



REDEPSIC

Revista Especializada de Psicología

Vol. 1 N°1 Enero-Junio de 2022

EQUIPO EDITORIAL

No.	Cargo	Nombre
1	Editor en jefe	Mgter. Alberto Gil Picota B., Universidad de Panamá, Facultad de Psicología,
2	Director Editorial	Dr. Samuel Pinzón, Universidad de Panamá, Facultad de Psicología,
3	Secretaria Administrativa	Psic. Julissa Quintero M., Universidad de Panamá, Facultad de Psicología,

COMITÉ CIENTÍFICO EDITORIAL

INTERNOS

No.	Nombre	Institución
1	Dra. Marita Mojica	Universidad de Panamá, Facultad de Psicología,
2	Dra. Melba Stanzola	Universidad de Panamá, Facultad de Psicología
3	Dr. Rigoberto Salado	Universidad de Panamá, Facultad de Psicología,
4	Mgter. Milvia Hidalgo	Universidad de Panamá, Facultad de Psicología
5	Dr. Miguel Ángel Cañizales	Universidad de Panamá, Facultad de Psicología

EXTERNOS

No.	Nombre	Institución
1	Dra. Ana Caridad Serrano Patten	Universidad Católica de Cuenca, Docente Investigadora, Ecuador
2	Dra. Gabrielle Britton	INDICASAT A.I.P.
3	Dr. Roberto Mainieri	Clínica Neuropsicológica
4	Dr. Manuel Ruíz	Autoridad del Canal de Panamá (ACP)
5	Dr. Carlos Leiro	Transiciones
6	Dra. Cleofé Alvites	Universidad César Vallejo, Lima, Perú

CONTENIDO

No.	AUTORA	ARTÍCULO	PÁGINA
	Alberto Gil Picota B.	Editorial	3
1	Ivette J. Schuverer	Efectos del tratamiento breve de activación conductual en estudiantes de psicología de la universidad de panamá con depresión leve, moderada y severa	5
2	Melva Stanziola de Díaz	Valoración del daño psíquico en la violencia doméstica que realizan los psicólogos peritos del instituto de medicina legal y ciencias forenses de la república de Panamá	26
3	Milvia Hidalgo	Efectividad del programa psicoeducativo juventud sotista: acoso escolar cero	46
4	Yolanda Crespo	Estudio sobre prevención e intervención del suicidio	65
5	Marita Mojica	Estudio comparativo de las estrategias didácticas, estrategias de aprendizaje y la evaluación de los aprendizajes, según la modalidad de la enseñanza en la facultad de psicología de la universidad de panamá	82

EDITORIAL

Este primer número de *Redepsic*, revista especializada de la Facultad de Psicología, es fruto de un tesonero trabajo colectivo desplegado por los distintos estamentos de esta unidad académica y de la Oficina de Publicaciones Académicas y Científicas de la Vicerrectoría de Investigación y Posgrado de la Universidad de Panamá. Este afán se alimentó de, al menos, tres objetivos. Primero, incorporar la Facultad de Psicología al empeño global y humanizante que pregona que solo la ciencia y la cultura nos harán libres. Segundo, ratificar que la Psicología desde sus orígenes ha implicado la investigación y la pasión por el conocimiento; no por casualidad, el Siglo XX y lo que va del Siglo XX, ha sido considerado la Era de la Psicología. Y, en último término, contribuir a vigorizar los nexos de la docencia y la investigación, en la inteligencia de que constituyen empeños sinérgicos, que deben desembocar en el aprendizaje efectivo del alumnado. La posición cimera lograda por la Facultad de Psicología en su evolución institucional, que incluye su acreditación y logros concurrentes, comprueban tal compromiso con la ciencia.

Redepsic es mucho más que su puesta en conocimiento a la comunidad científica nacional e internacional. Para empezar, busca ser un motor que inspire y dé a conocer la investigación de docentes, profesionales y educandos. Y, segundo, desea convertirse en un medio que posibilite ampliar y profundizar la conexión Universidad y Sociedad. El complejo y estimulante contexto que nos ha tocado vivir, desde la pandemia que todavía no termina de salir de escena, así como las acuciantes necesidades de la población de Panamá y de la Tierra, además del escenario del turismo espacial, la robótica, la biotecnología, y demás variedades de la inteligencia artificial, nos dan la pauta. No hay límites a la investigación y al quehacer científico. En lo que corresponde a la Psicología, son acuciantes los problemas de salud mental, desarrollo humano, educación, la

bioética, la seguridad pública y los nuevos esquemas del trabajo, la dinámica de las ciudades, las migraciones y la responsabilidad social.

Redepsic será otro modo de conectarnos con la facultad, la universidad, la educación superior y nosotros mismos como agentes de cambio. Llegaremos tan lejos como nuestra sed de saber, de sintonía multilateral con el conocimiento y las exigencias del futuro ya presentes, así lo posibilitem. Promisoriamente, este número inaugural ha recibido el respaldo decidido de investigadores e investigadoras de nuestra facultad, amén de contar con la visionaria tutela de un Consejo Editorial comprometido con la ciencia, la cultura y la expansión de nuestra condición humana.

Finamente, es nuestro compromiso promover, como profesional equipo universitario, la permanencia sostenible de *Redepsic*, que se alimenta de la productividad científica de psicólogos nacionales y visitantes de ayer, de hoy y de siempre. A ellos les dedicamos este número de *Redepsic* que, como una estrella en el firmamento de la ciencia, nos invitará a respaldar, impulsar y darle brillo a su quehacer y loable empeño.

MGTER. ALBERTO GIL PICOTA B.
Editor Jefe

**EFFECTOS DEL TRATAMIENTO BREVE DE ACTIVACIÓN
CONDUCTUAL EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ CON DEPRESIÓN LEVE, MODERADA Y
SEVERA**

Ivette Jazmín Schuverer Báez, Universidad de Panamá. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Clínica Psicológica E-mail: schuvererivette@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2021

Fecha de aceptación: 29 de noviembre de 2021

Resumen

El Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD) es un Tratamiento altamente estructurado y con un sólido soporte de investigación para el cuadro clínico de la Depresión.

Su meta radica en ayudar a los consultantes a desarrollar patrones más saludables de conducta, en los que incluyan actividades importantes y agradables cada día, de manera de ayudarlos a lograr realización y un sentido de propósito en su vida.

Basados en las evidencias que presentan las intervenciones psicoterapéuticas de dicho Tratamiento en el cuadro clínico de la Depresión, hemos apostado a dicho Tratamiento para la elaboración de una Investigación de “tipo descriptiva”, la cual consistió en conocer el proceso psicoterapéutico de un Programa utilizado para población que sufre de Depresión, cuyo diseño es intra sujeto de línea base simple.

Nuestra investigación surge como resultado de una gran preocupación actual que nos convoca a toda la población de nuestra sociedad en cuanto a una problemática de salud mental que envuelve la realidad de muchas personas, hablamos de un síndrome complejo como lo es la Depresión.

Las cifras registradas en la Clínica Psicológica de la Facultad de Psicología, en cuanto a este tipo de atenciones, ha ido en aumento en los últimos 5 años, por lo que se consideró la necesidad de incorporar un estudio basado en la implementación de un Programa Psicoterapéutico específico (BATD) para tratar los síntomas más sobresalientes de la Depresión.

La muestra de dicho estudio fue conformada por estudiantes de la Facultad de Psicología.

Palabras Claves: BATD, depresión, voluntad, conductas saludables.

Abstract

The Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD) is a highly structured Treatment with solid research support for the clinical picture of Depression.

Her goal is to help clients develop healthier patterns of behavior, including important and enjoyable activities each day, to help them achieve fulfillment and a sense of purpose in their life.

Based on the evidence presented by the psychotherapeutic interventions of said Treatment in the clinical picture of Depression, we have opted for said Treatment for the development of a "descriptive type" Research, which consisted in knowing the psychotherapeutic process of a Program used to population suffering from Depression, whose design is a simple baseline intra-subject.

Our research arises as a result of a great current concern that summons us to the entire population of our society regarding a mental health problem that involves the reality of many people, we speak of a complex syndrome such as Depression.

The figures registered in the Psychological Clinic of the Faculty of Psychology, regarding this type of care, has been increasing in the last 5 years, so the need to incorporate a study based on the implementation of a Psychotherapeutic Program was considered specific (BATD) to treat the most outstanding symptoms of Depression.

The sample of this study was made up of students from the Faculty of Psychology.

Key Words: BATD, depression, will, healthy behaviors.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), la Depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes con un aproximado de 300 millones de personas afectadas en el mundo. Implica la principal causa de discapacidad y contribuye de forma trascendental a la carga mundial general de morbilidad, cuando es de larga duración y con una intensidad de moderada a grave, es causante de sufrimiento y altera las actividades laborales, escolares y familiares.

Los trastornos depresivos son clasificados como un trastorno en la regulación del estado de ánimo, que se categorizan en: trastorno depresivo mayor (incluyendo el episodio depresivo mayor), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual y trastorno asociado a otras condiciones médicas y/o consumo de sustancias. La característica común de los trastornos depresivos es la presencia de tristeza, sentimientos de vacío o irritabilidad, acompañado por cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionar del individuo.

Los estudios más recientes que guardan relación con las áreas de disciplinas como la Neuropsiquiatría, apuntan hacia una comprensión del cuadro clínico de la Depresión visto como un “ Programa Biológico” Goldar (1993) en el cual el individuo padece de un trastorno de la voluntad como punto final de un proceso neurobiológico que ha atravesado a dicho individuo y cuyo programa corresponde a una función filogénica del organismo para apaciguar lo que ya no puede sostener y enfrentar el sujeto, llevándolo así a una adaptación de un conjunto de conflictivas que proceden incluso de fases tempranas de su desarrollo.

La actual demanda que sobrepasa a los sistemas de salud en diferentes contextos con respecto a la necesidad de llevar a cabo intervenciones más efectivas para este determinado flagelo psicosocial, se ha convertido en todo un desafío, es por ello que el presente estudio se dirige al Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión para implementarlo en una muestra pequeña cautiva cuyo modelo radica en el manejo intra sujeto de base simple, es decir, de forma individual, respetando un tiempo similar de inicio y finalización.

Tratamiento Psicológico basado en la Evidencia (BATD)

El BATD es un tipo de intervención estructurado y breve, para cualquier tipo de gravedad de la Depresión, donde su meta es ayudar a los consultantes a desarrollar patrones más saludables de conducta en los que incluyan actividades agradables cada día, de manera de ayudarlos a lograr su realización y un sentido de propósito en su vida, se trata de cambiar la vida a través de cambiar la conducta.

Actualmente, se reporta una marcada existencia de problemas en los estados de ánimos en estudiantes de Psicología detectados en el proceso de admisión y durante la carrera, los cuales se pueden ver reflejados en datos estadísticos de atención por parte de la Clínica Psicológica de la Facultad de Psicología, Universidad de Panamá (2018), así también, se pueden ver registrados en otros contextos del sector salud.

Dentro de las investigaciones que avalan los aportes y respuestas a la problemática de la depresión por medio de la aplicación del Tratamiento Breve de Activación Conductual tenemos la realizada por Tequia (2011) donde se intervino a tres consultantes con una rigurosa evaluación de cada caso a través de instrumentos pre y post de medición utilizando auto registros. La activación conductual permitió a los consultantes identificar situaciones que generan satisfacción y reforzamiento social. Fue así como se encontró que esta terapia generó cambios que favorecieron el repertorio y el reforzamiento de otras conductas diferentes a las depresivas sugiriendo realizar subsecuentes investigaciones que continúen con la investigación en la terapéutica de tercera generación, con evidencia empírica para casos de depresión lo que permitan nutrir el conocimiento científico, ya que, no es frecuente la evidencia de efectividad terapéutica en estudios de caso único.

En otra investigación realizada por Mairal (2010) se intervino con el tratamiento a un sujeto varón de 44 años con síntomas de depresión. La intervención se organizó a partir del análisis propuesto por la Activación Conductual (AC), que contempla algunos tipos de depresión como formas

elaboradas de evitación. Entre los componentes del tratamiento se incluyó la recuperación de tareas abandonadas, el replanteamiento de nuevos objetivos vitales, la extinción de conductas de evitación, la programación horaria y la recuperación de obligaciones domésticas, laborales y sociales. Después de siete meses de intervención se apreciaron cambios significativos en las medidas pretratamiento (BDI-II, AAQ, ATQ, EROS y BADS), así como en el número y el tipo de actividades desarrolladas. Tras este tiempo el cuadro depresivo podía considerarse remitido y el paciente había recuperado un trabajo productivo. Los beneficios terapéuticos se mantuvieron durante los siguientes cinco meses de seguimiento. A pesar de la gravedad del cuadro, el sujeto no deseaba tomar medicación antidepressiva, por lo que ésta no se empleó en ningún momento. Los resultados a favor obtenidos, no obstante, de esta circunstancia, y la duración relativamente breve de la intervención suponen un aval importante para el modelo de terapia propuesto por la AC para este tipo de casos.

De acuerdo con la investigación realizada por Bianchi y Martínez (2014) la Activación Conductual (AC) demostró su efectividad como uno de los tratamientos más importantes para la depresión. Esta es una revisión de la literatura que aborda aspectos históricos, variaciones y evidencia relacionada con la efectividad de la AC en diferentes problemáticas y poblaciones. La revisión histórica permite ver su establecimiento como una Terapia de Tercera Generación y sus bases filosóficas desde una perspectiva contextualista funcional.

De acuerdo con Álvarez (2007) “la terapia de activación conductual afronta la depresión desde una visión contextualista explicándola como un conjunto de conductas que se dan en función de un contexto, cuyo efecto no depende de una entidad biológica o intrapsíquica, contemplando el medio ambiente y la historia personal, como los elementos principales en su explicación”. Por ello, esta intervención busca hacer cambios en el ambiente que permitan incrementar las interacciones de las personas con éste, y que vuelvan a funcionar, favoreciendo el acceso a nuevas y variadas fuentes de reforzamiento (Ferster, 1973), que redundan en nuevas transacciones contexto-conducta (Hopko Lejuez, Ruggiero, & Eifert, 2003; Martell, Addis, & Jacobson, 2001).

Para Hopko (2003) dentro del análisis clínico conductual la activación conductual es definida como un proceso terapéutico que busca que el consultante se comporte de forma tal que incremente la probabilidad de entrar en contacto con contingencias medioambientales reforzantes, esperando que se produzcan como efecto colateral, de manera paralela o secuencial, cambios en la forma en que se piensa y siente, pero no siendo esto el aspecto central de la terapia.

Finalmente, de acuerdo con Porter, Spates, & Smitham (2004) la AC ha mostrado ser útil para la intervención en ambientes en los que los tratamientos clínicos tradicionales son difíciles de llevar a cabo ya sea por el tiempo que implican o la escasez de recursos de las personas, como, por ejemplo, en los contextos de salud pública.

Planteamiento del Problema

Partiendo de las investigaciones presentadas donde se mantiene una relación entre la depresión con la disminución de la actividad conductual de los sujetos, se planteó el siguiente problema para este estudio:

¿Qué efecto tendrá el Programa de Activación Conductual sobre la depresión leve, moderada o severa en los estudiantes de la Facultad de Psicología?

Objetivos del Estudio

El objetivo general de este estudio radicó en lo siguiente: Conocer el efecto del Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá con depresión leve, moderada o severa.

Dicho estudio radicó en conocer el efecto del Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión en estudiantes de la Carrera de Psicología para tratar estas disfunciones psicológicas antes de que devenguen en problemáticas mayores y discapacitantes o adquieran niveles mayores de disfuncionalidad. De este modo, los estudiantes que accedieron de forma voluntaria a tratarse con este programa podrían beneficiarse de forma directa y convertirse dicho estudio en un posible referente de consulta para futuras investigaciones.

El contenido del protocolo de tratamiento y su metodología va dirigido a disminuir la sintomatología depresiva y conductas no saludables del participante, promoviendo así la activación de actividades gratificantes que lo conduzcan hacia el logro cada vez mayor de contingencias naturales de reforzamiento, y promover estrategias y técnicas validadas empíricamente como eficaces para aumentar el bienestar anímico y psicológico de aquellos que han encontrado en este protocolo de (AC) y futuros consultantes una vía eficiente para el desarrollo de conductas saludables en un contexto muy particular de cada sujeto.

Objetivos Específicos del Estudio

Entre los objetivos específico que contempló esta investigación se señalan los siguientes:

1. Aplicar tareas que incluyan la creación de actividades y obligaciones domésticas, laborales, y sociales, motivación al plantearse nuevos objetivos vitales y la programación horaria según lo planteado en el Tratamiento Breve de Activación Conductual para estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá con depresión leve, moderada o severa.
2. Comparar por medio del Inventario de Depresión de Beck II, los cambios que puedan producirse durante el proceso de Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá con depresión leve, moderada o severa.
3. Evaluar los resultados obtenidos en la aplicación del Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá con depresión leve, moderada o severa.

Hipótesis de Trabajo

En la presente investigación se formularon las siguientes hipótesis y formulaciones de conjeturas iniciales. Tales como las siguiente:

1. Hipótesis nula (Ho) - El Tratamiento no disminuye los niveles de depresión. Hipótesis alterna (H1) - El Tratamiento disminuye los niveles de depresión.
2. Los estudiantes con depresión que participaron del protocolo de Activación Conductual, al finalizarlo, tendrían una disminución significativa en los puntajes de depresión otorgados por los instrumentos de evaluación utilizados en comparación con el inicio del tratamiento o fase de línea base.
3. Los estudiantes con depresión manifestarían recuperación de tareas abandonadas y el replanteamiento de nuevos objetivos vitales luego de finalizar el Tratamiento.
4. Los estudiantes con depresión mostrarían mejoría en la recuperación de obligaciones domésticas, laborales y sociales luego de la intervención terapéutica.

A continuación, se contemplan los puntos relevantes que guardan relación con el aspecto metodológico del presente estudio.

Diseño y tipo de investigación

La presente investigación utiliza un diseño “no experimental”, ya que no hay controles rigurosos de variables, no se construye ninguna situación experimental, y no hay asignación al azar de los sujetos del estudio.

Tipo de Estudio

El presente estudio corresponde a una investigación de “tipo descriptiva”, el mismo consistió en conocer el proceso psicoterapéutico de un protocolo utilizado con una población que sufre de depresión, se apunta hacia la validación de dicha intervención terapéutica con pretest, además de, reiteradas mediciones durante las sesiones programadas en el tratamiento y al finalizar su implementación, a través de un diseño intra sujeto de línea base simple, es decir, de línea base igual para cada sujeto en un determinado tiempo similar.

La aplicación del Protocolo BATD fue distribuido en tres (3) fases, una línea base, fase de intervención y fase de seguimiento.

Tanto al inicio, siguientes sesiones y final de protocolo, se aplicó a los participantes el Inventario de Depresión de Beck II (BDI) como medida para monitorear los estados de depresión de sujeto a sujeto.

Diseño estadístico

Para la comprobación estadística de los resultados, en cuanto a la efectividad del tratamiento de Activación Conductual para la Depresión, se recurrió a la utilización de dos pruebas no paramétricas, ya que, la distribución de los datos no sigue la distribución de la curva normal. La primera de estas pruebas es la de Friedman, la cual revelaría si las diferencias en los puntajes en las tres fases del estudio son significativas. Para ello, se establecieron las siguientes hipótesis estadísticas: Hipótesis nula (Ho) - El Tratamiento no disminuye los niveles de depresión, Hipótesis alterna (H1) El Tratamiento disminuye los niveles de depresión.

En el caso de que aparecieran diferencias significativas en tan sola una de las tres fases de mediciones, se procedería a utilizar la prueba de los signos y pares igualados de Wilcoxon, para discriminar entre cuál o cuáles de las tres fases se produjo dicha significancia.

Definición Conceptual y Operacional de las Variables

Variable Independiente: Activación Conductual.

