir las habilidades socioemocionales en los programas de formación docente, tanto en la formación inicial como en la práctica de la docencia, y en programas de desarrollo profesional, a fin de abordar el estrés e impulsar las competencias emocionales y sociales en el aula, garantizar que los directores de los centros educativos asignen tiempo a los docentes para su formación socioemocional y les den la oportunidad de adquirir estas habilidades y promover la comunicación y la creación de redes entre docentes. Es decir, crear comunidades de prácticas entre el profesorado dentro de los centros educativos y entre escuelas distintas para fomentar el aprendizaje de las habilidades socioemocionales, el apoyo mutuo y el bienestar continuos. Hay que tener en cuenta que, “el docente posibilita la comunicación multidireccional en el intercambio de ideas, experiencias, conocimientos, emociones, sentimientos y pasiones en función de la reciprocidad y capacidad de impacto social mutuo entre docentes y educandos, a partir de la cultura, como vínculo estético primordial.” (Castillo, 2015, p. 199)

MÉTODO

Este trabajo se basó en un enfoque mixto, se realizó una investigación bibliográfica de las características y la dinámica entre I.E y rendimiento académico, se efectuó la recolección y análisis de datos mediante una batería psicológica Trait Meta-Mood Scale (TMMS IV) y boletines de calificaciones que permitieron describir, comprender e interpretar los fenómenos a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes, se aplicó la lógica deductiva de lo general a lo particular. La población considerada estuvo constituida por 156 estudiantes de los primeros semestres de la carrera Pedagogía de las Artes de la UNACH, acorde a los listados obtenidos por parte de la secretaria de carrera perteneciente al periodo académico 2020.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del test TMMS-24 se basó en el Trait Meta- Mood Scale del grupo de investigación de Salovey y Mayer que está conformada por 24 ítems que valora tres factores: percepción, comprensión y regulación de la emoción (Villacreces & Achi, 2017). En el cual de 50 estudiantes hombres que representan el 100%; el 59% posee un nivel adecuado de percepción emocional; el 21% se ubica en un nivel bajo de percepción emocional; y el 20% se sitúa en un nivel alto de percepción emocional y de 60 estudiantes mujeres que representan el 100%; el 62 % posee un nivel adecuado de percepción emocional; el 26 % se ubica en un nivel bajo de percepción emocional; y el 12 % se sitúa en un nivel alto de percepción emocional.

En cuanto a la comprensión emocional de 50 estudiantes varones que representan el 100%; el 41% se sitúa en un nivel alto de comprensión emocional.; el 53% posee un nivel adecuado de comprensión emocional; y el 6% se ubica en un nivel bajo de comprensión emocional, en cuanto a las mujeres de 60 estudiantes mujeres que representan el 100%; el 49 % posee un nivel adecuado de comprensión emocional; el 31 % se ubica en un nivel bajo de comprensión emocional; y el 20 % se sitúa en un nivel alto de comprensión emocional.

DISCUSIÓN

Educar con inteligencia emocional implica que el profesorado identifique los sentimientos, emociones, control de la expresión, ofreciendo modelos adecuados para la expresión sobre todo de emociones negativas que suelen ser las más difíciles de comunicar (Rodríguez Macuna, 2015). Siendo así que se exige dos cambios importantes que el profesorado comprenda que educar es mucho más que transmitir conocimientos y que la familia y los miembros de la comunidad se involucren profundamente con la actividad escolar mejorando de esta manera la asimilación de los conocimientos y mejorando el rendimiento académico (Alzina, Esnaola y Sarasa, 2015.

Las personas que poseen habilidades emocionales tienden a ser más productivas y efectivas en las actividades que emprenden, motivarse a sí mismo una emoción tiende a impulsar hacia una acción, por eso la emoción y motivación están íntimamente interrelacionados (García-Fernández y Jiménez-Mas, 2010).

Finalmente, en conclusión, cabe señalar que la investigación determinó que existe una correlación ente la inteligencia emocional y el rendimiento académico de los estudiantes de la carrera de de pedagogía de las artes en la Universidad Nacional de Chimborazo, lo que indicaría que la inteligencia emocional y el rendimiento académico guardan una relación recíproca y directa, así que aquel que tiene una alta inteligencia emocional tiende a tener un buen rendimiento académico y por el contrario quien presenta una inteligencia emocional baja tiende a tener un bajo rendimiento académico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alva, M. C. (2017). Autoestima, hábitos de estudio y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Dialnet Propósitos y Representaciones.

Alvarez, M., Pena, M., & Losada, L. (2017). “Mission Possible: Improve the Welfare of Counselors through Their Emotional . Revista Española de Orientación y Psicopedagogía.

Alzina, L., Esnaola, I., & Sarasa, M. (2015). European Journald of Education and Psychology Predictive Capacity of Social Support on Emotional Intelligence in Adolescence. European Journal of Education and Psychology, 23-29.

Alzina, R. B., & Escoda, N. P. (2007). Las Competencias Emocionales. Facultad de Educación. UNED , 61-82.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Ley Organiza de Educacion Superior(LOES). Quito: SITEAL.

Barbosa, S. H., & García, M. A. (2018). Inteligencia emocional y control de estrés. Repositorio-Universidad Cooperativa de Colombia.

Bisquerra, A. R. (2005). La Educación Emocional En La Formación Del Profesorado. Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado, 95.