Definición Conceptual: El tratamiento de Activación Conductual para la depresión es un tipo de tratamiento estructurado y breve para la depresión de cualquier gravedad, se basa en las teorías del aprendizaje y más concretamente en las investigaciones de Fester, Lewinsohn, Rehm y Beck. La actual relevancia de la Activación Conductual procede principalmente del ensayo clínico de Seattle en el que se comparó la eficacia de la terapia de activación conductual con la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico (paroxetina) y cuyo resultado mostró que a corto plazo la activación conductual era tan eficaz como la terapia farmacológica incluso entre los casos graves y superior a la terapia cognitiva en este tipo de casos. A largo plazo se observó un menor porcentaje de recaídas entre los pacientes tratados con la activación conductual que entre los tratados con fármacos. La Activación Conductual se desarrolla sobre bases contextuales y funcionales, sostiene que el contexto explica más eficientemente la depresión y es también el lugar más adecuado para llevar a cabo una terapia eficaz que por factores internos. Asimismo, sostiene que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas juegan un papel significativo en la depresión. La Activación Conductual gira en torno a dos aspectos: ¿Qué condiciones ocasionan la conducta (contexto) y cuáles son las consecuencias de esta conducta para el cliente (función)? (Mansilla, 2013).

Definición Operacional: La estructura de 9 sesiones del Tratamiento de Activación Conductual para depresión (BATD), tipo taller con medición de su estado con el BDI-II. Cada sesión tendrá una duración de 1 hora y media. Esto va acompañado de:

1. Formulario De Monitoreo Diario: Este proporciona información al consultante y terapeuta respecto al nivel de actividad, a la cantidad y cualidad de actividades donde debe detallar: fecha, hora, actividad y nivel de disfrute e importancia. Este formulario se vuelve a utilizar, pero con instrucciones diferentes.

2. Formulario De Áreas Vitales, Valores y Actividades: Identificar los valores dentro de 5 áreas vitales y generar actividades consistentes con esos valores.
3. Formulario De Jerarquía De Actividades: Seleccionar y graduar las actividades según su dificultad.
4. Formulario de Acuerdos: Especificar el acompañamiento de una persona para poder realizar alguna actividad. Describir de qué manera le puede ayudar. Se busca aumentar el acceso al apoyo social.

Variable Dependiente: Depresión leve, moderada y severa.

Definición Conceptual: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Según Beck (1979), el desarrollo de la tríada cognitiva dará paso a la aparición de síntomas depresivos en el individuo. En el primer componente, la persona se considera «defectuosa, inadecuada, enferma, desventajada» y lo atribuye a defectos psicológicos, morales o físicos. Con respecto al segundo, el paciente muestra una tendencia a interpretar sus experiencias en una forma negativa. Expresa que la persona considera que el mundo le exige demasiado y puede malinterpretar sus interacciones con el ambiente animado o inanimado al considerarlas muestras de derrota o privación. Finalmente, el individuo piensa que las dificultades que vive continuarán y espera fallar en tareas específicas en el futuro inmediato.

Definición Operacional: Obtener un puntaje en el Inventario de Depresión de Beck II que lo ubiquen en depresión leve (14 a 19), moderada (16 a 30) o severo (31 a 63).

También se ve reflejado en el abandono de tareas y obligaciones domésticas, laborales y sociales, la desmotivación al plantearse nuevos objetivos vitales, el reforzamiento de conductas de evitación y la no programación horaria.

Participantes

Se estudió el efecto del “Tratamiento Breve de Activación Conductual” en Estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad de Panamá que indicaron depresión leve, moderada o severa al momento de seleccionar la muestra para participar del Protocolo BATD.

Se seleccionaron ocho postulantes como sujetos para la investigación cuyo perfil detallamos a continuación.

Sujeto #1: Mujer de 21 años, de nacionalidad panameña, cursaba el IV año de la carrera de Licenciatura en Psicología, soltera, profesora la religión católica, no labora.

Sujeto #2: Mujer de 21 años, de nacionalidad panameña, cursaba el IV año de la carrera de Licenciatura en Psicología, soltera, profesora la religión católica, no labora.

Sujeto #4: Mujer de 21 años, de nacionalidad panameña, cursaba el IV año de la carrera de Licenciatura en Psicología, soltera, profesora la religión evangélica, no labora.

Sujeto #3: Mujer de 21 años, de nacionalidad colombiana, cursa el III año de la carrera de licenciatura en psicología, soltera, profesora la religión católica, no labora.

Sujeto #5: JV, mujer de 19 de edad, de nacionalidad panameña, cursaba el III año de la carrera de Licenciatura en Psicología, soltera, profesora la religión católica, no labora.

Sujeto #6: Varón de 19 años, de nacionalidad panameña, cursaba el II año de la carrera de Licenciatura en Psicología, soltero, profesora la religión católica, no labora.

Sujeto #7: Mujer de 22 años, de nacionalidad panameña, cursaba el IV año de la carrera de Licenciatura en Psicología, soltera, profesora la religión evangélica, no labora.

Sujeto #8: Varón de 24 años, de nacionalidad panameña, cursa el III año de la carrera de Licenciatura en Psicología, soltero, profesora la religión católica, no labora.

Métodos de Medición

Para efecto de medición de este estudio descriptivo, se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. **Cuestionario de Anamnesis:** Este cuestionario permitió evaluar los datos básicos de las características sociodemográficas de los consultantes, tales como edad, estrato, escolaridad y estado civil. Recoge además información sobre diferentes aspectos de la vida del consultante con el fin de obtener datos precisos sobre su situación actual a nivel familiar, académico, laboral, aficiones, intereses y recreación, ambiente social, auto descripción, motivo de consulta, información religiosa, relación de pareja, antecedentes médicos y otras áreas de ajuste. Este cuestionario fue de gran utilidad en la elaboración del análisis funcional de la conducta problema de los participantes.

2. **Entrevista Conductual:** A través de la entrevista conductual con cada uno de los participantes se obtuvo información relacionada con las topografías de las conductas problemas. Con ello, fue posible identificar y plantear hipótesis con respecto a la adquisición y mantenimiento de la conducta problema.

3. **Inventario de Depresión de Beck II (1996):** El objetivo de este inventario es identificar los síntomas depresivos y evaluar la intensidad de éstos. Este instrumento mostró variabilidad debido al cambio terapéutico. Este es el inventario más utilizado en la evaluación de la depresión clínica y de los síntomas depresivos en la población en general, lo cual le da validez y confiabilidad por el uso recurrente en el campo clínico. Sin embargo, este instrumento no es un cuestionario diagnóstico y tampoco sirve para determinar un diagnóstico diferencial de diferentes tipos de depresiones.

El rango de la prueba oscila entre 0 y 63 puntos, habiéndose propuesto como puntos de corte los puntajes siguientes:

Depresión ausente/ mínima: 0-13

Depresión Leve: 14-19

Depresión Moderada: 20-28

Depresión Severa: 29-63

4. Componentes de Protocolo de BATD. Implementa cinco procesos conductuales, para lo cual utiliza tres formularios o registros:

Formulario de monitoreo diario. Formulario de áreas vitales, valores y actividades. Formulario de jerarquía de actividades.

Procedimiento

Para poder realizar esta investigación se procedió a sondear dónde se podría obtener la muestra para este estudio, se buscó en primera instancia sujetos de edades entre 18 a 40 años que presentarán alguna sintomatología referente a la Depresión dentro de la Universidad de Panamá, específicamente en la Facultad de Psicología. Como primer paso, se procedió a remitir una carta de solicitud de aplicación de pruebas al Decano de dicha Facultad, luego se otorgó el debido permiso para aplicar pruebas a los estudiantes de esta Facultad.

Se decide optar por una muestra que se obtuvo de los estudiantes de la Facultad de Psicología tanto de primer ingreso como aquellos que se anotaron en el listado de espera de la Clínica Psicológica y necesitaran recibir atención psicológica para intervenir en este tipo de sintomatología.

El segundo paso, consistió en esperar la entrega del apoyo que tuvo la Clínica Psicológica con estudiantes de práctica profesional en el inicio del período académico y del personal de la Clínica Psicológica. Personal de la Clínica Psicológica seleccionó de la lista de espera aquellos estudiantes que presentaban motivos de consulta referente a estados de ánimos depresivos, a su vez, se contó con otro listado de estudiantes para el proceso de admisión del año 2019 pertenecientes a la Facultad de Psicología que arrojaron en prueba de personalidad rasgos tendientes a estados de ánimos depresivos.

El número de sujetos seleccionados para participar de dicho estudio dependió de la cantidad de sujetos que se habían anotado tanto en lista de espera de la Clínica Psicológica, como los resultantes del proceso de admisión del año 2019.

Una vez que se obtuvo la muestra de diseño intrasujeto, se procedió a realizar los llamados correspondientes para citarlos en la Clínica Psicológica y aplicar la prueba que funcionará como filtro de aquellos sujetos que aplicarían para dicho estudio.

Seguidamente se procedió a llamarlos para ser citados. Aquellos sujetos que no cumplieron con los requisitos para participar de este estudio, se les atendió de igual manera basándonos en los protocolos correspondientes psicológicos.

La siguiente secuencia tienen relación con las sesiones que se les brindó a los participantes de este estudio:

Primera Sesión: Sesión de Sensibilización sobre el programa y comunicación de consentimiento informado.

Segunda Sesión: Aplicación del BDI-II, sesión 1 del Tratamiento de Activación Conductual para

Depresión (BATD), se ofreció a los sujetos la explicación de los primeros registros de tareas a realizarse con el fin de lograr la activación de aquellas conductas abandonadas y la jerarquización de aquellas que les resultaban más eficaces de realizar.

Tercera Sesión: Aplicación del BDI-II como método de monitoreo de estado de ánimo. Continuación de la sesión referente al protocolo, revisión de la tarea correspondiente a la realización de los registros que se trabajaron en sesión junto con el terapeuta.

Cuarta Sesión: Aplicación del BDI-II como método de monitoreo del estado de ánimo. Sesión referente al protocolo, revisión de la tarea correspondiente a la realización de los registros que se trabajaron en sesión junto con el terapeuta.

Quinta sesión: Aplicación del BDI-II como método de monitoreo del estado de ánimo. Sesión referente al protocolo, revisión de la tarea correspondiente a la realización de los registros que se trabajaron en sesión junto con el terapeuta. Observación de los niveles de funcionamiento del sujeto, reforzamiento si es necesario. Observar los avances del sujeto.

Sexta Sesión a Novena Sesión: última aplicación del BDI-II como método de monitoreo del estado de ánimo. Sesión referente a la finalización del programa como tal, revisión de las tareas correspondiente a la realización de todos los registros que se han trabajado en sesión junto con el terapeuta. Observación de los niveles de funcionamiento del sujeto en relación con la activación conductual de distintas áreas vitales, reforzamiento si es necesario. Observar los avances del sujeto, felicitarlo por su gran trabajo, recomendaciones finales y plan de seguimiento acordado junto al sujeto.

Recopilación de datos: Arrojos por cada sujeto, inicio de análisis de efectividad del tratamiento a través del establecimiento de una línea base simple, valores basados en los instrumentos utilizados en las correspondientes sesiones del protocolo.

Análisis de Resultados: Por parte del estudio realizado en cada sujeto y discutidos con el equipo de la Clínica Psicológica.

Revisión final de resultados: Junto con el acuerdo de todas las partes.

Consideraciones de resultados: Evaluación de cambios referente al protocolo.

Revisión Final: Por parte del Director de la Clínica Psicológica.

Entrega del estudio final: Revisado por comisión de Investigación y Postgrado de la Facultad de Psicología.

Resultados

Se demostró a través de este estudio que los niveles de depresión de los sujetos que participaron de la investigación basado en un diseño intra sujeto de línea base simple disminuyeron en su mayoría, obteniéndose resultados significativos sujeto a sujeto con 0.05 de significancia al aplicar la prueba de análisis de varianza de Friedman. Como el estudio radicó en la medición de puntajes de depresión otorgados por el instrumento de evaluación utilizado, cada sujeto se manejó con su propia particularidad, confirmándose una tendencia constante a la disminución de los puntajes de depresión. Cabe señalar, que los resultados alcanzados en este estudio de alcance exploratorio coinciden con conjeturas iniciales del estudio.

Luego de la aplicación del tratamiento de Activación Conductual a los sujetos participantes de la investigación, se exponen los siguientes resultados.

Tabla 1

Puntuaciones del BDI-II obtenidas por los sujetos en línea base y por sesión

Gráfico 1

Puntajes del BDI obtenido por el sujeto 1 en Línea Base y Sesiones

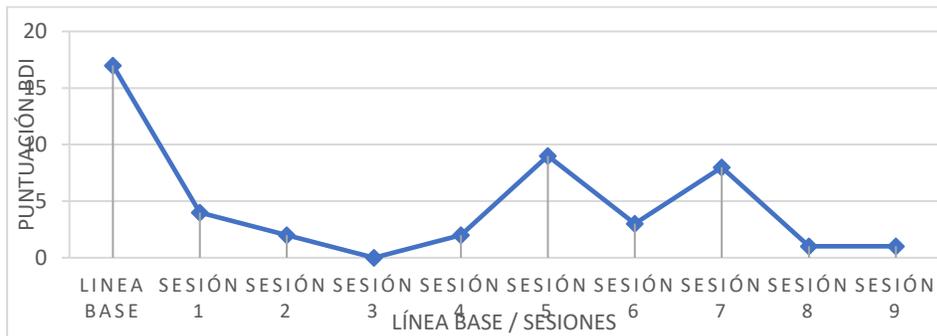


Gráfico 2

Puntajes del BDI obtenido por el sujeto 2 en Línea Base y Sesiones

Línea Base	N°	SESIONES								
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
1	17	4	2	0	2	9	3	8	1	1
2	16	6	5	2	3	1	0	4	0	0
3	21	10	12	3	0	1	0	0	0	0
4	30	28	24	20	17	25	19	13	16	15
5	18	9	7	3	7	2	6	2	2	0
6	19	20	21	17	11	9	10	5	4	5
7	20	24	38	27	21	7	4	2	2	8
8	16	8	4	2	4	0	3	6	5	10

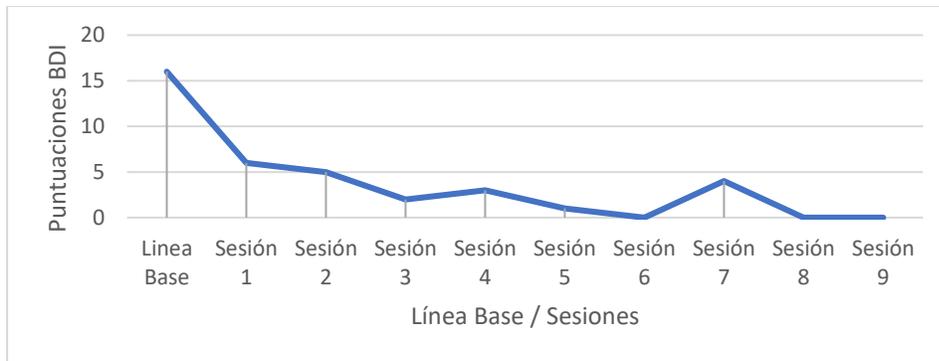


Gráfico 3
Puntajes del BDI obtenido por el sujeto 3 en Línea Base y Sesiones

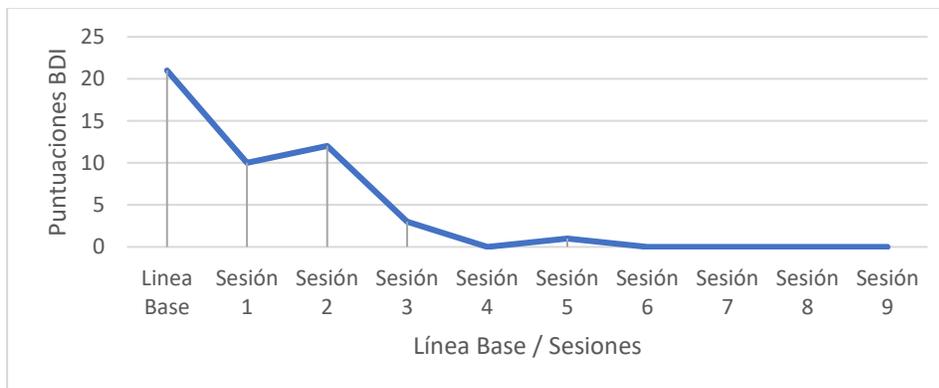


Gráfico 4
Puntajes del BDI obtenido por el sujeto 4 en Línea Base y Sesiones

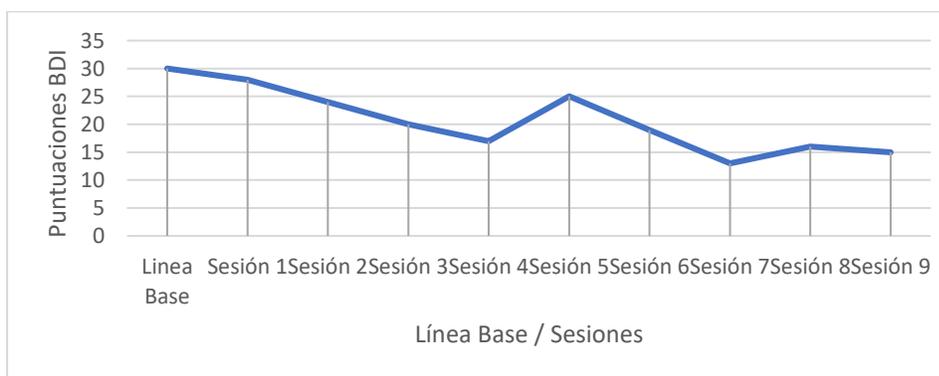


Gráfico 5
Puntajes del BDI obtenido por el sujeto 5 en Línea Base y Sesiones

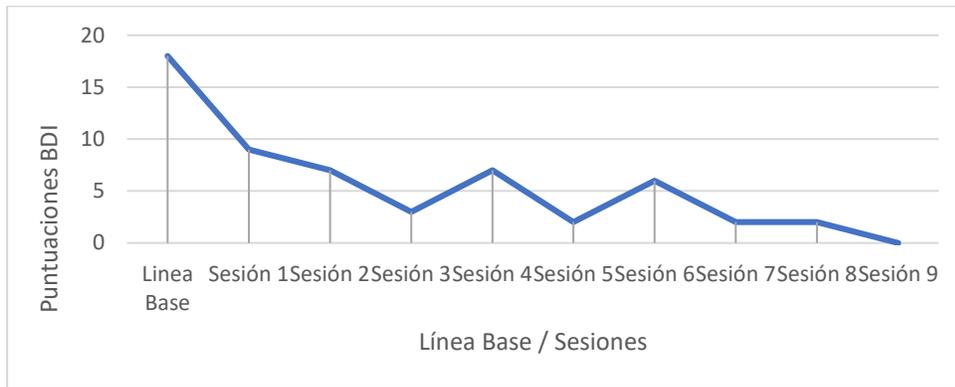


Gráfico 6
Puntajes del BDI obtenido por el sujeto 6 en Línea Base y Sesiones

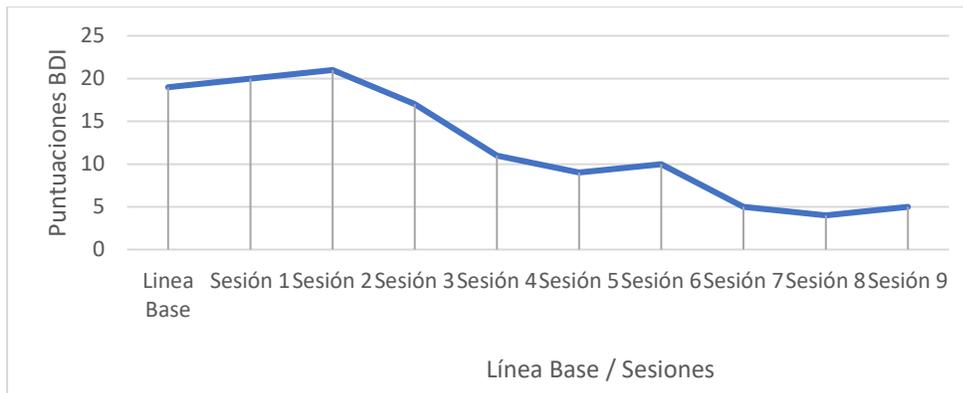


Gráfico 7
Puntajes del BDI obtenido por el sujeto 7 en Línea Base y Sesiones

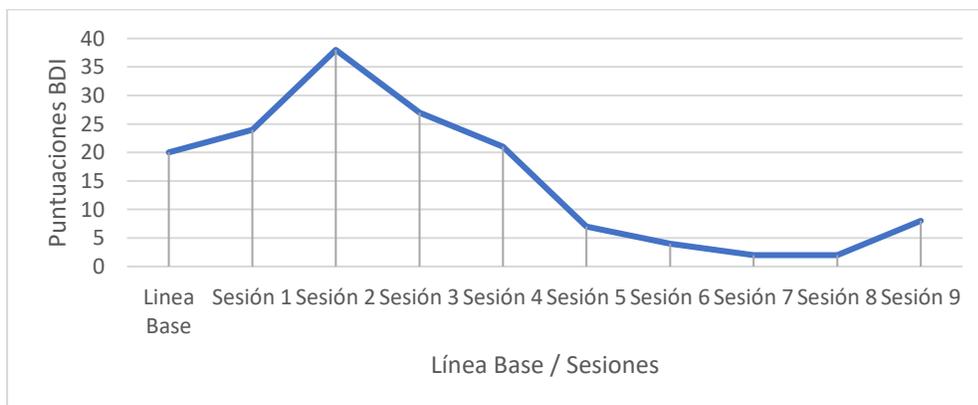
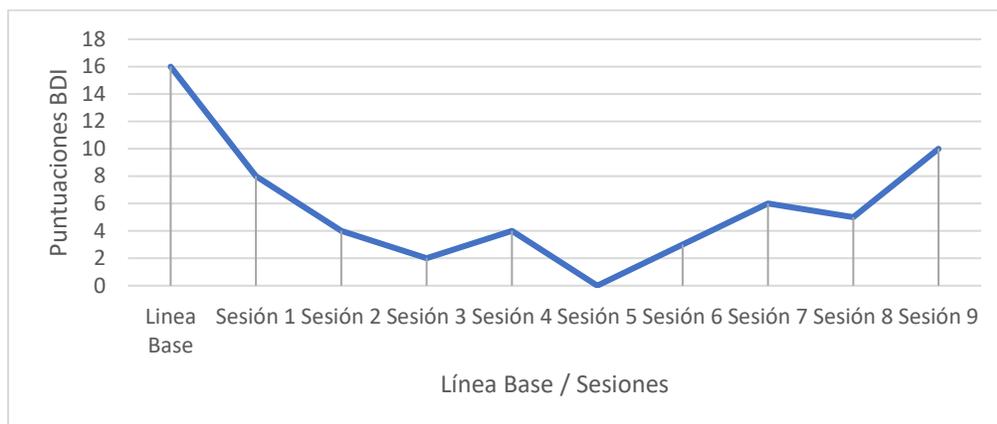


Gráfico 8

Puntajes del BDI obtenido por el sujeto 8 en Línea Base y Sesiones



Discusión

Para comprobar estadísticamente la efectividad del tratamiento dividimos en tres fases la implementación de este Tratamiento considerando una medición inicial sin intervención como **Línea Base**, la fase de intervención propiamente dicha y finalmente la fase de seguimiento. Véase los puntajes arrojados en las tres fases de implementación del Tratamiento.

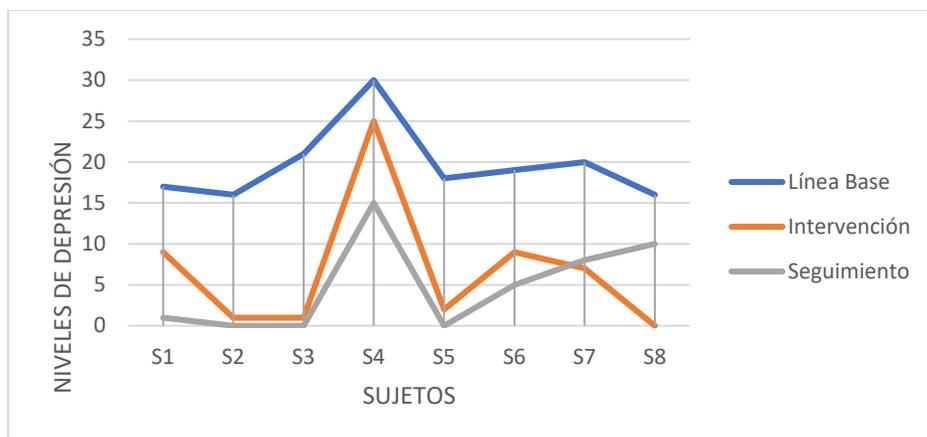
Tabla 2

Puntuaciones en las tres fases de implementación del Programa para la prueba de Friedman: Línea Base, Intervención y Seguimiento

Sujetos	Línea Base	Sesión 5 Intervención	Sesión 9 Seguimiento
S1	17	9	1
S2	16	1	0
S3	21	1	0
S4	30	25	15
S5	18	2	0
S6	19	9	5
S7	20	7	8
S8	16	0	10

Gráfico 9

Puntuaciones en las tres fases de implementación del Programa



Análisis de Varianza de Friedman

Luego de someter los puntajes obtenidos en cada una de las tres fases del estudio a la prueba de Friedman con el objetivo de comprobar si el decremento de estos puntajes es estadísticamente significativo como para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas en el estudio; se obtuvo los siguientes resultados:

Desarrollando el estadístico $\chi_r^2 = \frac{12}{Nk(k+1)} \sum_{j=1}^k (R_j)^2 - 3N(k+1)$ se obtuvo un $\chi_r^2 = 13$

Con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ y un grado de libertad de 2, se obtuvo, de la tabla de chi cuadrado, un Valor Crítico de **5.99**.

Criterio de decisión: Sí el Valor Crítico $\leq \chi_r^2$, \Rightarrow se rechaza la H_0 , en favor de la H_1 .

Toma de decisión: Ya que el Valor Crítico (5.99) es menor que el valor arrojado por la prueba de Friedman χ_r^2 (13), concluimos que hubo evidencia estadística para rechazar la Hipótesis nula (H_0) - el Tratamiento no disminuye los niveles de depresión, y así aceptar la Hipótesis alterna (H_1) que declara que el tratamiento disminuye los niveles de depresión. Empleando un Nivel de Confianza de 95%.

Dado que la prueba de Friedman fue significativa, esto nos indicó que al menos dos grupos de entre los comparados fueron significativamente diferentes, pero no especificaba cuáles. Para conocer dichas diferencias fue necesario compararlos todos entre ellos. Esto implicó utilizar un estadístico como la prueba de Wilcoxon, véase los siguientes resultados.

Prueba de los Signos y Pares Igualados de Wilcoxon y comparaciones

Comparando la fase de Línea Base con la fase de Intervención

Tabla 3

Puntuaciones en las fases Línea Base e Intervención.

Sujetos	A Línea Base	B Intervención
S1	17	9
S2	16	1
S3	21	1
S4	30	25
S5	18	2
S6	19	9
S7	20	7
S8	16	0

Gráfico 10

Puntuaciones en las fases de Línea Base y en la fase de Intervención



Hipótesis y Discusión

Ho: A = B

H1: A \neq B

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$.

T observada: 0

T crítica = 4

Criterio de Decisión: Si $T_o < T_c$ se rechaza la Ho.

Decisión: Dado que $T_o < T_c$, tenemos evidencia estadística para rechazar la Ho y aceptar la H1, es decir que, los puntajes encontrados entre la fase de Línea Base y la Fase de Intervención son significativamente diferentes.

Comparando la fase de Línea Base con la fase de Seguimiento

Tabla 4

Puntuaciones en las fases Línea Base y la fase de Seguimiento

Sujetos	A Línea Base	C Seguimiento
S1	17	1
S2	16	0
S3	21	0
S4	30	15
S5	18	0
S6	19	5
S7	20	8
S8	16	10

Gráfico 11

Puntuaciones en las fases de Línea Base y en la fase de Seguimiento



Hipótesis y Discusión

Ho: A = C

H1: A \neq C

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

T observada: 0

T crítica = 4

Criterio de Decisión: Si $T_o < T_c$ se rechaza la Ho

Decisión: Dado que $T_o < T_c$, Se obtuvo evidencia estadística para rechazar la Ho y aceptar la H1, es decir que, los puntajes encontrados entre la fase de Línea Base y la Fase de Seguimiento son significativamente diferentes.

Comparando la fase de Intervención con la fase de Seguimiento

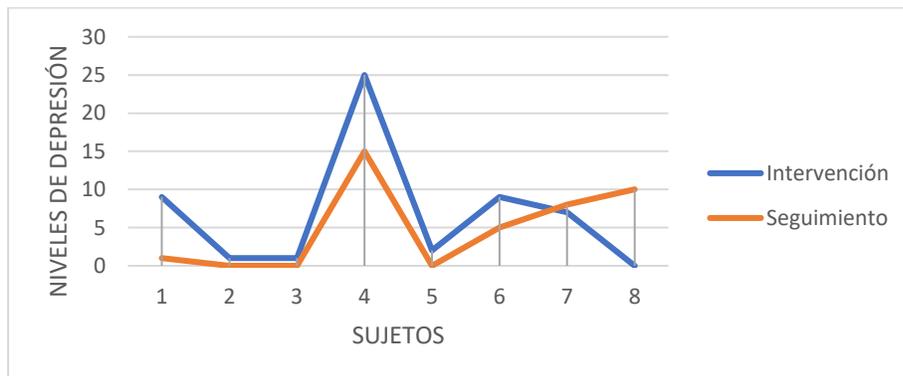
Tabla 5

Puntuaciones en las fases Línea Base y la fase de Seguimiento

Sujetos	B Intervención	C Seguimiento
S1	9	1
S2	1	0
S3	1	0
S4	25	15
S5	2	0
S6	9	5
S7	7	8
S8	0	10

Gráfico 12

Puntuaciones en las fases de Intervención y la fase de Seguimiento



Hipótesis y Discusión

Ho: B = C

H1: B ≠ C

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

T observada: 9.5

T crítica = 4

Criterio de Decisión: Si $T_o < T_c$ se rechaza la Ho

Decisión: Dado que $T_o > T_c$, se obtuvo evidencia estadística para aceptar la Ho y rechazar la H1, es decir que, los puntajes encontrados entre la fase de Intervención y la fase de Seguimiento no fueron significativamente diferentes.

Conclusiones

Las siguientes conclusiones se desprendieron del estudio realizado con la implementación del Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD) a estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá, seleccionados previamente y con consentimiento informado del mismo para trabajar con la depresión.

1. El contexto donde se reportó mayor malestar anímico por parte de los participantes de este estudio se presentó en el ámbito familiar.
2. De ocho (8) participantes, siete (7) expresaron haber experimentado una lucha instintiva a lo largo de su historia de desarrollo: vivencias conflictivas en el contexto familiar, conflictivas parentales, padres con determinadas conductas no saludables, dolor emocional e impotencia.
3. Se detectaron como recursos facilitadores del proceso terapéutico en los sujetos, la responsabilidad y la disciplina.
4. En la mayoría de los participantes, factores políticos, sociales y familiares se presentaron como reforzadores de conductas depresivas y no saludables.
5. Se comprueba la efectividad del Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión en los participantes de dicho estudio.
6. Hubo diferencia en la obtención de resultados con respecto a los puntajes de BDI II de los sujetos durante el proceso terapéutico en las tres fases de su implementación.
7. A través de los registros elaborados entre el sujeto y el terapeuta al inicio del Programa, se observó la toma de conciencia sobre la presencia de la evitación sobre las conductas saludables, además de, la existencia de circunstancias contextuales de índole familiar, los cuales marcaron un factor determinante en el comportamiento y mantenimiento de conductas no saludables previo a la implementación del Tratamiento de Activación Conductual en los estudiantes de Psicología.

Referencias

1. Barraca, J. (16 de agosto de 2018). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. Universidad Camilo José Cela.
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n2/v21n2a07.pdf>
2. Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. Nueva York: Guilford Press.
3. Bianchi, J., y Muñoz, A. (16 de septiembre de 2018). Activación conductual. Revisión histórica, conceptual y empírica. Colombia.
<http://190.131.242.67/index.php/Psychologia/article/view/1223>. 83-93.
4. Christopher, M., Sona D. y Dunn, R. Activación Conductual para la depresión. Una guía Clínica. Desclée de Brouwer Editorial.
5. Contreras, S. (2019). Hectodermo y Cartografía de Hamer. Análisis y Actualizaciones

- Neuroanatomías y Neuroradiológicas. Provincia de Neuquén Argentina: Salerno Editorial.
6. Goldar, J.C. (1993). Anatomía de la Mente. Ensayo sobre los fundamentos neurobiológicos de la Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina: Salerno Editorial.
 7. Maero, F. (2016). Tratamiento de activación conductual para depresión. Protocolo y Guía Clínica. Buenos Aires, Argentina: Akadia Editorial.
 8. Mansilla Izquierdo, F. (26 de octubre de 2018). Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid España. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265028372015>
 9. Romero Gamero, R., Poves Oñate, S. y Vucinovich, N. (16 de septiembre de 2018). Efectos de la Activación Conductual sobre la sintomatología depresiva, la sintomatología psicótica y el nivel de discapacidad percibida. A propósito de un caso. España. <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/11794/Efectos.pdf?sequence=2>
 10. Sampieri, H. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGRAW-HILL Editorial.
 11. Tequia, M. S. (2011). Efecto de la terapia de activación conductual en las conductas depresivas de tres consultantes. Pontificia Universidad Javeriana.
 12. World Health Organization. (04 de junio de 2018). Depresión. http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE REALIZAN LOS PSICÓLOGOS PERITOS DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

Melba Stanziola de Díaz, Universidad de Panamá. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. E-mail: melva_stanziola@hotmail.com

Fecha de recepción: 17 de noviembre de 2021

Fecha de aprobación: 29 de noviembre de 2021

Resumen: La elevada demanda de atención de casos por el supuesto delito de Violencia Doméstica requiere como se evalúe la víctima, con el fin de determinar si existe o no daño psíquico; competencia ésta del Psicólogo Forense a solicitud de la Autoridad Competente. El objetivo de esta investigación fue conocer la valoración del Daño Psíquico de la Violencia Doméstica que hacen los Psicólogos Forenses del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. La metodología contempló un diseño descriptivo no experimental cuantitativo y una investigación transeccional. Se trabajaron cinco dimensiones: Área de conocimiento, Consecuencias del Daño Psíquico y Violencia Doméstica, Clasificación de los trastornos, Indicadores de detección de daño psíquico y violencia doméstica, finalmente la Evaluación Global (incluye técnicas). El psicólogo forense debe tener claras sus herramientas inclusive durante la entrevista a través del registro observacional de conducta, para detectar indicadores que puedan estar señalando que la víctima podría estar sobreestimulando efectos psíquicos que no corresponden al evento dañoso en estudio. La literatura señala que la violencia doméstica puede producir un daño psíquico; siendo preciso determinar pasado seis meses la existencia o no de una secuela psíquica. Los resultados arrojaron falta de criterios unificados en el abordaje cognoscitivo del daño psíquico, y por ende desconocimientos de criterios clínico-forenses en su valoración, visualizado en respuestas diferentes a un mismo ítem en relación con la medición del daño psíquico en las víctimas de Violencia doméstica por los peritos. Este estudio, brindó un punto de referencia a la sección de Salud Mental del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para identificar criterios similares y diferentes que les permita

minimizar las diferencias y trabajar una guía técnica de uso nacional por los peritos del Estado, basados en evidencias científicas en el conocimiento a la fecha de traumatología estudiada.

Palabras claves: *Daño Psíquico, Violencia Doméstica.*

Abstract: The high demand for attention to cases for the alleged crime of Domestic Violence requires how the victim is evaluated, in order to determine whether or not there is psychological damage; This competence of the Forensic Psychologist at the request of the Competent Authority. The objective of this research was to know the validity of the Psychic Damage of Domestic Violence made by the Forensic Psychologists of the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences. The methodology included a quantitative non-experimental descriptive design and a transactional investigation. Five dimensions were worked on: Area of knowledge, Consequences of Psychic Damage and Domestic Violence, Classification of disorders, Indicators of detection of mental damage and domestic violence, finally the Global Assessment (includes techniques). The forensic psychologist must be clear about his tools even during the interview through the observational record of behavior, to detect indicators that may be indicating that the victim could be overstimulating psychic effects that do not correspond to the harmful event under study. The literature indicates that domestic violence can cause psychological damage; being precise to determine after six months the existence or not of a psychic sequel. The results showed a lack of unified criteria in the cognitive approach to psychological damage, and therefore ignorance of clinical-forensic criteria in its assessment, visualized in different responses to the same items in relation to the measurement of mental damage in victims of domestic violence by experts. This study provided a reference point to the Mental Health section of the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, to identify similar and different criteria that allow them to minimize the differences and work on a technical guide for national use by State experts, based on scientific evidences in the knowledge to the date of the traumatology studied.

Keywords: Psychic Damage, Domestic Violence.

Introducción

La Psicología Forense en Panamá se inicia, aproximadamente, con los primeros egresados de la Academia, para los años 2007; vigente aún el Sistema Penal inquisitivo, pero con brisas de migrar al Sistema Penal Acusatorio que hoy tenemos, naciendo primeramente en las Provincias de

Santiago y Coclé en 2011, terminando en Panamá su implementación en el año 2016. Es durante esta fase, que el Peritaje Psicológico toma su auge, como Auxiliar de la Justicia. La tendencia de la Justicia se inclinaba fuertemente, hacia los acusados de delitos y se invisibilizaba a las víctimas de estos; lo que en la actualidad ha ido variando de forma notable.

Con el nuevo Sistema de Justicia Penal Garantista y las reformas al Código Procesal Penal. La frecuencia creciente de mujeres víctimas de Violencia Doméstica, coloca a éstas, estadísticamente en el sitial más alto en denuncias registradas por el Ministerio Público. De igual manera ha aumentado la necesidad de asesorar a jueces y tribunales, en temas que la Psicología como ciencia que estudia el comportamiento, puede ayudar a comprender el psiquismo de víctimas y victimarios. La valoración del daño psíquico producto de una acción dañosa intencional, fuerte y muchas veces inesperada que causa un alto impacto psíquico, es de mucha importancia; ante una historia en que por muchísimos años no se consideró ni el nivel, ni la intensidad del daño causado con violencia.

Este estudio brinda a psicólogos y peritos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de nuestro país (IMELCF), quienes se encuentran en primera fila en la evaluación del daño psíquico que puede sufrir una persona a razón de un evento dañoso, una primera impresión diagnóstica que identifique como están valorando la presencia o no de Daño psíquico en Violencia Doméstica a nivel nacional, cuáles son las coincidencias y las diferencias en el proceso de evaluación, y en sus entrevistas; así como qué otras cosas no han considerado, permitiendo identificar desde una postura académica científica dentro la especialidad de Psicología Clínica-Forense; lograr de esta manera un menor sesgo de error.

Cifras obtenidas del Ministerio Público reportan que en 2017 la cifra de denuncias para el delito de Violencia Doméstica correspondía a un total de 15,389; en el 2018 la cifra de enero a diciembre era un total de 15,434 casos, para el 2019 el total de denuncias aumentó a 16,851, obteniendo en 2020 un gran total de 15,123. Esto es indicador de la importancia y demanda en la preparación de los psicólogos peritos.

“Antiguamente se pretendía que la evaluación y diagnóstico del daño psíquico, estaba íntimamente relacionado con la comprobación del delito, pero favorablemente se han dado avances, de manera tal que exista o no el daño, ello no implica que el delito se cometió, siendo este un tema de prueba procesal”. (A. Pineda, comunicación personal, 10 de septiembre, 2020).

“En la violencia contra la mujer la ley 82 de 2013, se cuidó establecer el Daño Psíquico como un agravante y no como un elemento constitutivo de tipo penal; o como si fuese prueba casada con el delito, cosa que pertenece al pasado procesal”. A. Pineda, comunicación personal, 29 de diciembre, 2020).

En junio 2020, 420 mujeres consultaron la línea de auxilio por Violencia Doméstica, tres por violación sexual y cincuenta por género del Instituto Nacional de la Mujer (INAMU).