Bosada, M. (27 de Mayo de 2020). Educaweb. Obtenido de Educaweb: https://www.educaweb.com/noticia/2020/05/27/educacion-emocional-clave-ensenanza-aprendizaje-tiempos-coronavirus-19205/

Boyantzi, Goleman, & Rhee. (2000). Custering competence in emotional intelligence.Insights from the emoyional competence inventory. Jossey-Bass.

Brito, J. G. (2016). Inteligencia Emocional y Liderazgo. INNOVA Research Journal, 16-21.

Castillo-Bustos, M. R. y Montoya-Rivera, J. (2015). Dinámica ideo-espiritual de la formación estético-pedagógica del docente. *Alteridad*, 10(2), pp. 190-204.

Cano Murcia, S. R., & Zea Jiménez, M. (2012). Manejar las emociones, factor importante en el mejoramiento de la calidad de vida. Revista Logos, Ciencia & Tecnología, 58-67.

Caramelo, Á. M. (2017). Estrategias de aprendizaje e inteligencia emocional y su relacion con el rendimiento académico . Repositorio Universidad Internacional de la Rioja UNIR.

Cavero, M. Á. (2019). Inteligencia emocional y rendimiento académico en alumnos de educación secundaria obligatoria. Facultad de Educación Universidad de Zaragoza, España.

Consejo de Educacion Superior (CES). (2014). Reglamento de Regimen Academico. Quito.

Cruz, R. G., Mesa, M. C., & Díaz, M. B. (2019). Convivencia y bienestar: categorías necesarias para la educación positiva. Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos.

Duan, & Zhu. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. The Lancet Psychiatry ,.

Dussel, Ferrante, & Pulfer. (2020). Revista digital de la Universidad autonoma de Chiapas. Obtenido de Revista digital de la Universidad autonoma de Chiapas: http://redesib.formacionib.org/grupos/docentes-frente-a-la-pandemia/blog/pensa

Extremera, N., Duran, A., & Rey, L. (2007). Inteliegencia emocional y su relacion con los niveles de Burnout, engagement y estres en estudiantes universitarios. España: Revista de Educacion.

Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2003). Relation of perceived emotional intelligencegence and health-related quality of life in middle-aged women. Psychological Reports, 47-59.

Fragoso-Luzuriaga, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? Revista iberoamericana de educación superior, 10-25.

García Jiménez, M. V., Alvarado, I., & Amelia, J. B. (2014). La predicción del rendimiento académico: regresión lineal versus regresión logística . Journal Scholar Metrics.

García-Fernández, M., & Jiménez-Mas, S. I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. Revista Digital del Centro del Profesorado Cuevas-Olula(Alemania).

Goleam, D. (1995). Emotional Intelligence. New York: Bantam: .

Goleam, D. (1998). Emotional Intelligence. New York: Bantam: .

Gonzalez, L. (15 de Octubre de 2020). Revista digital de la universidad autonoma de Chiapas. Obtenido de Revista digital de la universidad autonoma de Chiapas: https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/249/782

Herrera, M. C. (2018). El refuerzo pedagógico como herramienta para el mejoramiento de los aprendizajes. Repositorio Universidad Andina Simón Bolívar .

Ibarrola L. De Davalillo, B. (2013). Dirigir y educar con Inteligencia Emocional. Ponencia del VII Congreso de Educación y Gestión .

Jimenéz, A. J. (2018). Inteligencia emocional. AEPap. Curso de Actualiazion Pediatria.

López, M. S., Megías, A., Leal, R. G., Gutiérrez, M., & Fernández, P. (2018). Relación entre la inteligencia emocional percibida y el comportamiento de riesgo en el ámbito de la salud. Escritos de Psicología .

López, R. B., & González, M. (2016). Rendimiento Académico y Autopercepcion de Inteligencias Multiples e Inteligencia Emocional. Revista Electrónica “Actualidades Investigativas en Educación”.

Mesa Jacobo, J. R. (2015). Inteligencia Emocional, Rasgos de Personalidad e Inteligencia Psicométrica en Adolescentes . Universidad de Murcia - Facultad de Psicología - tesis .

Nájera, S. (2016). Liderazgo e Inteligencia Emocional. INNOVA Research Journal.
Palacios Valderrama, W. N., Alvarez Aviles, M. E., Moreira Bolaños, J. S., & Moran Flores, C. (2017). Una mirada al pensamiento crítico en el proceso docente educativo de la educación superior. EDUMECENTRO.
Ramírez, M. d. (2014). La influencia de la inteligencia emocional en el trabajo del orientador educativo y laboral. Dialnet, Avances en Ciencias de la Educación y del Desarrollo.
Rodríguez Macuna, L. M. (2015). Inteligencia Emocional y Aprendizaje en la Infancia. Universidad Pedagógica y Tecnológica De Colombia - Repositorio.
Salovey, P., Woolery, A., & Mayerm, J. B. (2001). Emotional Intelligence: Conceptualization and Measurement - Chapter Eleven. University of New Hampshire- Scholars Repository.
Sigcha Paredes, A. P. (2019). DSpace Universidad Indoamerica. Obtenido de http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/1259/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%c3%93N%20SIGCHA%20ALISSON.pdf
Supervía, P. U., & Bordás, C. S. (2018). Motivación escolar, inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de educación secundaria obligatoria. Revista UCR.
Tapias, M. G. (2018). Estilos de aprendizaje, estrategias para enseñar. su relación con el desarrollo emocional y “aprender a aprender”. Repositorio Universidad de Valladolid, España. .
Tovar, M. (2017). El método lúdico y su influencia en el desarrollo de habilidades cognitivas . En M. Tovar, El método lúdico y su influencia en el desarrollo de habilidades cognitivas (pág. 40). Lima .
Trinidad Nazario, N. Y. (2018). La inteligencia emocional y el rendimiento académico en alumnos del tercer ciclo del programa academico de Psicología de la Universidad de Huánuco 2017- II. Repositorio Universidad de Huánuco.
Trujillo Flores, M. M., & Rivas Tovar, L. A. (2015). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 9-24.
Velasco Bernal, J. J. (2014). La Inteligencia Emociona. Industrial Data , 80.
Vera, R. (2014). Universidad Tecnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Terapia Física.
Villacreces, J. A., & Achi, V. H. (2017). Aplicación del test TMMS-24 para el análisis y descripción de la Inteligencia Emocional considerando la influencia del sexo.