Resulta interesante el encontrar en la revisión de la literatura sobre la credibilidad del testimonio que afirma “los procedimientos llevados a cabo por psicólogos basados en el análisis de contenido de las declaraciones eran más efectivos, clasificando correctamente, en contextos de simulación; mientras que en estudios de casos la eficacia llegaba al 100%” (2005, p.60) (Arce & Fariña, 2005)

Gacono y otros (2001) sugirieron que los psicólogos forenses están, éticamente obligados a utilizar una batería de pruebas de instrumentos y múltiples métodos para formarse una opinión sobre el evaluado. Estas herramientas deben poder mostrar estándares adecuados de validez y confiabilidad, con relación al área específica en que se está evaluando.

La literatura consultada, a fin de conocer los orígenes del peritaje psicológico, señala que “...encuentra su antecedente más cercano en el siglo XVII en la peritación psiquiátrica” (Puhl; Izcurdia; Oteyza y Gresia, 2017, p. 252)

Según Echeburúa, (2004), “siguiendo la perspectiva traumatogénica, una situación de victimización criminal, es un estresor psicosocial de primera magnitud en la vida de una persona, ya que es algo infrecuente en las experiencias humanas, desborda las estrategias de afrontamiento del sujeto y supone un grave riesgo para su seguridad. Estas situaciones son experimentadas, en la mayoría de los casos, con una fuerte emocionalidad negativa (vivencia traumática), susceptible de desestabilizar el estado psicológico del sujeto.

Varela y otros (2010), afirman que toda perturbación, trastorno, enfermedad, síndrome, disfunción que a consecuencia de un hecho traumático sobre la personalidad del individuo acarrea una disminución en la capacidad de goce, que afecte su relación con el otro.

Por su parte Soria (2012) afirma, que la intensidad de daño estará determinada por la capacidad de afrontamiento al hecho dañoso. El periodo más idóneo para evaluar el daño psíquico

se sitúa en torno a los 3-4 meses posteriores al hecho delictivo. Dicho lapso temporal facilita una adecuada valoración del curso y pronóstico del cuadro clínico.

Los síntomas de angustia psíquica de las personas traumatizadas hacen referencia a la existencia de un secreto impronunciado, es sumamente importante aquí la pericia y la empatía mezclada con asertividad del perito al momento de desarrollar la entrevista, que le permita a la víctima de Violencia Doméstica poderse expresar sin miedo; pero también reconocer cuáles son las medidas de protección que establece el Código Procesal Penal y lo cual tiene derecho de exigir. Herman, 2004, habla de restaurar conexiones entre el mundo público y el privado entre el individuo y la comunidad entre los hombres

Navarro. Navarro, Vaquero y Carrascosa (2004), citado en et al Asensi, L (2008,) afirmaron que para entender y valorar la violencia doméstica y el daño psíquico asociado es sumamente importante centrarse en el padecimiento consecuencias y secuelas que tiene, para la víctima y no necesariamente en el comportamiento e intimidación del perpetrador y ello es así en la medida que es importante validar el dolor e impacto psicológico, que sufren estas víctimas, esperando alcancen resiliencia y no generen secuelas psíquicas.

Planteamiento del problema y marco teórico

¿Cómo es la valoración del Daño Psíquico en la Violencia Doméstica que realizan los peritos de psicología del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses?

Objetivos del estudio

- Conocer la valoración del Daño Psíquico de la Violencia Doméstica que hacen los Psicólogos Forenses del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- Recomendar la creación de un Protocolo Valorativo del Daño Psíquico en Violencia Doméstica, resaltando las áreas marcadas en el diagnóstico de la presente investigación

Tipo de investigación

Es un estudio de tipo descriptivo, ya que “únicamente se pretende medir o recoger información de manera conjunta sobre los conceptos o las variables” Hernández y Mendoza (2018).

El diseño de esta investigación es no experimental cuantitativo, “se trata de estudios en los que no hacemos variar de forma intencional las variables independientes para ver su efecto en otras variables” (Hernández, et al 2014). Es una investigación transeccional explicativa en la cual se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Lui, 2008 y Tucker, 2004).

Variables del estudio

Daño psíquico: La consecuencia de un acontecimiento que afecta la estructura vital y generalmente acarrea trastornos y efectos patógenos en la organización psíquica. No solo es la resultante de un acontecimiento inesperado y sorpresivo, sino que también puede presentarse como efecto de un proceso lento y persistente, que va ahondando la estructura psíquica y con el tiempo resulta devastador. (Tkaczuk, 2003)

Violencia doméstica: Patrón de conducta en el cual se emplea la fuerza física o la violencia sexual o psicológica, la intimidación o la persecución contra una persona por parte de su cónyuge, excónyuge, familiares o parientes con quienes cohabita o haya sostenido una relación legalmente reconocida, o con quien sostiene una relación consensual, o con una persona con quien se haya procreado un hijo o hija como mínimo, para causarle daño emocional”. (Código Procesal Penal. Art 2. Numeral 8).

Población:

Psicólogos Forenses, Peritos de la Unidad de Salud Mental del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la República de Panamá (IMELCF) que corresponde a veinte (24) psicólogos a nivel nacional.

Muestra:

Psicólogos Forenses, Peritos de la Unidad de Salud Mental del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la República de Panamá (IMELCF) que corresponde a doce (12) psicólogos a nivel nacional.

Medición:

Instrumento de construcción propia, tipo escala Likert. Se utilizó el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC), desarrollado por Hernández-Nieto (2002), para determinar la validez de contenido de cada ítem, así como la validez total de pruebas psicométricas, además de establecer

el nivel de concordancia de los jueces, mediante la técnica de juicio de expertos. Sobre las bases de las consideraciones anteriores, se realizó el proceso de validación por medio del CVC, los puntajes asignados por los seis jueces en las cuarenta preguntas de la encuesta la Valoración del Daño Psíquico de la Violencia Doméstica, luego de su procesamiento se calculó el CVC y arrojó un valor de 0,9609, lo que significa una validez de contenido excelente para la Encuesta sobre la Valoración del Daño Psíquico de la Violencia Doméstica.

Procedimiento

- Para la recolección de la información se realizó una investigación bibliográfica sobre Daño Físico y Violencia Doméstica.
- Se realizó el curso de Buenas Prácticas clínicas
- Solicitamos permiso para la aplicación de nuestro instrumento a la Dirección del IMELCF.
- Se solicitó el código al MINSA.
- Se utilizó el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC), desarrollado por Hernández-Nieto (2002), para determinar la validez de contenido de cada ítem, así como la validez total de pruebas psicométricas, además de establecer el nivel de concordancia de los jueces, mediante la técnica de juicio de expertos.
- Sobre las bases de las consideraciones anteriores, se realizó el proceso de validación por medio del CVC, los puntajes asignados por los seis jueces en las cuarenta preguntas de la encuesta la Valoración del Daño Psíquico de la Violencia Doméstica, luego de su procesamiento se calculó el CVC y arrojó un valor de 0,9609, lo que significa una validez de contenido excelente para la Encuesta sobre la Valoración del Daño Psíquico de la Violencia Doméstica. (Cruce de expertos)
- Se recibió la aprobación al Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP).
- La aplicación del instrumento se realizó en línea, mediante formulario de Google Forms, con el apoyo de la Dirección de Salud Mental de esa institución, anuente a la colaboración. Sus respuestas llegaron directamente a la investigadora.
- Revisión bibliográfica relacionada al daño psíquico, peritaje psicológico, y violencia doméstica.

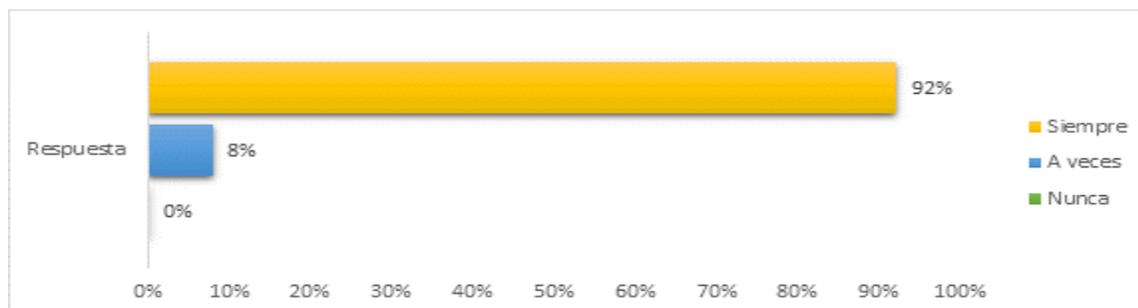
Modelo estadístico

Desde el punto de vista cuantitativo, el análisis de datos se realizará a través de la estadística descriptiva. Esto con el propósito de resumir información utilizando para ello frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar. Para el análisis de las respuestas obtenidas a las preguntas de tipo abierta, las mismas serán incorporadas, como validación del conocimiento que tenga el participante con respecto a la respuesta que da al ítem, estableciendo el nivel de concordancia en su respuesta. Se utilizaron cuadros y gráficos, los cuales nos facilitaron una mayor comprensión de los datos obtenidos, con la finalidad de analizar dichos datos y realizar las recomendaciones pertinentes.

Resultados

Figura No. 1

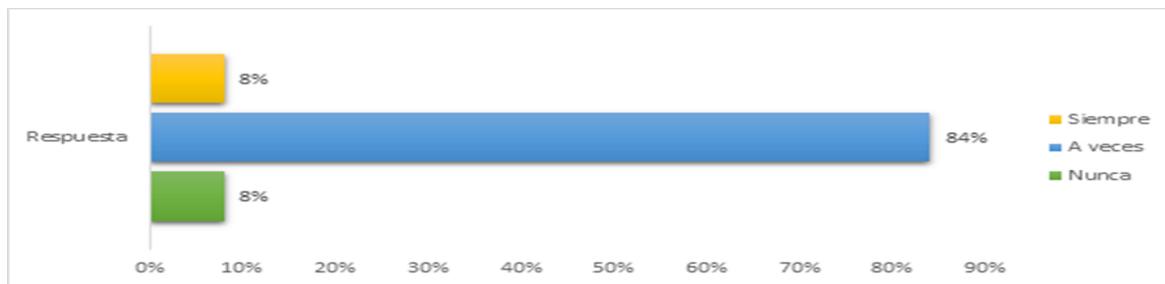
Dentro de las herramientas a considerar en la entrevista para determinar la presencia o no de Daño Psíquico es imprescindible considerar el tiempo transcurrido en que se dio el hecho criminal y la evaluación



Nota: Según el 92 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación consideraron que es imprescindible considerar el tiempo transcurrido en que se dio el hecho criminal y la evaluación para determinar la presencia o no del daño psíquico, mientras un 8 % consideró que solo a veces se podría determinar la presencia o no del daño psíquico.

Figura No. 2

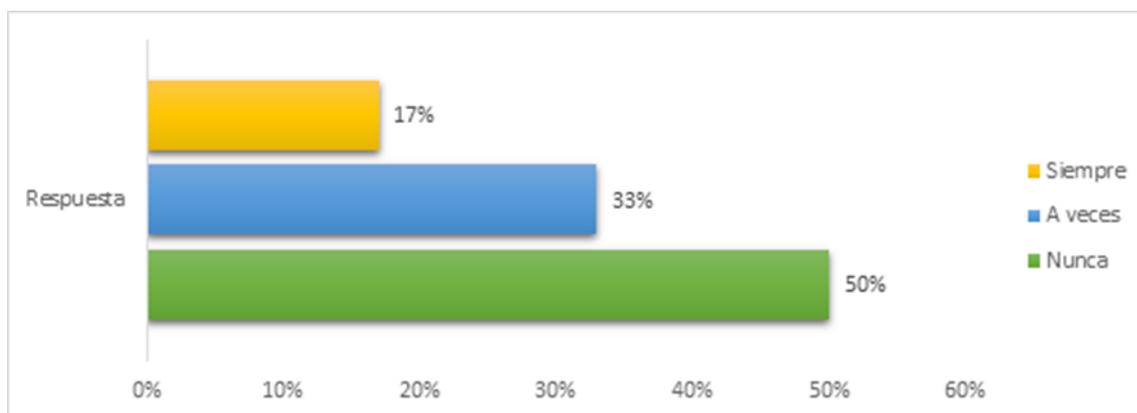
Puede una víctima de una violencia física y psicológica recurrente por años, mentir en su testimonio de forma consciente para inculpar a su supuesto agresor.



Nota: El 84% de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación consideraron una víctima de una violencia física y psicológica recurrente por años puede mentir en su testimonio de forma consciente para inculpar a su supuesto agresor, mientras que un 8 % señaló que siempre es así y el otro 8 % consideró que nunca.

Figura No. 3

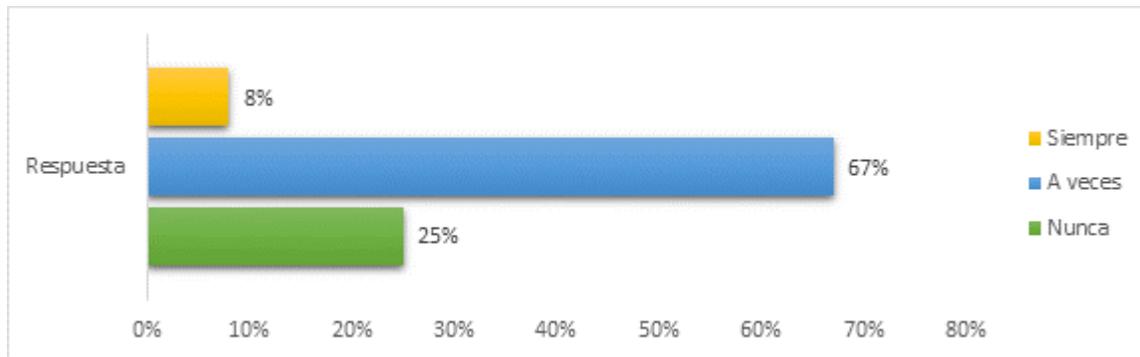
Usted descarta secuelas preexistentes de afectación psíquicas al daño generado en el evaluado, transcurrido tres meses.



Nota: El 50 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación consideraron que nunca descartan las secuelas preexistentes de afectación psíquicas al daño generado en el evaluado, transcurrido tres meses, el 33 % lo hace a veces y el 17 % restante siempre las descartan.

Figura No. 4

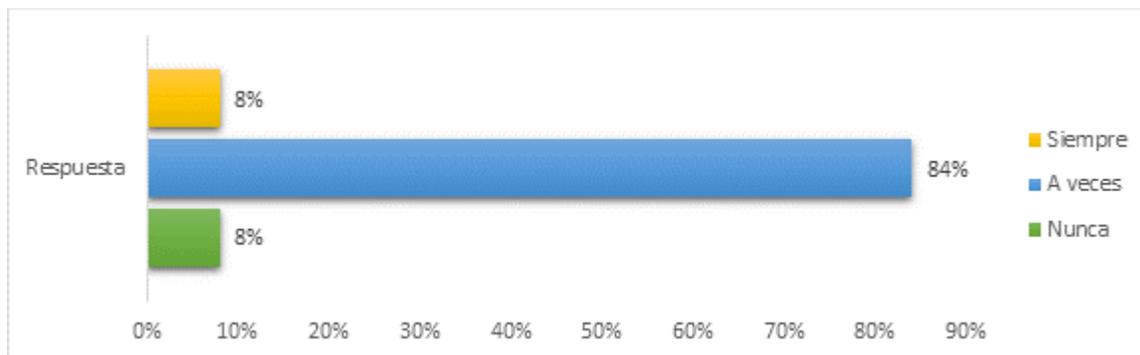
El reporte detallado y pormenorizado de la acción dañosa, con claridad impresionante, expresa sobreestimulación de la persona evaluada.



Nota: El 67 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación señalaron que a veces un reporte detallado y pormenorizado de la acción dañosa, con claridad impresionante, expresa sobreestimulación de la persona evaluada, el 8 % indicó que siempre expresa la sobreestimulación, mientras un 25 % señaló que no tiene relación.

Figura No. 5

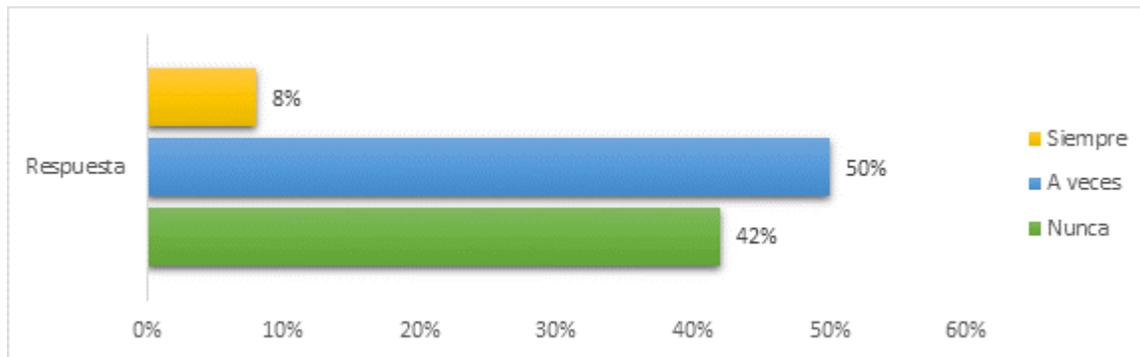
La persona evaluada afirma no estar segura de que ella haya sido violentada y dice ser culpable de lo ocurrido, evidenciando una situación traumatogénica.



Nota: El 84 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación señalaron que la persona evaluada a veces afirma no estar segura de que ella haya sido violentada y dice ser culpable de lo ocurrido, evidenciando una situación traumatogénica, el 8 % indicó que siempre lo afirman, en contraste del otro 8% que mencionaron que las personas afirman estar seguras de haber sido violentadas.

Figura No. 6

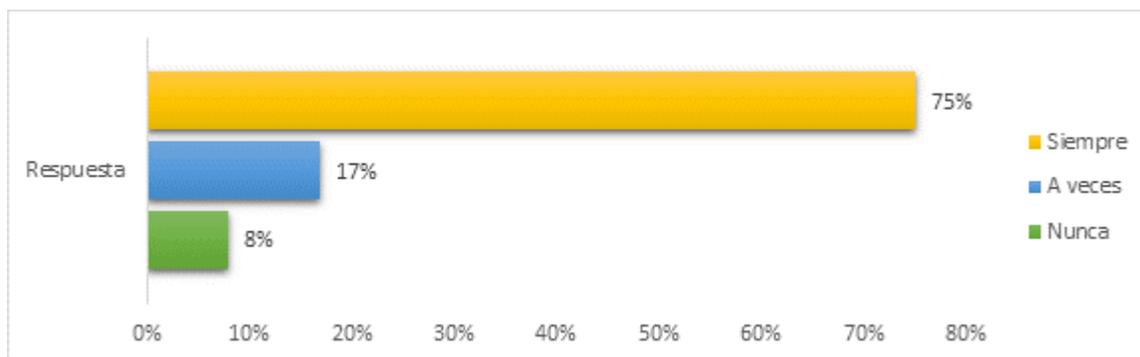
En su entrevista clínico-forense, la persona evaluada por Violencia Doméstica, pasado 5-6 meses del trauma ha experimentado despersonalización y desrealización.



Nota: El 50 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación señalaron que, en su entrevista clínico-forense, a veces la persona evaluada por Violencia Doméstica, pasado 5-6 meses del trauma, ha experimentado despersonalización y desrealización. Un 42 % indicó que la persona evaluada nunca ha experimentado despersonalización y desrealización, mientras un 8 % manifestó que siempre.

Figura No. 7

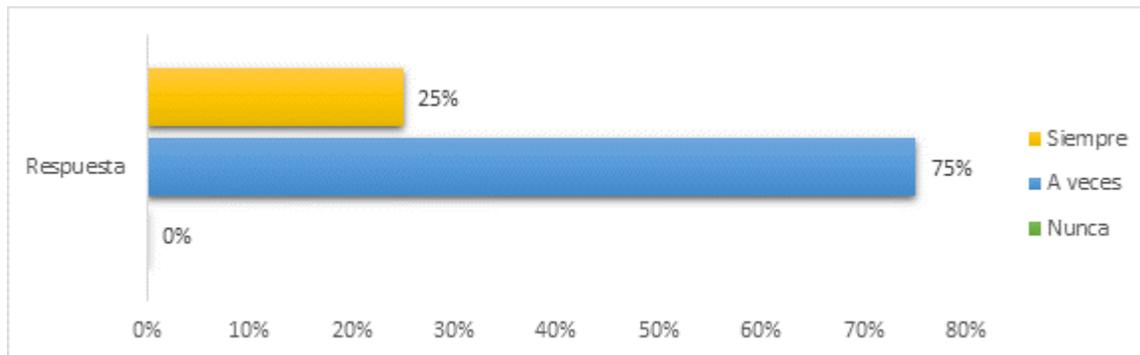
Un indicador de TEPT Complejo, sería evitación o esfuerzo para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos relacionados estrechamente al evento dañoso.



Nota: El 75 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación señalaron que siempre la evitación o esfuerzo para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos es un indicador de TEPT Complejo relacionado estrechamente al evento dañoso. El 17 % consideró que a veces se puede categorizar como un indicador, mientras el 8 % indicó que no.

Figura No. 8

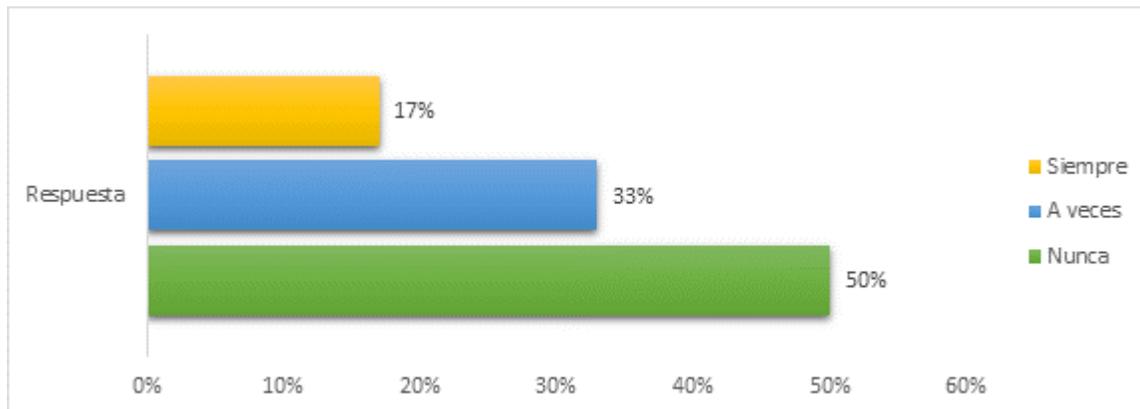
Detecta en su entrevista alteración cognoscitiva, caracterizada por tristeza, vergüenza comportamiento socialmente retraído y reducción persistente de emociones positivas.



Nota: El 75 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación señalaron que durante su entrevista a veces detecta una alteración cognoscitiva, caracterizada por tristeza, vergüenza comportamiento socialmente retraído y reducción persistente de emociones positivas en las víctimas de Violencias Doméstica, mientras el 25 % confirmó que siempre se detecta.

Figura No. 9

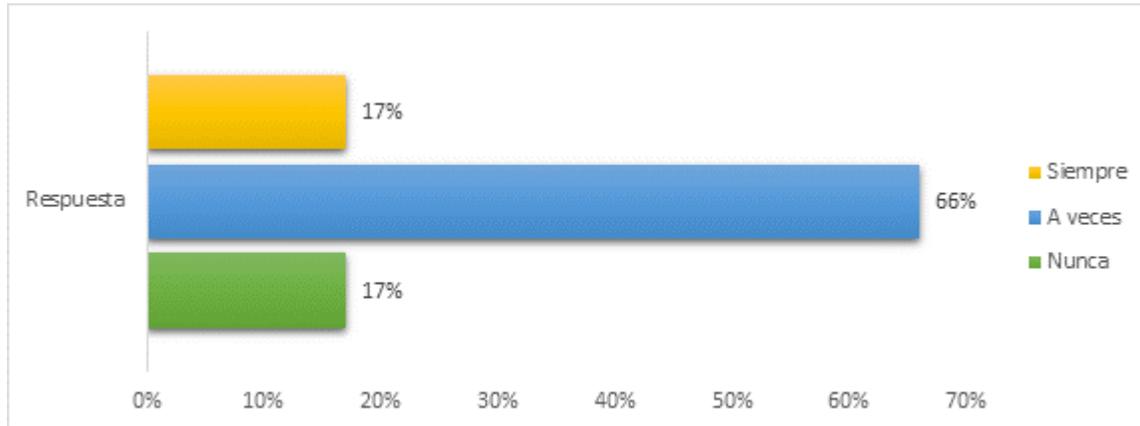
Usted descarta secuelas preexistentes de afectación psíquicas al daño generado en el evaluado, transcurrido tres meses.



Nota: El 50 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación consideraron que nunca descartan las secuelas preexistentes de afectación psíquicas al daño generado en el evaluado, transcurrido tres meses, el 33 % lo hace a veces y el 17 % restante siempre las descartan.

Figura No. 10

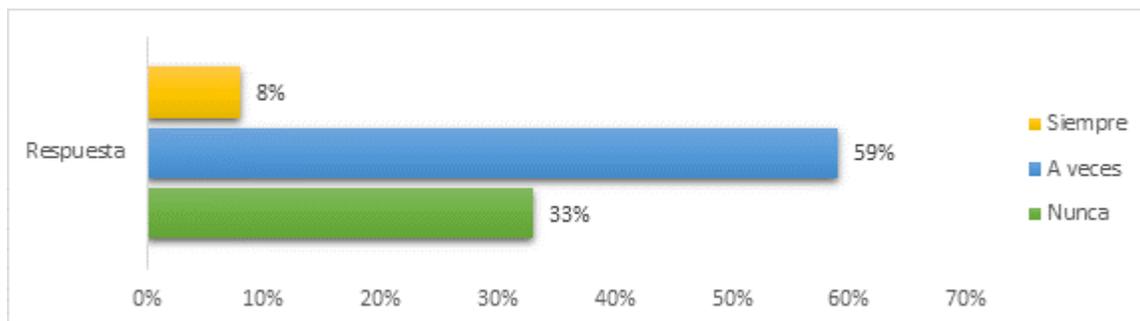
Considera que el estado de shock puede estarse contemplando dentro de los tres meses posteriores a la vivencia traumática y no representar daño psíquico y si una lesión psíquica.



Nota: El 66 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación consideraron que el estado de shock a veces puede contemplarse dentro de los tres meses posteriores a la vivencia traumática y no representar daño psíquico y si una lesión psíquica, mientras que un 17 % señaló que siempre es así y el otro 17 % consideró que nunca.

Figura No. 11

La presencia de la sobreestimulación en el evaluado es el resultado de la intensidad de la huella psíquica.



Nota: El 59 % de los psicólogos forenses del IMELCF que participaron en la investigación consideraron que a veces la presencia de la sobreestimulación en el evaluado es el resultado de la intensidad de la huella psíquica, el 8 % indicó que siempre la sobreestimulación es el resultado de la huella psíquica mientras el 33 % consideró que nunca lo es.

Discusión

No todas las víctimas de violencia doméstica presentan secuelas psíquicas a los seis meses posterior del evento dañoso cómo lo señala el autor; la literatura cuando afirma que la psicología forense se

enfoca más a ver en nivel de afectación el funcionamiento de la personalidad y en algunas ocasiones esta afectación según los estudios realizados debe descartar que ésta no es producto de los traumatismos previos al actual con relación a la memoria de víctimas de violencia doméstica. En este sentido los resultados arrojaron una discrepancia de criterios entre los psicólogos forenses participantes encontrando así que no coinciden en un 16% siendo el 58% que señaló que a veces pueden evaluar el daño psíquico por lo que no hay un criterio definido al respecto llamando la atención que un 42% si considero que la violencia doméstica es capaz de valorar las consecuencias de su afectación.

No hay criterio unificado para detectar si los pensamientos de la víctima de Violencia Doméstica pueden brindar evidencia de daño psíquico, siendo que los Psicólogos Forenses del IMELCF, discreparon en su respuesta, donde el 83% dijo A veces, el 17% Siempre, así como el 8% Nunca. Ello nos permite considerar el reevaluar la literatura y consensuar a nivel institucional el factor de los tiempos a partir del evento dañoso, y desde que momento la víctima inicio a presentar cuadros traumatogénicos, con el fin de disminuir los sesgos de interpretación, pues ya es probado que no toda víctima de hechos violentos presenta daño psíquico, pasado los seis meses de esta acción.

Al respecto Asensi, L, señala que, en testimonios de expertos en casos de Violencia Doméstica, la violencia psíquica es inherente a la violencia física, sin embargo, podemos ver que es el Daño Psíquico no es tan fácil de diagnosticar.

Por otro lado, tenemos que el trastorno de estrés postraumático es una alteración psíquica que surge cuando la persona ha sufrido agresión física o una amenaza para la vida propia. El DSM-V, señala criterios que pueden ayudar a discernir al psicólogo forense si se encuentra ante una secuela psíquica evidenciada en el trastorno de estrés postraumático y si bien es cierto no es lo suficiente para decir que hay daño psíquico, constituye entre otros elementos un auxiliar en la diagnosis junto a otras herramientas.

Es importante analizar que el 25% de los encuestados no pudo sustentar su respuesta relacionada al trastorno postraumático aplicable a la violencia doméstica. Como forenses se debe poder discriminar la existencia de cuadros psicopatológicos que rompen la línea de la continuidad emocional de la política va y comportamental del evaluado sin embargo no hay consenso por parte

de los psicólogos forenses en esta respuesta lo que es indicador de la incongruencia cognoscitiva de conocer y descartar comportamientos como la hipervigilancia los recuerdos angustiosos y recurrentes el retraimiento entre muchos más.

Es importante que la psicología forense, al estar inserta dentro del campo de lo jurídico, debemos reconocer que no se pueden desconectar los peritos como evaluadores idóneos, de tener una base bibliográfica científica, en la medida que participa directamente en la fase de la Oralidad del Sistema Penal Acusatorio, que permita validar su dictamen pericial y durante la cual está en juego su dictamen.

Los Psicólogos forenses no tuvieron criterios uniformes en cuanto al manejo del Trastorno de Estrés Post Traumático, expresando un 83% que a veces se puede considerar como el resultado de actos violentos, sin embargo, otra parte de los encuestados expreso que la violencia doméstica “no siempre son hechos violentos”, lo cual fue impactante para mí, pues allí no hubo empatía con el dolor y se colocó una respuesta con posición etnocéntrica.

Conclusiones

Finalmente podemos afirmar, que los resultados de este estudio demuestran la ausencia de criterios unificados para valorar la afectación del daño psíquico en víctimas de violencia doméstica.

Se recomienda la capacitación y educación continua en la revisión de literatura al respecto, que le permita a los Psicólogos Forenses, mantenerse más actualizados en criterios para la valoración del Daño Psíquico en víctimas de Violencia Doméstica, por medio de la academia, así como estudio de casos entre pares y con equipo interdisciplinario de salud mental (trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos)

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5 ed.). Editorial Médica Panamericana.

Arce, R., & Fariña, F. (2005). *Peritación Psicológica de la Credibilidad del Testimonio, la Huella Psíquica y la Simulación: el Sistema de Evaluación Global (SEG)*. Obtenido de Consejo General de la Psicología de España:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809202>

Asensi Pérez, L. F. (junio de 2009). La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, 15-29. Obtenido de
https://www.uv.es/ajv/art_jcos/art_jcos/num21/21proper.pdf

Beccaria, C. (1764). De los testigos. En *Tratado de los delitos y de las penas* (1 ed., págs. 34-35). Editorial Committee.

Castex, M. N. (1997). *Daño Psíquico y otros temas forenses*. Editorial Tekné. Obtenido de
https://www.academia.edu/30902826/Castex_Mariano_Da%C3%B1o_psiquico_y_otros_temas_forenses

Clínica de la ansiedad. (s.f.). *Síntomas del Estrés Postraumático: Criterios Diagnósticos según las clasificaciones internacionales*. Obtenido de Clínica de la ansiedad:
<https://clinicadeansiedad.com/problemas/estres-postraumatico/sintomas-del-estres-postraumatico-criterios-diagnosticos-segun-las-clasificaciones-internacionales/>

De Francisco Maíz, L., Echeburúa, E., & Quemada, J. I. (Enero de 2009). Guía para la evaluación clínico-forense del daño psíquico consecutivo a los traumatismos craneoencefálicos. *Cuad Med Forense*, 15(55), 37-54. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn55/original1.pdf>

Derogatis, L. (s.f.). *El inventario de síntomas SCL-90-R*. María Martina Casullo.

- Echeberúa, E., & De Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos? *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, 57-73. Obtenido de <https://www.masterforense.com/pdf/2005/2005art3.pdf>
- Echeberúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. (s.f.). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/0B9u21-cXxE5keC1ZQ0pHRFRSdXc/view>
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., & Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 141-159. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33715423009.pdf>
- Eymeri, N. (1821). De los testigos. En *Manual de inquisidores para uso de las inquisiciones de España y Portugal* (1 ed., págs. 7-15). Imprenta de Feliz Aviñón.
- Eymeric, N. (1821). Interrogatorio del Reo. En *Manual de inquisidores para uso de las inquisiciones de España y Portugal* (1 ed., págs. 16-27). Imprenta de Feliz Aviñón.
- Eymeric, N. (1821). La tortura. En *Manual de inquisidores para uso de las inquisiciones de España y Portugal* (1 ed., págs. 37-43). Imprenta de Feliz Aviñón.
- García-López, E. (2014). *Psicopatología Forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia*. (1 ed.). Editorial Manual Moderno.
- González Fernández, J., & Pardo Fernández, E. (1 de Marzo de 2007). El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. *Principios éticos en la práctica pericial psiquiátrica*, 1-8. Obtenido de <https://www.uv.es/crim/cas/Secuelas.Psiquicas.pdf>

Harvard University. (14 de Mayo de 2015). *Elizabeth Loftus / The Memory Factory // Radcliffe Institute*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=KC9CRBvIASQ>

Maffioletti Celedón, F., Huerta Castro, S., Vásquez Donoso, M. I., Fernández Iluf, M., Aedo Errázuriz, P., Fuenzalida Cruz, R. M., . . . Muñoz Bravo, G. (2010). *Guía para la evaluación pericial de daño psíquico en delitos de víctimas sexuales* (1 ed.). Ministerio Público de Chile. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000018.pdf>

Manzanero, A. L., & Muñoz, J. M. (2011). La prueba pericial psicológica sobre la credibilidad del testimonio: Reflexiones psico-legales. *Universidad Complutense de Madrid*, 1-13. Obtenido de https://eprints.ucm.es/id/eprint/12544/1/CREDIBILIDAD_DEL_TESTIMONIO.pdf

Ministerio Público de Panamá. (18 de Agosto de 2020). *Condenan a un hombre por hostigamiento*. Obtenido de Ministerio Público: <https://ministeriopublico.gob.pa/condenan-a-un-hombre-por-hostigamiento/>

Ministerio Público de Panamá. (18 de Enero de 2021). *Informe Estadístico de Violencia Doméstica del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020*. Obtenido de Ministerio Público de Panamá.: <https://ministeriopublico.gob.pa/wp-content/uploads/2021/01/Informe-estadistico-de-Violencia-Domestica-a-Nivel-Nacional-de-Enero-a-Diciembre-2020.pdf>

Molina Rico, J. E., & Moreno Méndez, J. H. (13 de Abril de 2015). Percepción de la experiencia de violencia doméstica en mujeres víctimas de maltrato de pareja. *Universidad Católica de Colombia*, 14(3), 997-1008. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n3/v14n3a17.pdf>

Morales Rodríguez, P. P., Medina Amor, J. L., Gutiérrez Ortega, C., Abejaro de Castro, L. F., Hijazo Vicente, L. F., & Losantos Pascual, R. J. (24 de Noviembre de 2015). Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española. *Sanidad Militar*, 72(2), 116-124. Obtenido de <https://publicaciones.defensa.gob.es/media/downloadable/files/links/r/s/rsm-72-2.pdf>

Muñoz, J. M. (27 de Junio de 2013). *La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial*. Obtenido de Colegio Oficial de la Psicología de Madrid: <https://journals.copmadrid.org/apj/archivos/S1133074013700102/S1133074013700102.pdf>

Pérez-Sales, P. (2008). Trastornos Adaptativos y reacciones al estrés. En *Manual de Psiquiatría* (págs. 1-15). Obtenido de <http://www.pauperez.cat/wp-content/uploads/2018/06/manual-psiquiatria-2008-trastornos-adaptativos-y-reacciones-de-estres.pdf>

Puhl, S. M., Izcurdia, M. D., Oteyza, G., & Gresia Maertens, B. H. (2017). Peritaje Psicológico y Daño Psíquico. *Anuario de Investigaciones*, 24, 251-260. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369155966030.pdf>

República de Panamá. (2019). *Código Procesal Penal de la República de Panamá*. Editorial Nomos, S.A.

Rincón, C. (2018). *Daño psíquico en las víctimas de Violencia Intrafamiliar. Una revisión de la literatura reciente*. Maestría en Psicología Jurídica. Universidad Santo Tomas. Obtenido de

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/15088/rinconclaudia2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tiffon Nonis, B. N. (2009). *Manual de Consultoría en Psicología y Psicopatología Clínica, Legal, Jurídica, Criminal y Forense* (1 ed.). J.M. Bosch Editor, S.A. Obtenido de https://www.academia.edu/29001775/Manual_Consultoria_en_psicolog%C3%ADa_y_psiopatolog%C3%ADa_cl%C3%ADnica_legal_jur%C3%ADdica_criminal_y_forense_pdf

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO JUVENTUD SOTISTA:
ACOSO ESCOLAR CERO**

Milvia E. Hidalgo, Universidad de Panamá. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Educativa y Escolar E-mail: milviahidalgo@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2021

Fecha de aprobación: 27 de noviembre de 2021

Resumen

Para los jóvenes, la escuela representa un lugar que le brinda la oportunidad para la construcción de modelos de convivencia, a través de la enseñanza y el aprendizaje cotidiano de valores. Entre las principales funciones de la escuela se destacan: formar integralmente, enriquecer y proteger a sus estudiantes en un ambiente donde reine el respeto y el pleno ejercicio de sus derechos. Sin embargo, hoy día, millones de estudiantes se ven afectados por el fenómeno del acoso escolar, el cual se ha convertido en uno de los mayores problemas en el ámbito educativo.

Esta investigación de tipo cuasi experimental tiene como propósito determinar qué efectos tiene la implementación del Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”, en adolescentes de un colegio oficial de Premedia del distrito de San Miguelito. Para tal fin aplicamos el Autotest Cisneros de Acoso Escolar.

En cuanto a los resultados, comprobamos que el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero” resultó efectivo, ya que se obtuvieron diferencias significativas en los estudiantes en el índice global de acoso escolar, en la intensidad de acoso escolar y en todos los componentes de acoso escolar después de la implementación del programa.

Palabras claves

Abstract

For young people, the school represents the place that gives the opportunity to build models of coexistence through the teaching learning of daily values. Among the main functions of the school are to form integrally, enrich and protect their students into an environment where respect and full exercise of their rights reigns. However, nowadays, millions of students are affected by the school bullying phenomenon, which has become in one of the biggest problems in the educational field.

This type quasi-experimental research aims to determine what effects has the implementation of the psycho-educational intervention program "Youth Sotista: harassment school zero", in adolescents of Junior High Official School in the district of San Miguelito. For these purposes, we apply the Cisneros Self-Test of bullying.

Regarding the results, we found that the psycho-educational intervention program "Youth Sotista: harassment school zero" was effective, since significant differences were obtained in the students in the global index of bullying, in the intensity of bullying and in all components of bullying after program implementation.

Keywords

School bullying, components of school bullying, prevention and psychoeducational program.

Introducción

La intervención ante el acoso escolar se debe realizar de forma preventiva. Es por ello, que los centros escolares deben adoptar medidas para evitar que ocurra el acoso, y si sucede, tener previstas

las actuaciones más adecuadas y rápidas para la intervención.