REVISTA CIENTÍFICA RETOS DE LA CIENCIA
http://retosdelacienciaec.com
mcrevistas@gmail.com

julio - diciembre 2021
Vol. 5, No. 11
e-ISSN: 2602-8247

LA PSICOMOTRICIDAD EN EL MANTENIMIENTO DE FUNCIONES COGNITIVO-MOTORAS DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

PSYCHOMOTRICITY IN THE MAINTENANCE OF COGNITIVE-MOTOR FUNCTIONS OF OLDER ADULTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Camila Pozo Cevallos [1]
Silvio Fonseca Bautista[2]

Recibido: 2021-03-19 / **Revisado**: 2021-04-20 / **Aceptado:** 2021-05-10 / **Publicado:** 2021-07-01

Forma sugerida de citar: Pozo-Cevallos, C. y Fonseca-Bauttista, S. (2021). La psicomotricidad como estrategia de intervención en el mantenimiento de las funciones cognitivas y motoras de sujetos adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve. *Retos de la Ciencia*. 5(11), pp. 58-67.

RESUMEN

El deterioro cognitivo leve (DCL) es uno de los principales trastornos cognitivos presentes en los adultos mayores; el incremento de la población con este diagnóstico es una realidad alarmante, así como también la evolución de DCL hacia la demencia. Las funciones mentales y motoras en los adultos con DCL podrían mantenerse mediante la realización de actividades de estimulación cognitiva y motrices. El estudio pretendió determinar la efectividad de un programa de psicomotricidad en el mantenimiento de las funciones cognitivas y motoras de los adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve. Once pacientes diagnosticados con DCL fueron evaluados mediante tres baterías tanto sus funciones cognitivas como motoras, esto antes y después de la aplicación del Programa de Psicomotricidad; el mismo constó con un total de 24 sesiones. Los resultados de las evaluaciones iniciales y finales obtenidos fueron analizados y comparados y se comprobó la eficacia del programa al obtener la media aritmética y la desviación estándar de los resultados. Las funciones cognitivas y motoras de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) mejoraron con la aplicación del programa de psicomotricidad.

Palabras clave: cognición, memoria, envejecimiento, psicología.

[1] Psicologa Infantil y Psicorrehabilitadora. Centro de Diagnóstico e Intervención en Especialidades Psicológicas. Ecuador. Email: caminicole23@hotmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3409-0254
2 Doctor en Psicología Clínica. Profesor en la Facultad de Psicología en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ecuador. Email: sfonseca001@puce.edu.ec / ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9064-1220

ABSTRACT

Mild cognitive impairment (MCI) is major cognitive disorders present in older adults; the increase in population with this diagnosis is an alarming reality, as well as the evolution of DCL to dementia. Mental and motor functions in adults with DCL could be maintained by performing cognitively stimulating activities and motor. This study aims to determine the effectiveness of a psychomotor program in the maintenance of cognitive and motor functions of older adults with mild cognitive impairment. Eleven patients diagnosed with MCI were evaluated by means of three batteries, both their cognitive and motor functions, this before and after the application of the Psychomotor Program; it consisted of a total of 24 sessions. The results of the initial and final evaluations obtained were analyzed and compared and the effectiveness of the program was verified by obtaining the arithmetic mean and the standard deviation of the results. The cognitive and motor functions of older adults with mild cognitive impairment (MCI) improved with the application of the psychomotor program.

Keywords: cognition, memory, aging, psychology

INTRODUCCIÓN

El estudio realizado aborda la eficacia de un programa de psicomotricidad como estrategia de intervención en el mantenimiento de las funciones cognitivas y motoras en adultos mayores que presentan deterioro cognoscitivo leve (DCL). Según un estudio de 1999 de Petersen, define al DCL como “un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria y sin que se cumplan criterios de demencia” (7).

En el 2017 para Arriola es de igual forma importante considerar descartar el cumplimiento de criterios de demencia, pues en su definición considera que el DCL es una “alteración en uno o más dominios de la cognición superior/es a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo, pero que no es de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia” (6).

Ambos autores hacen énfasis en la importancia de considerar la intensidad de los síntomas para considerar o no en un individuo DCL y descartar una demencia. Si bien es cierto tanto el DCL como la demencia tienen algunos criterios diagnósticos en común, pero es importante considerar tanto la intensidad del deterioro como también las funciones cognitivas que se encuentran afectadas para poder diferenciar una de la otra.