La presente investigación busca determinar la efectividad en la implementación del Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso escolar cero”, con estrategias que se aplican, a fin de minimizar los problemas de acoso escolar entre pares. Esto se concreta en varios objetivos generales y específicos que facilitarán la consecución de la misma, por medio de la sensibilización de la comunidad educativa en torno al tema, inculcando habilidades, actitudes, valores y normas de convivencia positivas y apoyándolos con herramientas para la intervención ante el fenómeno del acoso escolar.

En un marco de educación en valores y cultura de paz, el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero” implica una visión de compromiso de todos los agentes sociales que integran la comunidad educativa del plantel.

El acoso escolar es una de las problemáticas a nivel educativo con serias repercusiones, no sólo para la víctima del acoso, sino que abarca un espectro más amplio, en el que se ven implicados otros alumnos, los profesionales de la docencia, el personal administrativo, las familias de los implicados y finalmente, la propia comunidad.

Numerosos estudios confirman la problemática actual del acoso escolar. Se trata de un componente significativo, de situaciones en el contexto educativo, que pueden llevar a los involucrados a situaciones muy delicadas. Es por ello, que en el mundo entero se están adoptando medidas preventivas y de intervención ante esta situación.

Entre las investigaciones realizadas sobre la implementación de programas efectivos contra el acoso escolar a nivel internacional podemos mencionar las siguientes:

- ***Programa Acoso y Violencia Escolar (AVE):***

Este programa que intenta reducir el acoso escolar, se implementó en Madrid en 2005 y en dos años que llevó instaurado en el colegio CEU San Pablo, de Molina de Segura, que presentaba un alto nivel de intensidad de acoso escolar (alrededor de un 23%, es decir 1 de cada 4 niños), los casos se redujeron significativamente a un 1,5%, por lo que el Programa Acoso y Violencia Escolar (AVE) representa una iniciativa efectiva en prevención integral del acoso escolar.

- ***El Programa KIVA:***

Finlandia es desde hace años el referente educativo para toda Europa y ahora se está convirtiendo también en el referente para poner freno al acoso escolar.

El programa KIVA (*Kiusaamista Vastiaan, “contra el bullying”*) fue desarrollado en la Universidad de Turku en 2009 con el financiamiento del Ministerio de Educación y Cultura finlandés. Actualmente más del 90% de las escuelas del país nórdico han integrado este método.

La efectividad de este programa se ha evaluado en numerosos estudios científicos, los cuales concluyen que la intimidación y la victimización han disminuido en Finlandia desde el amplio despliegue del mismo.

En los primeros siete años de vigencia del programa, el acoso escolar se redujo cinco puntos: "El porcentaje de acoso escolar en 2009 era del 11% y el del 2016 era del 6%.

- ***Programa Zero:***

En noviembre del año 2011 se inició la implementación del programa Zero para la prevención e intervención del acoso escolar en dos escuelas piloto de Calama, Chile.

De acuerdo al Director del Departamento de Educación Provincial, del Ministerio de Educación de Chile, Dr. Ricardo Solari, estudios realizados por el Ministerio de Educación chileno demostraron que el programa, a tan solo 8 meses de su implementación, redujo el acoso escolar en 20% en las dos escuelas piloto.

- ***Programa Mybullying:***

El programa Mybullying es una herramienta online desarrollada en la Universidad Complutense de Madrid, que detecta el acoso escolar en sólo diez minutos.

El programa se puso en marcha en el año 2016, en 200 centros elegidos por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León. El balance de su efectividad ha sido bastante positivo no sólo debido a que ha permitido acceder a los centros educativos para medir y observar un número plural de casos y poder plantear un diseño de intervención sino porque resultó eficaz para disminuir los casos de acoso escolar en casi un 75%.

- ***El Programa Tutoría entre Iguales (TEI):***

El Programa Tutoría entre Iguales (TEI) se basa en la tutorización emocional entre iguales donde el respeto, la empatía y el compromiso desempeñan un rol relevante.

Un estudio denominado Efectividad del Programa TEI en la reducción del Bullying y Cyberbullying y la mejora del clima escolar realizado por Albaladejo y Ferrer (2019) tuvo como objetivo evaluar la eficacia de este programa.

Los resultados obtenidos mostraron una reducción significativa en el comportamiento de acoso escolar, la victimización entre iguales, la lucha y el acoso cibernético.

Ante los resultados obtenidos con la aplicación de estos programas, consideramos de gran relevancia implementar el Programa Psicoeducativo “Juventud sotista: Acoso escolar cero”, de manera que se garantice el fomento de los procesos de información sobre el acoso escolar y la manera correcta de abordarlo por parte de la Comunidad Educativa del Colegio León A. Soto, a fin de minimizar el acoso escolar en este plantel.

Objetivos

El objetivo general de esta investigación es determinar los efectos que tiene el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”, en estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Identificar las estrategias globales y de aula dirigidas a la prevención, intervención y resolución del problema del acoso escolar en estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto
- Aplicar el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”, a estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto.
- Analizar los resultados Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”, en estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto.

- Evaluar el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”, en estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto

Hipótesis de investigación

En esta investigación nuestra hipótesis conceptual será: “Los estudiantes señalados como partícipes de situaciones de acoso escolar lograrán un cambio después de aplicado el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”.

La hipótesis experimental será: “Los estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto percibirán una disminución en las situaciones de acoso escolar luego de la implementación del Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”.

Como hipótesis estadísticas tenemos:

H₀: No existen diferencias significativas en los resultados del Grupo Experimental antes (pretest) y después (postest) de aplicado el Autotest Cisneros de Acoso Escolar.

H₀: $\mu_{\text{antes}} = \mu_{\text{después}}$

H₁: Existen diferencias significativas en los resultados del Grupo Experimental antes (pretest) y después (postest) de aplicado el Autotest Cisneros de Acoso Escolar.

H₁: $\mu_{\text{antes}} \neq \mu_{\text{después}}$

Método

1. Diseño de Investigación

La presente investigación se enmarca dentro del diseño de investigación cuasi experimental. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010):

En los diseños cuasiexperimentales se manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes, solo que difieren de los experimentos “puros” en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos. (p.148)

En los diseños cuasiexperimentales los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron es independiente o aparte del experimento).

En esta investigación se manipuló deliberadamente la variable independiente (Programa Psicoeducativo Juventud Sotista: Acoso escolar cero) para analizar las consecuencias de esa intervención sobre la variable dependiente (situaciones de acosos escolar) dentro de una situación de control para el investigador.

2. Variables del estudio

- **Variable independiente**

El Programa Psicoeducativo “**Juventud sotista: Acoso escolar cero**”, para la prevención del acoso escolar, observada a través de las puntuaciones de los sujetos en las post-pruebas aplicadas.

- **Variable dependiente**

Situaciones de acoso escolar que se presenten en el Colegio, medidas por el índice, la intensidad del acoso escolar y ocho indicadores.

2.1. Definición conceptual de las variables

- **Programa Psicoeducativo “Juventud sotista: Acoso escolar cero”**

Es una [planificación](#) que consiste en un conjunto de actividades que se encuentran interrelacionadas y coordinadas para hacer frente al problema del acoso escolar. La razón del programa es alcanzar resultados o metas específicas dentro de los límites que imponen un presupuesto, cualidades establecidas previamente y un lapso de tiempo previamente definido.

- **Situaciones de acoso escolar**

Las situaciones del acoso escolar hacen referencia a los indicadores básicos que puede medir la gravedad del acoso en un niño o adolescente. Según **Oñate y Piñuel** (2005) estos indicadores, fiables y válidos, han sido agrupados en una prueba objetiva o autotest, el Autotest Cisneros, que permite establecer de una forma rápida y sencilla el grado de afectación de un niño o adolescente por comportamientos de acoso escolar y la posible existencia de secuelas psicológicas.

2.2. Definición operacional de las variables

- **Programa Psicoeducativo “Juventud sotista: Acoso escolar cero”**

Al hablar del Programa Psicoeducativo “Juventud sotista: Acoso escolar cero” nos referimos a la implementación de ocho talleres dirigidos a la comunidad educativa del Colegio León A. Soto para minimizar el problema del acoso escolar.

- **Situaciones de acoso escolar**

Las situaciones de acoso escolar corresponden a los ocho indicadores que evalúa el Autotest Cisneros de Acoso Escolar: desprecio-ridiculización, coacción, restricción-comunicación, agresiones, intimidación-amenazas, exclusión-bloqueo social, hostigamiento verbal y robos.

3. Participantes

La unidad de análisis de esta investigación la constituyen los estudiantes del Colegio León A. Soto de San Miguelito, que ascienden a 924 educandos.

La población de nuestra investigación la componen todos los estudiantes que integran los grupos de 7°, 8° y 9° del Colegio León A. Soto de San Miguelito, que hayan sido reportados a la Dirección del plantel como partícipes de casos de acoso escolar que representan 457 estudiantes.

La muestra de esta investigación fue no probabilística de sujeto-tipo, formada por aquellos estudiantes que integran los grupos 7° 8° y 9° del turno matutino del Colegio León A. Soto de San Miguelito, que hubiesen sido reportados a la Dirección del plantel como partícipes de casos de acoso escolar, representados por 192 estudiantes, 102 del género masculino y 90 del género femenino.

4. Medición

Para realizar esta investigación se utilizaron como instrumentos de recolección de datos el Autotest Cisneros de Acoso Escolar y las confidenciales escolares.

Para el análisis de los datos se seleccionó el programa desarrollado en la Universidad de Chicago, Statistical Package for the Social Sciences o Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 23.

5. Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación realizamos los siguientes pasos:

1. Coordinación con la Administración del plantel para el otorgamiento del permiso a fin de llevar a cabo la investigación.
2. Revisión de expedientes o confidenciales de cada grado y de ambos turnos.
3. Delimitación de la muestra de la investigación.
4. Selección de la muestra de la investigación

5. Obtención del consentimiento informado de los padres de familia para que los estudiantes participaran de la investigación.
6. Citación a administrativos, padres de familia y docentes para explicarles sobre la ejecución del Programa.
7. Implementación del Programa Psicoeducativo Juventud sotista: Acoso escolar cero
8. Aplicación del Autotest Cisneros
9. Recopilación de los datos y elaboración de los cuadros y las gráficas.
10. Análisis y discusión de los resultados.
11. Redacción del informe final de investigación.

6. Diseño estadístico

Como parte del análisis de los datos se incluirá el análisis *descriptivo* de los datos, donde se resumirá cada una de las variables estudiadas en medidas de tendencia central y de dispersión, tomando en cuenta la escala de medición de las variables y su distribución. También, el análisis incluirá una comparación de grupos (antes-después), puesto que se desea evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

A estos resultados se le aplicará la Ley de Normalidad para conocer si los datos se distribuyen normalmente. Para la misma se aplicará el estadístico Kolgomorov-Smirnov. Si los datos se distribuyen normalmente se utilizará la prueba paramétrica T de Student para muestras dependientes o relacionadas, si no se distribuyen normalmente, utilizaremos una prueba no paramétrica como la prueba de Wilcoxon.

Resultados

A continuación, presentamos el análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación del Autotest Cisneros de Acoso Escolar:

Hipótesis 1

H₀ : No existen diferencias significativas en los resultados del *índice global de acoso escolar* del Grupo Experimental antes (pretest) y después (postest) de aplicado el Autotest Cisneros de Acoso Escolar.

H₀ : $\mu_{\text{antes}} = \mu_{\text{después}}$

H₁ : Existen diferencias significativas en los resultados del *índice global de acoso escolar* del Grupo Experimental antes (pretest) y después (postest) de aplicado el Autotest Cisneros de Acoso Escolar.

H₁ : $\mu_{\text{antes}} \neq \mu_{\text{después}}$

•Prueba estadística: Prueba de T de Student para muestras relacionadas

Nivel de significancia: α 0.05

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H₀

Si $p > 0.05$ se acepta H₀

Resultados obtenidos:

Cuadro I. Prueba de muestras emparejadas

Índice Global de Acoso Escolar	Media	N	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Pretest	88.14	192	21.50	24.01	191	.000
Postest	50.76	192	1.30			

Al analizar el Cuadro I, acerca de las puntuaciones obtenidas por los estudiantes en el pretest ($\bar{x}=88.14$) y en el postest ($\bar{x}=50.76$), se observa que hay evidencias suficientes para rechazar la

hipótesis nula, el valor de significancia p-value (Sig. Bilateral) es menor que 0,05 (p-value=0.000 < 0.05), es decir que si hay diferencias estadísticamente significativas en el *índice global de acoso escolar* de los estudiantes antes (pretest) y después (postest) de implementar Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”, en estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto.

Con esto, se evidencia que la frecuencia con la que ocurría el acoso escolar en el Colegio León A. Soto disminuyó una vez implementado el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”.

Hipótesis 2

H₀ : No existen diferencias significativas en los resultados de la *intensidad de acoso escolar* del Grupo Experimental antes (pretest) y después (postest) de aplicado el Autotest Cisneros de Acoso Escolar.

H₀ : $\mu_{\text{antes}} = \mu_{\text{después}}$

H₁ : Existen diferencias significativas en los resultados de la *intensidad de acoso escolar* del Grupo Experimental antes (pretest) y después (postest) de aplicado el Autotest Cisneros de Acoso Escolar.

H₁ : $\mu_{\text{antes}} \neq \mu_{\text{después}}$

•Prueba estadística: Prueba de T de Student para muestras relacionadas

Nivel de significancia: α 0.05

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza *H₀*

Si $p > 0.05$ se acepta *H₀*

Resultados obtenidos:

Cuadro II. Prueba de muestras emparejadas

Intensidad De Acoso Escolar	Media	N	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Pretest	7.30	192	10.09	9.28	191	.000
Posttest	0.52	192	0.50			

Al analizar el Cuadro II acerca de las puntuaciones obtenidas por los estudiantes en el pretest ($\bar{x}=7.30$) y en el posttest ($\bar{x}=0.52$), se observa que hay evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, el valor de significancia p-value (Sig. Bilateral) es menor que 0,05 (p-value=0.000 < 0.05), es decir que si hay diferencias estadísticamente significativas en la *intensidad de acoso escolar* de los estudiantes antes (pretest) y después (posttest) de implementar Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”, en estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto.

Estos resultados, nos permiten señalar que la intensidad del acoso escolar, la cual establece el grado de fuerza con la que se manifiesta el acoso, disminuyó una vez implementado el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”, lo cual apoya nuestra hipótesis de investigación.

Hipótesis 3

H_0 : No existen diferencias significativas en los resultados de los *componentes de acoso escolar* del Grupo Experimental antes (pretest) y después (posttest) de aplicado el Autotest Cisneros de Acoso Escolar.

$H_0 : \mu_{\text{antes}} = \mu_{\text{después}}$

H_1 : Existen diferencias significativas en los resultados de los *componentes de acoso escolar* del Grupo Experimental antes (pretest) y después (posttest) de aplicado el Autotest Cisneros de Acoso Escolar.

$H_1: \mu_{\text{antes}} \neq \mu_{\text{después}}$

•Prueba estadística: Prueba de T de Student para muestras relacionadas

Nivel de significancia: α 0.05

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados obtenidos:

Cuadro III. Prueba de muestras emparejadas

Componente De Acoso Escolar	Media	N	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
Pretest	23.80	191	7.00	37.87	190	.000
Posttest	1.79	191	3.71			

Al analizar el Cuadro III acerca de las puntuaciones obtenidas por los estudiantes en el pretest ($\bar{x}=23.80$) y en el posttest ($\bar{x}=1.79$), se observa que hay evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, el valor de significancia p-value (Sig. Bilateral) es menor que 0,05 ($p\text{-value}=0.000 < 0.05$), es decir que si hay diferencias estadísticamente significativas en los *componentes de acoso escolar* de los estudiantes antes (pretest) y después (postest) de implementar Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”, en estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto

Estos resultados indican que existen diferencias en los componentes del acoso escolar, los cuales hacen referencia a los indicadores que pueden medir la gravedad del acoso escolar en un niño o adolescente.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos nos indican que los estudiantes presentaban el índice de acoso escolar y la intensidad del acoso escolar entre alto y muy alto antes de iniciar el programa. Después de aplicado el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso escolar cero”, estos índices disminuyeron entre bajo y muy bajo. Se encontró una diferencia de 38 puntos entre la puntuación media inicial (media=88) y a puntuación final (media 50) después de la aplicación del programa.

Para la intensidad del acoso escolar se encontró una diferencia de 6.48 puntos entre la puntuación media inicial (media=7) y a puntuación final (media 0.52) después de la aplicación del programa.

En cuanto a los componentes de acoso escolar, antes de dar inicio al programa, los estudiantes presentaban agresiones, coacción, desprecio, hostigamiento e intimidación hacia las víctimas. Después del programa, sólo el 28.6% mostraba estos comportamientos, mientras que el 71.4% de los acosadores no lo presentaban.

Estos resultados corroboran nuestras hipótesis de investigación y guardan estrecha relación con lo ocurrido en Chile en el año 2011, luego del desarrollo del Programa Zero, con el que se redujo la frecuencia del acoso escolar en un 20% y con los datos obtenidos en el año 2016, primero en Finlandia luego de la implementación del programa KIVA, en el que el porcentaje de acoso escolar disminuyó del 11% al 6%, y luego con la puesta en marcha del programa Mybullying en España el cual disminuyó los casos de acoso escolar en casi un 75%.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación, presentamos las conclusiones y recomendaciones derivadas de esta investigación y vinculadas directamente con los objetivos planteados en la misma.

De acuerdo a la investigación realizada concluimos que:

1. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el índice global, la intensidad del acoso escolar y los componentes del acoso escolar de los estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio León A. Soto, antes (pretest) y después (postest) de implementar el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero”.

2. Las estrategias globales y de aula aplicadas y dirigidas a la prevención, intervención y resolución del problema del acoso escolar en este plantel, resultaron ser herramientas muy efectivas para la intervención en los casos de acoso escolar.

3. En base a lo anteriormente planteado, podemos afirmar que el Programa Psicoeducativo “Juventud Sotista: Acoso Escolar Cero” es un programa de intervención eficaz y útil para hacer frente al acoso escolar.

Desde la perspectiva de las conclusiones, presentamos las siguientes recomendaciones:

1. En el campo de la investigación sobre el acoso escolar, es necesario diseñar y validar nuevos programas de intervención psicoeducativa, ya que el acoso escolar sigue siendo un problema grave en nuestra sociedad.

2. Por ello, como profesionales de las ciencias de la salud, debemos asumir la responsabilidad y el compromiso de contribuir, para que todos los integrantes de la comunidad educativa estén bien informados y tengan a su alcance las herramientas necesarias para luchar contra este flagelo social.

Referencias bibliográficas

• Libros

Béliveau, M. (2006). **Me duele la escuela**. México D.F., México: Editorial Lectorum, S.A. de C.V.

Blanchard, M., Muzás, E. (2007). **Acoso escolar: desarrollo, prevención y herramientas de trabajo**. Madrid, España: Narcea Ediciones.

Davis, S., Davis, J. (2008). **Crecer sin miedo, estrategias positivas para controlar el acoso escolar**. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.

Fante, C. (2012). **Cómo entender el Bullying y Cyberbullying en la escuela**. Bogotá, Colombia: Editorial Magisterio.

Farrington, D. (2005). **Childhood Origins of Antisocial Behavior. Clinical Psychology and Psychotherapy**. Chicago, EE.UU: University of Chicago Press.

Gallego, D. (2017). **¿Aulas conflictivas?: la opinión del profesorado**. Madrid, España: Editorial Dykinson.

Garaigordobil, M., Oñederra, J. (2010). **La violencia entre iguales. Revisión teórica y estrategias de intervención**. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Guerra de Alcántara, M. (2009). **Prevenir el Bullying desde la familia**. México D.F., México: Milenio Editores.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1991). **Metodología de la Investigación**. México D.F., México: Editorial Mc Graw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). **Fundamentos de la Metodología de la Investigación**. Madrid, España: Editorial Mc Graw-Hill/ Interamericana.

Kerlinger, F. (1992). **Investigación del comportamiento**. México D.F., México: Editorial Mc Graw-Hill.

Latorre, A., Muñoz, E. (2001). **Educación para la tolerancia. Programa de prevención de conductas agresivas y violentas en el aula**. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.

Magendzo, A., Toledo, M., Rosenfeld, C. (2014). **Intimidación entre estudiantes. ¿Cómo identificarla? ¿Cómo atenderla?** Santiago, Chile: Editorial Lom.

Merayo, M. (2013). **Acoso escolar. Guía para padres y madres**. Madrid, España: CEAPA.

Olweus, D. (2006). **Conductas de acoso y amenaza entre escolares**. Madrid, España: Ediciones Morata.

Polit, D. (2000). **Investigación científica en Ciencias de la Salud**. México D.F., México: McGraw-Hill.

Suckling, A., Temple, C. (2016). **Herramientas contra el acoso escolar, un enfoque integral**. Madrid, España: Ediciones Morata.

Sullivan, K., Cleary, M., Sullivan, G. (2015). **Bullying En La Enseñanza Secundaria: El Acoso Escolar: Como se Presenta y Como Afrontarlo**. Barcelona, España: Editor Grupo Planeta.

• Revistas

Beltrán, J., Pérez, L. (2011). **Más de un siglo de psicología educativa. Valoración general y perspectivas de futuro.** Revista papeles del psicólogo. Septiembre, N° 3, pp. 204-232

- **Tesis**

Hidalgo, M. (2017). **El Acoso escolar entre adolescentes del Colegio León A. Soto del distrito de San Miguelito.** Tesis de Maestría. Universidad de Panamá, Panamá.

- **Infografía**

Albaladejo, N., Ferrer, R. (2019). **Efectividad del Programa TEI en la reducción del Bullying y Cyberbullying y la mejora del clima escolar.** Recuperado de <http://programatei.com/wp-content/uploads/2019/05/Evidencia-cientifica-esp%C3%B1ol.pdf>

Concha-Eastman, A., Guerrero, R. (1999). **Vigilancia epidemiológica para la prevención y el control de la violencia en las ciudades.** Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n4-5/v5n4tm3.pdf>

Díaz-Aguado, M. (2006). **El acoso escolar y la prevención de la violencia desde la familia.** Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/EI%20acoso%20escolar%20y%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20violencia%20en%20la%20familia%20.pdf>

Garaigordobil, M. (2018). **Bullying y Cyberbullying: Prevalencia, conexión con variables personales-familiares y sugerencias para la prevención-intervención.** Recuperado de <https://www.cipe2018.com/es/dra-maite-garaigordobil-landazabal>

Khan, L., Parsonage, M. y Stubbs, J. (2015). **Investing in children's mental health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision.** Centre for Mental Health Report London, England. Recuperado de <http://www.centreforum.org/assets/pubs/investing-in-childrens-mental-health.pdf>

Oñate A., Piñuel, I. (2005). **Informe Cisneros VII “Violencia y Acoso Escolar” En alumnos de Primaria, ESO y Bachiller.** Informe Preliminar Instituto De Innovación Educativa y Desarrollo Directivo. Recuperado de

<http://www.internen.es/acoso/docs/ICAM.pdf>

Oñate A., Piñuel, I. (2006). **Informe Cisneros X: Acoso y violencia escolar en España**. Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo. Recuperado de

https://convivencia.files.wordpress.com/2012/05/cisneros-xviolenacia_acoso-2006120p.pdf

Oñederra J. (2008). **Bullying: Concepto, Causas, Consecuencias, Teorías y Estudios Epidemiológicos**. Recuperado de

<http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/meriales%20docentes%20curso%20verano%202008/1.%20Bullying%20aproximacion%20al%20fenomeno%20Oñederra.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2007). Definición de prevención. Recuperado de <https://www.who.int/es/#>

Ortega, R. (1997). **El Proyecto Sevilla Anti-Violencia Escolar**. Recuperado de http://www.asociacionrea.org/BULLYING/8_06_Actividades_y_Materiales/08.06.12.pdf

Save the Children International (2016). **Yo a eso no juego: bullying y ciberbullying**

en la infancia. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf

UNESCO. Ending the torment: tackling bullying from the schoolyard to cyberspace. (2016). Recuperado de

<http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/2016/End%20bullying/bullyingreport.pdf>

UNICEF. Informe De U-Report para las Organizaciones Miembros. (2016). Recuperado de

file:///C:/Users/meduca/Downloads/U-Report_National_SPA_f5eOUwF.pdf

ESTUDIO SOBRE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO

Yolanda Crespo Díaz, Universidad de Panamá. Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Educativa y Escolar E-mail: zedirto@cwpanama.net

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2021

Fecha de aceptación: 30 de noviembre de 2021

“El suicidio es algo planeado en el silencio del corazón como una obra de arte.” Albert Camus.

Resumen: Uno de los hechos que ha puesto en relieve la actual pandemia de Covid-19 ha sido su impacto en la salud mental de la población nacional y mundial. La depresión, el estrés, la violencia doméstica, la despersonalización y los sentimientos de desesperanza, han agobiado a hombres, mujeres, niños y adultos mayores. En tal sentido, este estudio constituye un acercamiento al suicidio, entendido como un desorden mental, focalizando su diagnóstico, prevención y atención. La aproximación pergeñada, además, buscaba precisar las estrategias de prevención y de atención, válidas tanto en Panamá como en otras latitudes. Se consideraron las investigaciones de notables científicos que han estudiado la salud mental, a saber, psiquiatras, psicólogos, sociólogos y otras ciencias de la salud. A su vez, con el ánimo de conectar mejor el suicidio con la realidad, se realizó un examen psicodinámico de los casos de grandes personalidades de la historia universal, a saber: Ernest Hemingway (estadounidense, Premio Nobel de Literatura de 1954), Frida Kahlo (mexicana, pintora), Vincent Van Gogh (holandés, pintor), Virginia Woolf (inglesa, escritora) y Violeta Parra (chilena, cantautora).

Palabras clave: Eutanasia, autolesión, trastorno bipolar, depresión, cutting, indefensión y conducta autodestructiva

Abstract: One of the facts that has highlighted the current Covid-19 pandemic has been its impact on the mental health of the national and global population. Depression, stress, domestic violence, depersonalization, and feelings of hopelessness have overwhelmed men, women, children, and

older adults. In this sense, this study constitutes an approach to suicide, understood as a mental disorder, focusing on its diagnosis, prevention and care. The approach designed, furthermore, sought to specify prevention and care strategies, valid both in Panama and in other latitudes. The research of notable scientists who have studied mental health, namely psychiatrists, psychologists, sociologists and other health sciences, were considered. In turn, with the aim of better connecting suicide with reality, a psychodynamic examination of the cases of great personalities in world history was carried out, namely: Ernest Hemingway (American, 1954 Nobel Prize Winner for Literature), Frida Kahlo (Mexican, painter), Vincent Van Gogh (Dutch, painter), Virginia Woolf (English, writer) and Violeta Parra (Chilean, singer-songwriter).

Key words: Euthanasia, self-harm, bipolar disorder, depression, cutting, helplessness, and self-destructive behavior.

Desarrollo del estudio

1. Marco conceptual y desarrollo del problema

El termino suicidio proviene de la palabra latina *sui* (uno) y *caedere* (matar). La Organización Mundial de la salud lo define como un acto deliberado de matarse, iniciado y ejecutado por la persona con completo conocimiento y expectación de su final fatal, es una decisión personal. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría incluye la conducta suicida como un desorden mental.

Los factores de riesgo se dividen en medidas sociodemográficas y clínicas. Las medidas sociodemográficas incluyen ser varón, mayor de 60 años, vivir solo, no casado, raza blanca u originaria, no tener niños pequeños en el hogar, problemas financieros. Los factores clínicos de alto riesgo incluyen desordenes maniaco- depresivos o bipolares, ataques de pánico, desórdenes depresivos mayores, esquizofrenia, abuso de sustancias, historial de intentos suicidas, anhedonia severa, humillaciones recientes, perdidas significativas. Desempleo, presencia de armas de fuego y alcohol. Pérdida de estatus económico y enfermedad. La psiquiatría comunitaria puede prevenir el suicidio y la logoterapia es muy efectiva y la vida espiritual.

Estadísticas nacionales

La tasa de suicidio en Panamá registra 3.4 por cada 100,000 habitantes. La provincia de los Santos tiene una incidencia de 11.2 casos por cada 100,000. El 85% de los casos son del sexo masculino. Las mujeres registran muchos más casos de intentos suicidas no consumados, en todas partes del mundo.

Políticas públicas

- Intervenciones universales, intervención primaria, medidas selectivas e indicadas.
- El uso de una línea de ayuda (Hotline)
- El ejercicio, la actividad, la comunicación con otras personas significativas pueden conseguir que las personas den sentido a sus vidas. La presencia de Dios en las vidas de las personas las protege y llena de paz, amor y la necesidad de ser útil y ayudar a los necesitados nos da sentido a nuestras vidas.
- El sentirse agradecidos al formar parte de un grupo sostiene a las personas.

Enfoque de psiquiatría comunitaria para prevención suicida

Nuevas Estrategias nos ofrece la taxonomía de Gordon. Este enfoque se refiere al amplio espectro de intervenciones de salud mental para los desordenes mentales través de las intervenciones preventivas de salud publica. Identificando casos, tratamientos y rehabilitación. Los bajos niveles de serotonina en el cerebro apuntan hacia un incremento del riesgo suicida. La intervención es necesaria y apropiada para pacientes entre los 20 y 30 años, no así par los pacientes de 50 y 60 años.

Las estrategias del modelo de prevención e intervención psicosocial para que sea efectivo deben ofrecer un servicio de emergencia y respuesta a crisis, de 24 horas, compuesto por profesionales de la salud, disponibles por vía telefónica y personalmente, accesible a las personas durante los periodos de mas alto riesgo.

Los tres programas de prevención mas estudiados son:

- Los ofrecidos en centros de prevención suicida, el programa en los colegios como una intervención universal
- La intervención selectiva
- La reducción en específicos tipos de suicidio.

Los programas en las escuelas incluyen: entrenamiento a padres, administrativos y maestros, entrenamiento a estudiantes y acceso a líneas(hotlines) para personas con deseos suicidas, reducción de armas e identificar estudiantes de alto riesgo. De un tercio a la mitad de los adolescentes suicidas confían a sus personas allegadas sus intenciones suicidas. Se pueden entrenar a muchos a identificar a sus compañeros suicidas y a los jóvenes muy perturbados. Algunos adolescentes han sido influidos por el fenómeno “copycat” donde se dejan llevar por el deseo de imitar las muertes de personajes famosos en los medios de comunicación sobre todo si son músicos famosos o artistas que ellos admiran. En poblaciones contenidas como en la cárcel los programas preventivos han tenido mucho éxito y los videos han ayudado a reducir el suicidio considerablemente de acuerdo con el equipo de los doctores Smialek y Spitz en un 4%. (1978). El 90% de los suicidios han sido cometidos por personas con enfermedades mentales severas. Hacia 1994 los doctores británicos Gunnell y Frankel encontraron que, entre un tercio, a la mitad, de los pacientes psiquiátricos que habían sido dados de alta, cometieron suicidio dados de alta al mes, de haber salido. El riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos que han regresado a sus hogares es 200 veces mayor en hombres, y cien veces más en pacientes del sexo femenino, de acuerdo con las investigaciones del grupo de los psiquiatras Goldcare, Seagrott y Hawtton.

La población que ha sido recluida en hospitales psiquiátricos en el Reino Unido incrementa el riesgo de suicidios. El doctor Lester sostiene: “La efectividad del tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico individual no ha sido probada como prevención suicida.”

El uso de sustancias y alcohol incrementa el riesgo suicida en un 20% en personas depresivas. La presencia de una enfermedad psiquiátrica es el mayor factor de riesgo en la conducta suicida, acompañado de factores estresantes psicosociales. El riesgo suicida aumenta con la edad. Un alto porcentaje de los suicidas visitaron a su psiquiatra o psicólogo por lo menos un mes antes de sus muertes, un estudio británico refleja una cifra de un 60%.

Es posible que intervenciones interpersonales realizadas por profesionales de la salud para pacientes en situaciones de crisis reduzca el riesgo de mortalidad en estos pacientes

La comprensión psicodinámica del suicidio

Hacia 1910 en una reunión de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, se abordó el tema del suicidio. Sigmund Freud estuvo interesado en este tema relacionado con la melancolía en durante toda su carrera y nunca pudo entenderlo. Su ensayo más importante sobre el tema Duelo y Melancolía fue escrito en 1929, introduce el tema de la confusión entre el ser y la dolorosa experiencia de pérdida significativa, acompañada de angustia mental.

En el fondo encontramos una identificación inconsciente del ser y la persona amada u odiada, que hemos perdido. El cuerpo se identifica con el Otro, esto entraña un ataque al superego. Esto suele ir acompañado de fantasías sexuales, sentimientos sádicos dañinos y un odio a nuestro cuerpo, angustia intolerable y auto destructividad. Un fuerte deseo de escapar del sufrimiento físico y mental. Laufer sostiene que el suicidio adolescente es un ataque agresivo al padre interiorizado. Algo así como: Cómo no te puedo matar me mato yo. Un suicidio puede verse como un episodio psicótico de acuerdo con Schneidman. Como una introyección hostil de objetos persecutorios llenándose de odio y organizándolo alrededor de la imagen de otra persona. El suicidio es visto como una herencia neuroquímica o una experiencia premórbida durante la niñez o el desarrollo de la adolescencia. La introyección de naturaleza hostil vuelve la mente estructuralmente frágil. D.H. Bule ha observado que, en ausencia de ciertas capacidades del ego, los pacientes son vulnerables a caer en crisis psicóticas o suicidas. La incidencia de traumas infantiles, abusos sexuales, provocan enfermedades mentales e ideaciones suicidas. Detrás de cada intento suicida hay un llamado a alguien, a Dios o al destino para elegir una salida o un rescate.

La teoría psicoanalista contempla que hay una fuerza de vida el Eros, y una fuerza de muerte Thanatos. Karl Menninger afirma que el suicidio es la combinación de tres deseos: El deseo de matar, el gusto de atacar, destruir, tomar represalias contra otro. El deseo ser asesinado, tendencia masoquista de castigo. La necesidad de sentir dolor y sufrimiento. El deseo de morir. Incluye la necesidad de sentir la esencia de la muerte y morir.

La teoría del escape de Baumeister sostiene que la conducta suicida es el esfuerzo de escapar de la intensa e inaguantable y dolorosa frustración psicológica.

La teoría del psychache de Scheidman sostiene que el suicidio es debido a un dolor psicológico intolerable.

La mayoría de los suicidios es producto de frustraciones en cuatro categorías.

- Amor frustrado

- Fracturado control, excesiva indefensión y frustración
- Autoimagen asaltada, evitación de vergüenza, fracaso, humillación y desgracia.
- Ruptura de una relación importante y el sufrimiento que viene con esta pérdida.

Perturbación y letalidad

Las dimensiones psicológicas de cada caso suicida o una seria contemplación deben ser entendidas en términos de un intenso dolor psicológico, insoportable, acompañado con el pensamiento de una salida a una situación insoportable a través de la muerte. Este inaguantable dolor ha sido generado por frustraciones, cada drama suicida ocurre en la mente. El suicidio tiene un propósito, una búsqueda o salida a una crisis o desesperación. Los métodos utilizados, la nota suicida, el cálculo de los efectos de los sobrevivientes están orientados por la perturbación y la molestia, el deseo del castigo a otros o el deseo de dañar a quienes han hecho daño o desaparecer. En varios casos de niñas que se han suicidado, ha habido violación por parte del padrastro o algún adulto.

Hacia 1921, Lewis Terman hizo un famoso estudio longitudinal de personas superdotadas en California, cinco de estos hombres cometieron suicidio, debido a experiencias perturbadoras de la niñez. Lo más peligroso que podemos oír es cuando el suicida dice: “Es la única salida que tengo.” Vemos casos de hombres importantes como el expresidente Alan García del Perú cuando lo fueron a buscar para juzgarlo por \$250,000 que recibió de Odebrech. El ahorcamiento de Judas fue su única salida, cuando sintió el dolor de su traición a Jesús, a quien vendió por treinta monedas de plata. Cleopatra se envenenó con una serpiente áspid. En Egipto el suicidio era visto como un desastre para el cuerpo y el alma.

Teorías sociológicas sobre el suicidio

Los estudios estructuralistas del sociólogo francés Emile Durkheim, tuvieron un gran impacto en el mundo. Hacia 1897 publicó *Suicidio: Un estudio en sociología*. La integración y regulación pueden tener consecuencias negativas si ocurren de manera excesiva. Esta es la primera y más influyente teoría de la conducta suicida. Las normas sociales y las reglas regulan la conducta humana. Hay estructuras sociales que, según Durkheim, influyen la vida de los individuos, existen cuatro tipos de suicidio:

- **El suicidio egoísta:** La deficiente integración social este tipo de suicidio se origina por la falta de aprobación o aceptación a un grupo, poca fe religiosa, divorcio, viudez, necesidades.
- **El suicidio altruista:** es cuando hay una excesiva integración a la sociedad, se opone al egoísta. El suicidio surge por un fuerte apego o simpatía hacia las ideologías de un grupo, político o religioso. El sentimiento es de pasión, poder dar la vida por la causa.
- **El suicidio anímico:** Deficiente regulación social, surge durante crisis económicas y sociales extremas, transforman el estilo de vida de una persona. Se fomenta el suicidio por frustraciones, pérdida de seres queridos. Muy poca regulación fomenta el suicidio. Desequilibrio económico y social.
- **Suicidio fatalista:** Excesiva regulación social como en los regímenes autoritarios donde reina el terrorismo de estado.

Eutanasia: El acto de quitarse la vida con asistencia médica con un contrato, es aceptable en países escandinavos en adultos mayores y personas enfermas. La palabra Eutanasia que significa literalmente buena muerte es un concepto que aparece con ese nombre en el siglo XVII, atribuyéndose a Francis Bacon su creación. La Eutanasia como técnica de eliminación de la vida por circunstancias diversas (recién nacidos con malformaciones, enfermos terminales, ancianos, dementes, tarados, etc.) ha sido practicada por la inmensa mayoría de las culturas desde los tiempos más remotos. Todavía es ampliamente practicada en muchas de las tribus y culturas aborígenes u originarias primitivas del mundo.

La eutanasia es legal en Bélgica, Luxemburgo, Países Bajos, Canadá y el estado de Victoria en Australia. El suicidio asistido se puede hacer únicamente en Suiza y en varios estados de Estados Unidos. Todos estos países tienen diferentes requisitos para poder realizar estas prácticas. En la mayoría de los casos coinciden los siguientes:

- Solo puede pedirla la persona que desea morir. No pueden hacerlo ni los cónyuges, ni los padres ni los hijos.
- Tiene que ser una decisión libre y reiterada en el tiempo.
- La dolencia tiene que ser incurable y el dolor insoportable.
- Dos médicos deberán verificar que se cumplan todos estos requisitos.

La Eutanasia: positiva, activa o directa, encaminada a acortar la vida del enfermo por medios radicales, bien con la conformidad del paciente o sin ella (los casos llamados por compasión) y activa indirecta (alivio del sufrimiento por medios terapéuticos que necesariamente acortan la vida). La Eutanasia negativa, pasiva o por omisión, niega al paciente los medios terapéuticos que podían prolongar su vida, aunque no librarle de la muerte. El concepto de Distanasia (o encarnizamiento terapéutico) consiste en prolongar la vida más allá de los límites de toda esperanza convirtiendo al enfermo en realidad en un muerto al que se prolonga la muerte.

Autolesiones

La autolesión no suicida, a menudo denominada autolesión, es el acto de dañarse deliberadamente el propio cuerpo, como cortarse o quemarse. Normalmente, no pretende ser un intento de suicidio. En cambio, este tipo de autolesión es una forma dañina de enfrentar el dolor emocional, la ira intensa y la frustración. Vincent Van Gogh se mutiló la oreja, fue hospitalizado, se suicidó para ayudar a su hermano Theo de la ruina.