Los trastornos cognitivos suponen una de las enfermedades más frecuentes en la población adulta mayor. Actualmente en la mayoría de los países existe un aumento significativo de esta población, por ende, el índice de individuos con Deterioro Cognitivo también aumenta.

En el 2008 para Estrella, González y Moreno, todos los países pasan por una transición hacia sociedades más viejas que las del siglo pasado, como consecuencia de la universalización del descenso de la mortalidad a todas las edades, el aumento de la esperanza media de vida y el descenso de la fecundidad, el incremento de la población de más de 65 años, y aún mayor de 80 años es incuestionable. Se prevé que el porcentaje de mayores de 60 años se duplicará sobradamente hasta presentar más de la quinta parte de la población mundial en el año 2050 cuando el porcentaje de viejos y jóvenes se igualaran (1).

Con esto, es claro que el deterioro cognitivo leve en adultos mayores va aumentando sus cifras, es por ello que surge el interés de realizar investigaciones que aborden a este tipo de población, porque además de que las cifras de DCL aumentan. La realidad mundial no difiere de nuestra sociedad; sin embargo, las investigaciones relacionadas con estas temáticas, en nuestro país, son limitadas y escasas.

En el Ecuador casi la mitad de las personas mayores de 85 años y la mitad de las personas de los centros de reposo presentan DCL o ya diagnosticados específicamente con un tipo de demencia, siendo esta la cuarta causa de muerte en adultos mayores y según estadísticas con cifras que van en aumento.

En el ámbito profesional, en nuestro contexto el interés por desarrollar trabajos orientados a la generación de conocimientos científicos que aporten con respuestas y soluciones a los adultos mayores que presentan DCL; siempre han venido desde la línea médica tratando de determinar los factores etiológicos, preventivos, semiológicos y diagnósticos de esta disfunción; sin embargo, poco se ha hecho en el plano teórico y práctico sobre las acciones y estrategias terapéuticas para el mejoramiento y mantenimiento de las manifestaciones físicas y cognitivas del DCL.

El interés, desde la psicología, por estos grupos de atención prioritaria, en este caso, los adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo leve, es enorme, debido a que el abordaje de estos sujetos que han sido previamente diagnósticos es mínimo y en muchas ocasiones intervenido de forma oportuna y adecuada, pudiendo incrementarse progresivamente y alcanzar algún tipo de demencia; siendo por otro lado, el grupo de adultos mayores, un caso de doble vulnerabilidad según la constitución ecuatoriana del 2008 que amerita la atención prioritaria por parte de las instituciones de salud. A continuación, se presentará de forma detallada todo el curso de la investigación a fin de que el lector pueda conocer con mayor profundidad las características del deterioro cognitivo leve, las funciones cognitivas y motora y el aporte de un programa de psicomotricidad a las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo con un diseño cuasi experimental, longitudinal. Se realizó la evaluación de los aspectos cognitivos y motrices para establecer las características previas a la intervención. Se utilizaron tres instrumentos para conocer el estado de los niveles de sus funciones motores y cognoscitivas de los sujetos investigados. El Test Neuropsi permitió conocer el nivel de sus funciones cognitivas, la Batería Psicomotora (BPM) y Test de Clavijero para identificar el estado de la capacidad motriz de los sujetos investigados. Se utilizó un programa de estimulación psicomotriz el cual consideró aspectos cognitivos y motrices.

El programa estuvo compuesto por 4 talleres; cada taller conformado por 6 sesiones de trabajo. Se realizaron 3 sesiones por semana, llegando a desarrollarse un total de 24 sesiones. Cada sesión tuvo una duración de 120 minutos. El programa se desarrolló en un lapso de dos meses de trabajo efectivo. Una vez finalizado el programa, se procedió a re-evaluar a los participantes con los mismos instrumentos utilizados para el establecimiento de la línea base.

Fueron 11 los pacientes adultos mayores en edades comprendidas entre 66 a 85 años con diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve fueron los que participaron en el estudio, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo de tipo no probabilístico, intencional o por conveniencia, considerando el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión planteados para la investigación.

El procesamiento estadístico tomó en cuenta un análisis bivarial mediante el programa estadístico Microsoft Excel 2010 que permitió analizar los datos, los mismos se representarán en tablas estadísticas. Para la comparación de la media inicial y final se usó el programa Mini Tab 19.1.1.0 con lo cual se pudo comprobar la hipótesis de investigación.

RESULTADOS

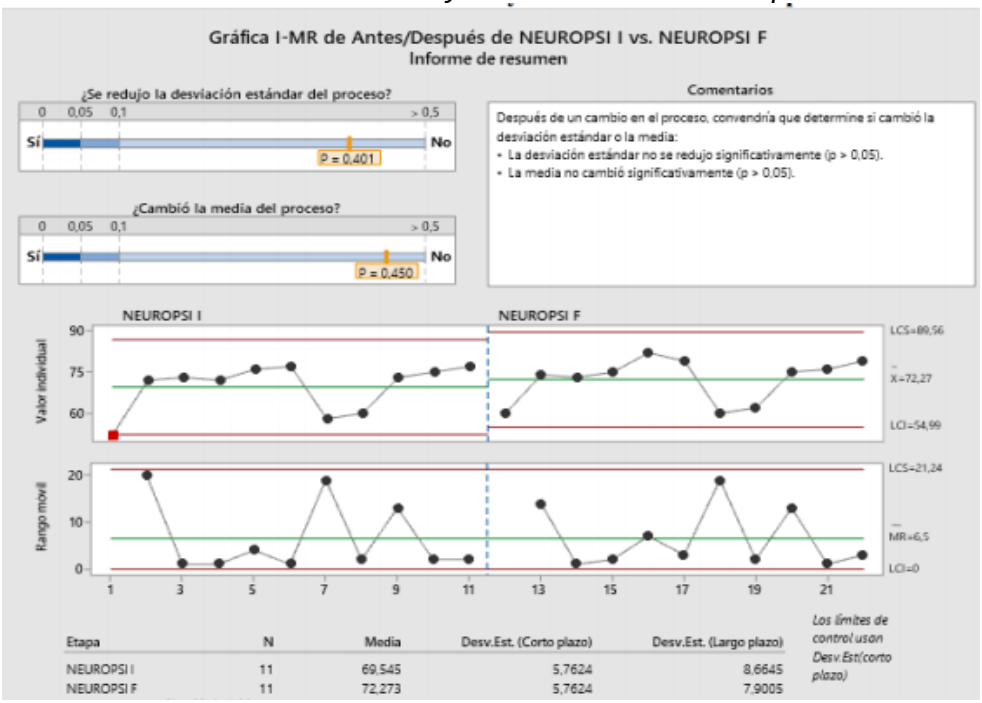
Test Neuropsi:

De un total de 11 adultos mayores investigados, el 100% de sujetos presentaron un deterioro cognitivo leve en la evaluación inicial. Con respecto a la valoración final después de haberse realizado el programa de estimulación de psicomotricidad, se evidenció que del total de 11 adultos mayores un 64% presentó un deterioro cognitivo leve y un 36% alcanzaronun estado cognitivo normal. Es decir que el 64% del total de individuos lograran mantener sus funciones cognitivas y un 36% logro mejorarlas. Determinando así la efectividad del programa y la importancia de la estimulación cognitiva y motriz para el mantenimiento de las capacidades psicomotrices de la población estudiada.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la evaluación inicial y final, se determina que la desviación estándar no se redujo significativamente y la media de igual forma no cambio significativamente. Es decir que hubo un mantenimiento de las funciones cognitivas de los adultos mayores con DCL como se evidencia en el Gráfico 1.

Gráfico 1:

Desviación estándar y media aritmética Neuropsi



***Fuente**: Estudio de la psicomotricidad como estrategia de intervención en el mantenimiento de las funciones cognitivas y motoras de sujetos adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve.*

***Elaborado por:** elaboración propia*

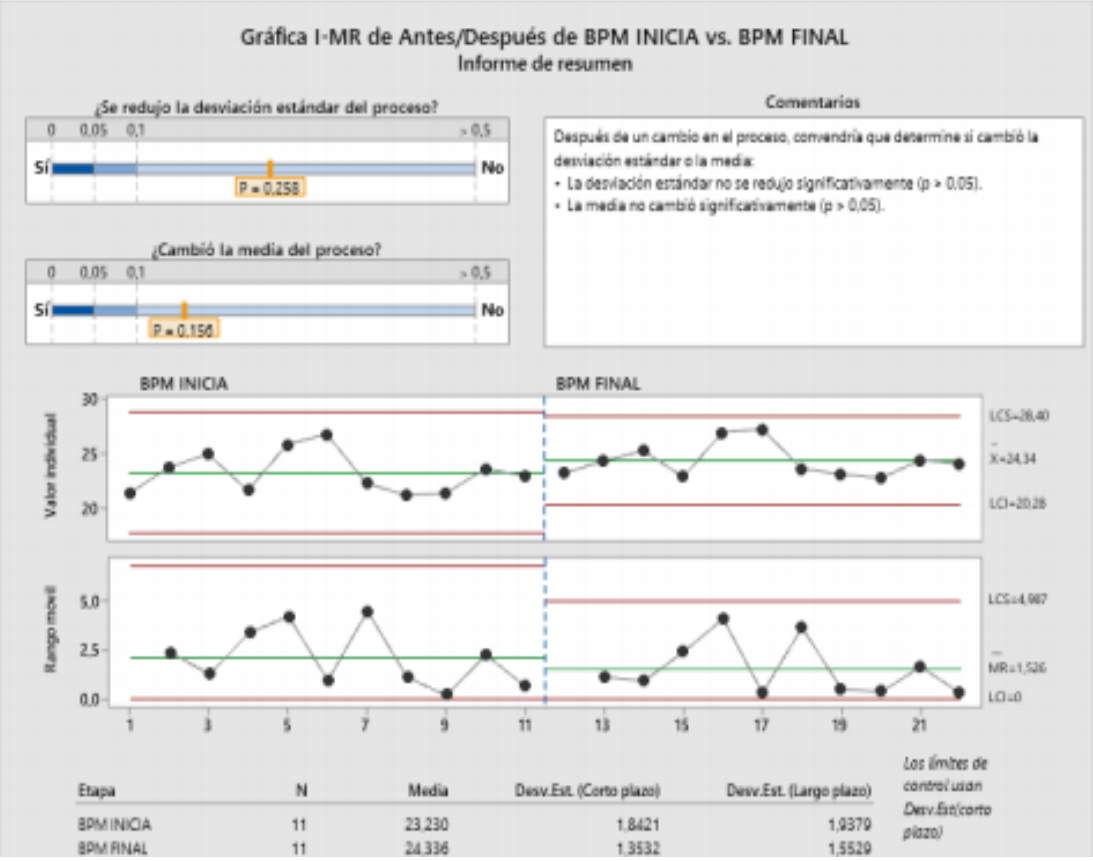
Batería psicomotora:

Se determina que el 55% de sujetos investigados presentan un perfil psicomotor bueno y el 45% poseen un perfil psicomotor normal. Estas estadísticas representan a la valoración inicial. Con respecto a la valoración final, del total de 11 adultos mayores un 73% logró alcanzar un perfil psicomotor bueno, lo que redujo el porcentaje de individuos con perfil psicomotor normal, alcanzado este un 18%, y por último aumentado un 9% la cantidad de individuos que lograron obtener un perfil psicomotor superior.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la evaluación inicial y final, se determina que la desviación estándar no se redujo significativamente y la media de igual forma no cambió significativamente. Es decir que hubo un mantenimiento de las funciones motoras de los adultos mayores con DCL como se registra en el Gráfico 2.

Gráfico 2:

Desviación estándar y media aritmética BPM



***Fuente**: Estudio de la psicomotricidad como estrategia de intervención en el mantenimiento de las funciones cognitivas y motoras de sujetos adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve.*

***Elaborado por:** elaboración propia*

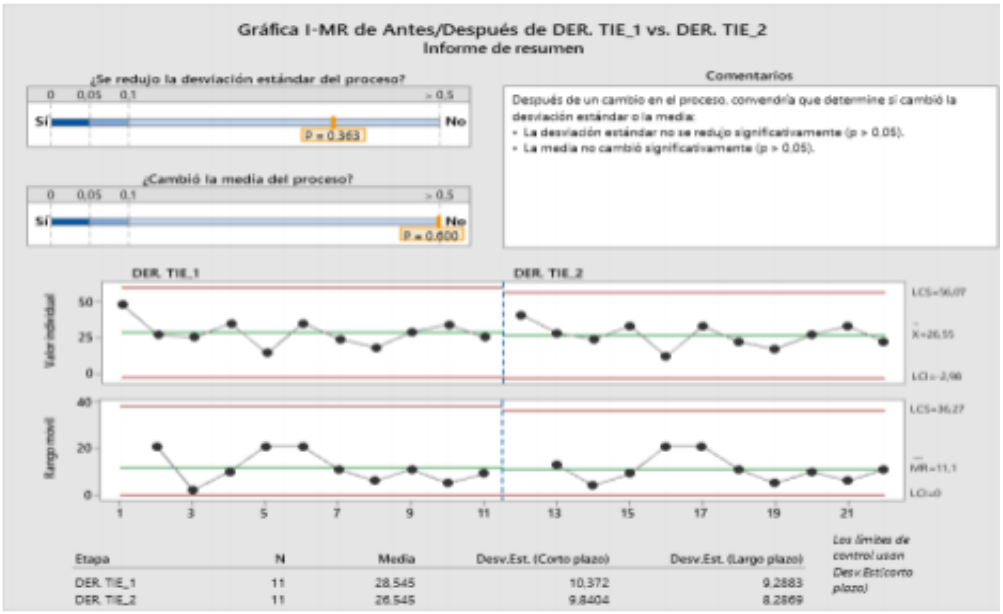
Test de Clavijero:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la evaluación inicial y final, se determina que la desviación estándar no se redujo significativamente y la media de igual forma no cambio significativamente. Es decir que hubo un mantenimiento de la función motora (coordinación óculo manual) de los adultos mayores con DCL como

se observa en los Gráficos 3 y 4.

Gráfico 3:

*Desviación estándar y media aritmética clavijero (mano derecha**)***

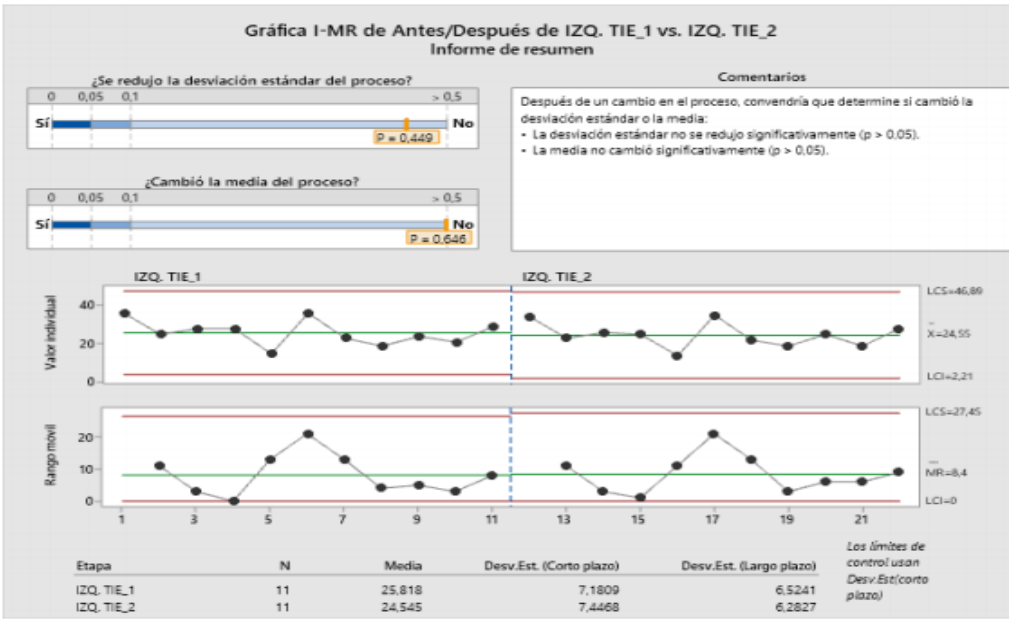


***Fuente**: Estudio de la psicomotricidad como estrategia de intervención en el mantenimiento de las funciones cognitivas y motoras de sujetos adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve.*

***Elaborado por:** elaboración propia*

Gráfico 4:

Desviación estándar y media aritmética clavijero



***Fuente**: Estudio de la psicomotricidad como estrategia de intervención en el mantenimiento de las funciones cognitivas y motoras de sujetos adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve.*

***Elaborado por:** elaboración propia*

DISCUSIÓN

Si bien es cierto no existen investigaciones que abarquen la temática de la estimulación tanto de las funciones cognitivas como motoras; existen varias investigaciones con temáticas relacionadas que abarcan de manera aislada cada una de las variables, y, aunque no evalúan específicamente las áreas motoras, si evalúan la funcionalidad y las actividades en la vida diaria. Un claro ejemplo es el estudio realizado en el 2016 por Rozo, Rodríguez, Montenegro, & Dorado, en el cual, se implementó un programa de estimulación cognitiva a 180 adultos mayores con envejecimiento normal en un período de tiempo de tres meses evaluando los perfiles en atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas y actividades de la vida diaria.

Los resultados de este estudio muestran un desempeño estadísticamente significativo en la mayoría de los procesos estimulados. Estos resultados coinciden en parte con los resultados expuestos en mi investigación, pues ambos programas fueron efectivos; sin embargo, en el estudio realizado por Rozo, Rodríguez, Montenegro, & Dorado se obtuvo un mayor impacto, por el hecho de que tuvo resultados estadísticamente significativos; a diferencia del programa de psicomotricidad implementado en esta investigación que no logró alcanzar estos parámetros estadísticos. Es necesario recalcar, que, si bien el programa de psicomotricidad implementado en esta investigación no obtuvo un cambio significativo en las puntuaciones alcanzadas, si permitió que las funciones cognitivas y motoras se mantuvieran en los parámetros iniciales. Por otro lado, en el 2011, Olave & Ubilla pudieron demostrar la efectividad de un programa de activación psicomotriz. Estos autores realizaron su investigación con una población de 11 adultos mayores, desarrollando alrededor de 21 sesiones y cada una con una duración de 50 minutos, todo esto en un período de dos meses. Los resultados que ellos obtuvieron fueron la mejora del rendimiento cognitivo, de las actividades de la vida diaria y la disminución de los niveles de depresión de los adultos mayores. Estos resultados coinciden con los obtenidos en esta investigación con respecto a las funciones cognitivas, específicamente orientación, atención y funciones ejecutivas, y con la mejora en el rendimiento de las actividades motoras, esto después de la aplicación del programa de psicomotricidad.

Según el estudio realizado en el 2001 por Ball & Berch, en Estados Unidos, evaluaron a 2,832 pacientes geriátricos autosuficientes entre 65 y 94 años, con el objetivo de comprobar si tres estrategias de entrenamiento cognitivo mejoran las habilidades mentales y el funcionamiento de la vida diaria; evaluaron memoria verbal episódica, razonamiento, velocidad de procesamiento, solución de los problemas de la vida diaria, velocidad de la vida diaria, actividades de la vida diaria y funcionamiento en las actividades instrumentales de la vida diaria. Su entrenamiento abarcó alrededor de 14 sesiones, con una duración de 60 a 75 minutos, y lo realizaron en un período de 6 semanas. Concluyeron que el entrenamiento cognitivo es efectivo para mejorar las habilidades mentales y el funcionamiento de la vida diaria en sujetos adultos mayores autosuficientes. De igual forma, en esta investigación se encontró una efectividad del programa de psicomotricidad aplicado; lo cual se evidencia en los resultados obtenidos, obteniendo que el programa permitió el mantenimiento y en algunos casos la mejora de las funciones cognitivas y motoras.

CONCLUSIONES

El programa de psicomotricidad resulto ser efectivo, pues logró mejorar la orientación, atención, concentración, lectura, funciones ejecutivas y funciones de evocación de los adultos mayores con DCL, pues el puntaje obtenido en la valoración final resultó ser más alto que el puntaje obtenido de la valoración final.

Con respecto a las otras áreas cognitivas que fueron evaluadas, tanto la codificación, como el lenguaje y la escritura, lograron mantenerse después de la aplicación del programa, comprobando así su efectividad.

En cuanto a las áreas motoras, aquellas que lograron mejorar y comprobaron con ello la efectividad del programa, fueron la tonicidad, lateralidad, equilibrio, estructura espacio temporal, praxia global y praxia fina.

Existió un área motora que después de la aplicación del programa no se logró alcanzar una mejora, sin embargo, se pudo mantener. Esta área fue la noción del cuerpo, que obtuvo la misma calificación tanto antes como después del programa de psicomotricidad, lo que comprueba también su efectividad.

La coordinación óculo manual logró reducir su tiempo valorado en segundos, lo que me permite concluir que la velocidad de precisión y la respuesta motora alcanzaron una mejora; sin embargo, según la media aritmética y la desviación estándar realizada de los puntajes totales, se determina que no hubo un cambio significativo. Esto se deduce que se debe a que el número de muestra no fue amplio.

Finalmente, y como conclusión general, las funciones cognitivas y motoras de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) mejoraron con la aplicación del programa de psicomotricidad.

REFERENCIAS

Aguera, L., Cervilla, J., & Carrasco, M. (2006). Psiquiatría Geriátrica. Barcelona: Masson.

Aragón, M. (2012). Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención. Madrid: Pirámide.

Arriola, E., Carnero, C., Frerire, A., López, R., López, J., Manzano, S., & Olazarán, J. (2017). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf

Barrera, M., & Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. Desempeño en el Addenbrooke´s Cognitive Examination (Vol. V). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3091295

Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación. Colombia: PEARSON Educación.

Bernaldo de Quirós Aragón, M. (2012). Psicomotricidad: guía de evaluación e intervención. Madrid: Pirámide.

Burke, M., & Walsh, M. (1998). Enfermería Gerontológica. Madrid: Diorki.

Caballero, J. (s.f.). Departamento de Ciencias Médicas de la Universidad de Oviedo. https://15f8034cdff6595cbfa1-1dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfc ba70/EnvejecimientoFisiologicoyPatologico.pdf

Calletani, M. (2006). Discapacidad intelectual y envejecimiento. Coruña: Universidad de la Coruña.

Castañedo, C., & Sarabia, C. (s.f.). Open Course Ware. https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2 520psicologicos.pdf

Ceballos, O. (2012). Actividad Física en el Adulto Mayor. Ciudad de México: Manual Moderno.

Constituyente, A. (2008). ACNUR. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6716.pdf

Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., & Bendezú, L. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: ¿Dónde termina el envejeceiiento normal y empieza la demencia? Anales de la Facultad de Medicina. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009

Estrella, A., Gonzalez, A., & Moreno, Y. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar, 127-132. http://www.redalyc.org/pdf/507/50719094002.pdf

Fonseca, V. (1998). Manual de observación psicomotriz. Factores psicomotores y su relación con las tres unidades funcionales. Barcelona: Inde.

Freire, W., Rojas, E., Pazmiño, L., Fornasini, M., Tito, S., Buendía, P., & Álvarez, P. (2010). Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010. Quito: Fausto Segovia Baus.

INEC. (2014). Archivo Nacional de DAtos y Metadatos EstadÍsticos (ANDA). http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292

Junqué, C., & Barroso, J. (2009). Manual de Neuropsicología. Madrid: Síntesis.

Lafrancesco, G. (2005). Didáctica de la biología: aportes a su desarrollo. Bogotá: Magisterio. https://books.google.com.ec/books?id=-wJjVDkFPWgC&pg=PA83&dq=funciones+cognitivas&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwio0pOb2_bhAhUQr1kKHQ_qDkQQ6AEIKDAA#v=onepage&q=funciones%20cognitivas&f=false

Mías, C. (2009). Quejas de memoria y deterioro cognitivo: Concepto, evaluación y prevención. Córdoba.

MIES. (2013). Agenda de Igualdad para Adultos Mayores. Quito.

Migliacci, M., Scharovsky, D., & Gonorasky, S. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipor. Revista de Neurología, 237-241.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Cataluña.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (s.f.). Psicomotricidad y ejercicio físico para mayores. Salamanca.

Moros, R., & Alonso, M. (2011). Intervención Psicomotriz en personas mayores. Revista Terapia Ocupacional Galicia, 13-14. http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original10.pdf

Morrinson, R. (2014). Envejecimiento activo en la población chilena. Santiago: Ril Editores.

Muñoz y Peiro. (2001). Material y método en un artículo científico. Enfermería en Cardiología, 37-41.

Olave,C., & Ubila, P. (2011). Viguera. https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0304/304_0173_0176.pdf

OMS. (2017). World Heart Organization. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores

OMS. (2018). Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

Ortega, J., & Calle, I. (2010). Psicomotricidad: Teoría y programación para educación infantil, primaria y especial. Madrid: RGM.

Ostrosky, F., Ardila, A., & Rosselli, M. (2013). Neuropsi: Evaluación Neuropsicología. Breve en Español Manual. CDMX: Manual Moderno.

Peña, J., Macías, M., & Morales, F. (2011). Manual de la Práctica Básica del Adulto Mayor. CDMX: Manual Moderno.

Pérez, R. (2005). Psicomotricidad. Vigo: IDEASPROPIAS.

Roblesa, A., Serb, T., Alomc, J., & Peña, J. (2002). Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología, 17-32.

Rozo, F., Rodríguez, O., Montenegro, Z., & Dorado, C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. Revista Chilena de Neuropsicología, 12-18.

Sabbagh, M. (2009). Alzhéimer: Guía Práctica. Barcelona: Robinbook.

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. CDMX: McGraw-Hill.

Sarrate, M. (2014). Programas de animación sociocultural. Madrid.

SE, P. (s.f.). Neurología Pediátrica. http://www.neuropedwikia.es/content/funciones-motoras-en-el-desarrollo-psicomotor-delnino

Undarraga, C. (2010). Psicología del adulto: de la conquista del mundo a la conquista de sí mismo. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.