El suicidio se ha incrementado en la juventud, en la población general, durante la pandemia. El suicidio es la novena causa de muertes en los Estados Unidos, responsable de alrededor de más de 30,000 muertes anuales, y la tercera causa de muerte de jóvenes entre 15 y 24 años. Aunque puede ser mucho más que no se han reportado debido al estigma social que representa la muerte asociada al suicidio y muchas familias tratan de ocultar el evento para cobrar seguros de vida o por razones personales. En los Estados Unidos, como en la provincia de Los Santos hay una incidencia de 11.2 suicidios por cada 100,000 personas. La mayoría de los suicidios pueden prevenirse. Los profesionales de la salud, debemos evitar desgracias. Judas y Cleopatra fueron los primeros suicidas registrados. El suicidio asistido en los adultos mayores se ha convertido en una salida para poner fin al sufrimiento. Los factores de riesgo pueden dividirse en aspectos demográficos, psiquiátricos, sociológicos y clínicos. Encontramos más casos en el sexo masculino, en adultos mayores de 60 años que viven solos de raza blanca, con problemas económicos, sin hijos. Pero el suicidio se da en todos los niveles sociales y razas.

Entre los factores clínicos: personas con desordenes afectivos, maníaco depresivo, esquizofrenia, abuso de sustancias, historial familiar, intentos anteriores, ideación suicida, ataques de pánico, pérdida del placer, humillaciones, maltratos y abusos sexuales. La presencia de armas

de fuego, alcohol y drogas. Pérdida del trabajo o de seres queridos. El 90% de los intentos no llegan a realizarse, sólo un 7% se suicida. Están asociados a la conducta suicida: casos de enfermedad mental en la familia, historias de familiares suicidas, familias disfuncionales, separación parental, divorcio, viudez, violencia familiar, incesto, sentimientos dolorosos, vergüenza y soledad. El 70% de las víctimas de suicidio han comunicado sus pensamientos antes de la muerte.

Causas: Ruina financiera, escándalo, enfermedad dolorosa terminal. Abuso de sustancias
Suicidio en niños y adolescentes.

La genética suicida

Golpes en la cabeza pueden alterar la función serotoninérgica, así como los sistemas monoaminérgicos. Hay una gran evidencia que indica la importancia de la transmisión familiar y los factores genéticos que contribuyen al riesgo suicida. La reducción de la serotonina esta relacionada con el suicidio. Las conductas impulsivas, incluyendo la agresión dirigida es mas severa en los que intentan suicidarse. Estos pacientes intentan métodos violentos para quitarse la vida según los estudios de Yates y asociados. Los perfiles de estos pacientes muestran altos niveles de agitación, ansiedad severa, asociada con psicosis. Y una perdida importante de un ser querido, los puede llevar a la violencia extrema. La desintegración, los cortes y la auto asfixia están asociados a una perdida anticipada y a una severa depresión. Los ataques de pánico y la agitación los lleva a un estado de desesperanza e indefensión.

Las recomendaciones son monitorear la presencia de los siguientes síntomas y la severidad de la ansiedad. Agitación, psicosis, severa ansiedad y síntomas de falsas ilusiones o alucinaciones. Delirium tremens, tensión insoportable, alteraciones de la percepción del tiempo, perdida del auto control. Los actos de automutilación son realizados en privado.

Suicidio en adultos mayores

Para muchas personas la religión da sentido a la vida. La conducta suicida se encuentra en un 75% de los pacientes depresivos de acuerdo con las investigaciones de Neeleman y asociados. Más de un millón de personas se suicidan cada año. Los suicidios masivos o religiosos han sucedido a través de la historia. Distintas culturas tienen maneras diferentes de enfrentar este evento. En Japón después de una deshonra el seppuku es la salida decorosa.

El harakiri o seppuku, suicidio ritual es una forma de autoinmolación, una salida digna. El suicidio del prestigioso escritor japonés, Yukio Mishima, fue la culminación de un proyecto planeado, registrado, en rueda de prensa y filmado.

Acciones preventivas

- Detener el dolor mental, actuando a tiempo, ofrecer servicios psiquiátricos, psicológicos y médicos a quienes padecen de un trastorno mental no controlado, adicciones, soledad, depresión, entre otros.
- Garantizar el apoyo social y comunitario
- Proveer medicamentos.
- Restringir el acceso a las armas, venenos y drogas.
- Promover el ejercicio, una vida espiritual.
- Identificación y tratamiento temprano.
- Conformar un equipo de salud especializado de psiquiatras, enfermeras y psicólogos, brindar una línea de ayuda.

El papel de la religión en la prevención del suicidio. Estudios muestran que la religiosidad es experimentada como una fuente de esperanza y confianza e Dios. Reduce el riesgo de depresión severa en tiempos de crisis, facilita la recuperación y minimiza el riesgo del suicidio.

El doctor Kruijshaar y asociados estiman que el riesgo de la depresión es de un 40% en mujeres versus un 30% en varones. Esto varía en las distintas comunidades y países, por ejemplo, se ha encontrado un 3% en Japón y un 16.9% en Estados Unidos.

En China los confucionistas consideran que el suicidio es aceptable para proteger la dignidad y la virtud. Confucio decía que nuestros cuerpos se derivan de nuestros padres, no debemos ofenderlos ni lastimarlos. Debemos comprender las razones y motivos de los suicidas, las extremas formas del sufrimiento humano.

Los hindúes hacia los años 3000 antes de Cristo aceptaban los suicidios masivos, la práctica del sati autoinmolación era aceptada como el jauhar o el suicidio masivo. La creencia en el karma y la reencarnación ha sido un factor fuerte en contra del suicidio, los hindúes están más preocupados por tener una muerte digna.

El hinduismo acepta y respeta la decisión de cada persona sobre como vivir y morir, la base del ser humano es la búsqueda del ser y es individual. Mahaparasthana o el Largo Viaje es un tipo de suicidio donde la persona camina hacia Kailash subsistiendo de agua y aire hasta que el cuerpo se rinde, hay suicidios religiosos permitidos como el deseo de morir en lugares sagrados. El sati es muy común en la India cuando muere el esposo la mujer se lanza a la pira funeral para morir quemada junto al cadáver de su esposo.

Intervención

Según el Centro de investigación de Conciencia de la atención integral de UCLA (Mindfulness Awareness Research Center) expresar gratitud cambia la estructura molecular del cerebro. Mantiene la materia gris funcionando y nos hace mas saludables, funcionales y felices. Aprender a ser autocompasivos nos fortalece. La resiliencia es el proceso de adaptarse ante una adversidad de acuerdo con la Academia Americana de Psicología. Las personas pueden aprender aumentar su resiliencia.

El mindfulness permite que tu experiencia sea la que es, debemos practicar observándola a cada momento. Suavizar, calmar, permitir, se afianzan con la generosidad y la bondad. Las personas espirituales tienen mejores posibilidades de superar las ideaciones suicidas. Cualquier persona puede contemplar el suicidio en un momento dado. Las personas espirituales tienen mejores posibilidades de superar.

2. Estudios de casos:

- a. Ernest Hemingway (Suicidio con arma de fuego)
- b. Frida Kahlo
- c. Vincent Van Gogh
- d. Virginia Woolf
- e. Violeta Parra

a. ERNEST HEMINGWAY (1899 – 1961)

Extraordinario escritor norteamericano, Premio Nobel de Literatura, fue encontrado muerto en su residencia en Ketchum, Idaho a causa de un tiro en la boca con un rifle de dos cañones, se voló el cerebro. El psiquiatra forense, Doctor Andrew Farah afirma que su trágica muerte fue producto de causas neurológicas.

Nueve traumatismos cerebrales severos, los lamentables efectos de la terapia electroconvulsiva (recibió 15 tratamientos la primera vez, 10 la segunda vez) recibida en la Clínica Mayo, donde fue llevado por presión alta le borró la memoria. Dos días después de terminar la terapia electroconvulsiva, su esposa dejó disponible las llaves del lugar donde guardaba las armas y se suicidó. Mary su cuarta esposa, no les avisó a sus hijos de su estado depresivo, para quedarse con el dinero y pertenencias, sus relaciones maritales eran destructivas, los detestaba.

Los aspectos genéticos suicidas en su familia. Su madre, a quien odiaba, se suicidó. Adriana su amante italiana, se ahorcó. Su padre se suicidó con una pistola. Su nieta Mariel y su hijo se suicidaron.

Trastornos psiquiátricos

Alcoholismo y demencia crónica traumática, encefalopatía, diabetes, migrañas, múltiples traumatismos craneales golpes en el cerebro y demencia vascular. En los últimos cinco años de su vida estaba deprimido, no podía escribir, no podía trabajar, tenía plena conciencia de su declive cognitivo. Muchas personas allegadas se habían quitado la vida. Es una tragedia perder la memoria. Estaba deteriorando sus habilidades, perdiendo su modo de vida. Llegó a procesar y describir la dimensión del suicidio de su padre, sintió que su padre lo traicionó. “El hombre puede ser destruido, pero no derrotado.” Atacaba a sus amigos y mujeres. Arriesgaba su vida, se fue a pelear la guerra civil española, iba de safaris al África de cacería donde mataba animales en peligro de extinción. Su madre lo vestía de niña de pequeño. Por muchos años abusó del alcohol y las drogas. Necesitaba emociones fuertes, no tenía límites. De joven era atractivo, después descuidó su presencia. Se sintió una caricatura de lo que fue. Se vuelve abusivo, cambiante. Al realizar que su memoria fallaba, se suicidó.

Había tratado de quitarse la vida anteriormente.

b. FRIDA KAHLO (1907- 1954)

Magdalena Carmen Frieda Kahlo Calderón, nace en Coyoacán, México el 6 de julio de 1907. Su padre Guillermo Kahlo, judío de origen húngaro alemán, fue el fotógrafo oficial del presidente Porfirio Díaz. Era delicado de salud y sufría ataques de epilepsia. Su esposa, la madre de Frida tenía ascendencia española e indígena, era conservadora y muy religiosa. A los siete años sufre de poliomielitis, quedando el resto de su vida con una pierna mas delgada que la otra, pasa mucho tiempo sola. Le decían “pata de palo”. Desde temprana edad muestra rasgos de esquizofrenia, como aparecerá en su diario. A los 6 años proyecta una segunda Frida que aparecerá en toda su obra y su vida. La mas famosa es Las dos Fridas, muestra la Frida que Diego amaba y a que ya no quiere.

“Recuerdo haber tenido seis años cuando viví intensamente una amistad imaginaria de una niña...de mi misma edad mas o menos. En la vidriera del que entonces era mi cuarto, y que quedaba en la calle de Allende, sobre uno de los primeros cristales de la ventana echaba vaho y con un dedo dibujaba una puerta.... Por esa puerta salía en la mi imaginación, con gran alegría y urgencia, atravesaba todo el llano que se miraba llegar a una lechería que se llamaba Pinzón.... Por la O de Pinzón entraba y bajaba intempestivamente al interior de la tierra, dónde mi amiga imaginaria me esperaba siempre. Han pasado 34 años desde que viví esa amistad mágica y cada vez que la recuerdo, se aviva y acrecienta más y más dentro de mí mundo” (tomado del diario página 245). A los 18 años, sufrirá un accidente que la marcará para siempre y la convirtió en una invalida. Toda su tragedia y dolor quedara desplazado en sus obras.

Su amor por Diego Rivera le hace olvidar su desgracia y logra una gran producción artística. Las infidelidades de su esposo la llenan de inseguridad y amargura.

Hacia 1929 contrajo matrimonio con el gran pintor y muralista Diego Rivera.

Posteriormente sufrió varios abortos. La tercera parte de sus obras son autorretratos. Sus angustias, dolores y fantasmas quedan reflejados en sus cuadros. Su diario es un confidente de primer orden de su vida. Salta a la vista su desesperación por vivir y su desespero por vencer la enfermedad.

Cuando le preguntaron por qué hacía tantos autorretratos contestó: “Me retrato a mí misma porque estoy muy sola.” Frida Kahlo llevo una trágica vida. A los 7 años surge la poliomielitis. Nació con espina bífida, su hermana y su hermano también la tenían, puede ser una de las razones

por las cuales no quiso tener hijos. A los 18 años sufre el accidente que la dejará invalida. Debido al sufrimiento físico le suministran morfina. Su diario muestra tendencias suicidas, sus angustias y dolores están reflejados en su obra.

“Me amputaron la pierna hace seis meses. Se me han hecho siglos de tortura y en momentos casi perdí la razón. Sigo sintiendo ganas de suicidarme. Diego es el que me detiene por mi vanidad de creer le puedo hacer falta. El me lo ha dicho y yo le creo. Pero nunca en la vida he sufrido más. Esperaré un tiempo.” Frida fue comisionada para hacer un cuadro de Dorothy Hale por su familia. Frida la mostró suicidándose. Vivió una serie de calamidades, constantes torturas de intervenciones quirúrgicas, 35 operaciones, y tuvo que usar 28 fajas ortopédicas.

El 13 de julio de 1954, Frida Kahlo falleció durante la madrugada supuestamente de una embolia pulmonar, según su esposo Diego Rivera. Su muerte pudo ser producto de un suicidio o una sobredosis de alcohol y drogas. No se hizo autopsia. Lo último que escribió en su diario es un esquema de un ángel negro, el ángel de la muerte. Decía: Espero alegre la salida y espero no volver jamás.”

c. VINCENT VAN GOGH (1853- 1890)

El famoso pintor Vincent Van Gogh llevó una tormentosa existencia, su vida es reflejo de su arte. Pintaba sin parar; dormía poco; tomaba y fumaba mucho, y no comía suficiente. Desde su juventud tenía un espíritu hosco, desequilibrado y taciturno. Agudizados por el alcohol, la malnutrición y las tensiones psicosociales, la pelea que tuvo con el pintor Paul Gauguin lo llevó a su mutilación de la oreja. Luego pudo padecer delirium tremens por la abstinencia obligada de la bebida al estar ingresado en un sanatorio, y varios episodios depresivos severos con trazos psicóticos.”

El 27 de julio de 1890, el artista se pegó un tiro. Murió dos días después. Tenía 37

años. Sus mejores obras fueron pintadas en el hospital psiquiátrico. De Saint Remy sufre etapas de locura, evoca su dolor y tristeza, durante sus episodios más severos de psicosis. Sus lienzos están marcados por la locura siente una permanente claustrofobia, se suicidó para ayudar a su hermano Theo, que tenía problemas económicos, su obra se revaloró. Algunas culturas permiten mutilaciones en los genitales y distintas partes del cuerpo. Su última obra fue el Trigal.

d. VIRGINIA WOOLF (1882 – 1941)

Escritora inglesa fue una niña abusada, una sobreviviente del incesto, sufría de esquizofrenia bipolar. Estaba casada con Leonard Woolf, un escritor judío, en una época donde reinaba el antisemitismo, los nazis habían bombardeado Londres, ella y su esposo habían considerado distintas formas de suicidarse.

Un fragmento de la última carta que escribió a su esposo decía:

“Estoy segura de que me voy a volver loca. Siento que no podemos volver a pasar por otro de esos terribles episodios. Y esta vez no me voy a recuperar. Oigo voces constantemente y así no me puedo concentrar. Así que estoy haciendo lo que me parece la mejor opción. Tú me has dado la mayor felicidad posible. Tú has sido todo lo que una persona puede ser. No creo que dos personas puedan ser más felices de lo que fuimos nosotros hasta que esta terrible enfermedad apareció. No puedo seguir luchando. Sé que estoy estropeando tu vida, que sin mí tú podrás trabajar. Y lo harás, lo tengo claro. Verás que ni soy capaz de escribir correctamente. No soy capaz de leer. Lo que te quiero decir es que debo toda la felicidad de mi vida a ti. Has sido completamente paciente e increíblemente bueno. Yo quiero decírtelo, aunque todo el mundo lo sabe. Si alguien hubiera podido salvarme, habrías sido sin duda alguna tú. Todo se ha ido, excepto la certitud de tu bondad. No puedo continuar estropeando tu vida”

e. VIOLETA PARRA (1917 – 1967)

Estaba pasando una aguda depresión, había perdido el amor de su vida y su estabilidad económica. Debido a su trabajo, a la presión que se ejercía sobre sí misma estaba muy afectada. Violeta Parra

acabó su vida disparándose en la sien derecha con un revólver. Había intentado dos veces quitarse la vida. Primero recurrió a barbitúricos, después se cortó las venas.

Conclusiones

El suicidio se ha incrementado en la juventud y en la población general, durante la pandemia. El suicidio es la novena causa de muertes en los Estados Unidos, responsable de alrededor de más de 30,000 muertes anuales, y la tercera causa de muerte de jóvenes entre 15 y 24 años. Aunque puede ser mucho más que no se han reportado debido al estigma social que representa la muerte asociada al suicidio y muchas familias tratan de ocultar el evento para cobrar seguros de vida o por razones personales. En los Estados Unidos, como en la provincia de Los Santos hay una incidencia de 11.2 suicidios por cada 100,000 personas. La mayoría de los suicidios pueden prevenirse. Los profesionales de la salud, deben evitar desgracias. Judas y Cleopatra fueron los primeros suicidas registrados. El suicidio asistido en los adultos mayores se ha convertido en una salida para poner fin al sufrimiento. Los factores de riesgo pueden dividirse en aspectos demográficos, psiquiátricos, sociológicos y clínicos. Se encuentran más casos en el sexo masculino, en adultos mayores de 60 años que viven solos de raza blanca, con problemas económicos, sin hijos. Pero el suicidio se da en todos los niveles sociales y razas.

Entre los factores clínicos: personas con desórdenes afectivos, maníaco- depresivos, esquizofrénicos, abuso de sustancias, historial familiar, intentos anteriores, ideación suicida, ataques de pánico, pérdida del placer, humillaciones, maltratos y abusos sexuales. La presencia de armas de fuego, alcohol y drogas pueden operar como predisponentes, al igual que la pérdida del trabajo o de seres queridos. El 90% de los intentos no llegan a realizarse, sólo un 7% se suicida. Están asociados a la conducta suicida: casos de enfermedad mental en la familia, historias de familiares suicidas, familias disfuncionales, separación parental, divorcio, viudez, violencia familiar, incesto, sentimientos dolorosos, vergüenza y soledad. El 70% de las víctimas de suicidio han comunicado sus pensamientos antes de la muerte.

Referencias bibliográficas

- a. Álvarez, A. (1990). *The Savage God: A study of Suicide*. New York: Norton & Company.
- b. Crespo, Y. (2019). *Los silencios de Virginia Woolf*. Panamá: Editorial Cultural Portobelo.
- c. Farah, A. (2018). *Hemingway's brain*. USA: University of South Carolina Press.
- d. Herringer, V. (2013). *The Neuroscience of Suicidal Behavior: Cambridge Fundamental of Neuroscience in Psychology*. England: Cambridge University Press.
- e. Jacobs, D. (2015). *Guide to Suicide Assessment and Intervention*, USA: The Harvard Medical School.
- f. Leutenberg, E. & Liptak, J. (2019). *Suicide & Self-injury Preventions Workbook: A Clinician's Guide to assist Adult Clients*. USA: Whole Person Associate.
- g. Maduro, V. y Sáenz- Llorens, X. (2020). *Rompamos el silencio*. Panamá: Nomos, S. A.
- h. Roberts, A. (2017). *Crisis Intervention Handbook*, USA: Wadsworth.
- i. Wasserman, D. & Wasserman, C. (2013). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. England: Oxford University Press.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS, ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE Y LA EVALUACIÓN DE LOS APRENDIZAJES, SEGÚN LA MODALIDAD DE LA ENSEÑANZA EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

Marita Mojica, Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Educativa y Escolar. E-mail: mmdpsices@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2021

Fecha de aceptación: 30 de noviembre de 2021

Resumen

Este estudio tiene la finalidad de establecer que los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá estén recibiendo una formación de calidad indistintamente de la modalidad de enseñanza utilizada. De esta manera, al tener conocimiento, de la situación investigada, se puede contribuir al cumplimiento del plan de mejoramiento de carrera. El planteamiento del problema del estudio es ¿Cómo se manifiestan las estrategias didácticas, estrategias de aprendizaje y la evaluación de los aprendizajes, según la modalidad de la enseñanza? El objetivo general fue conocer las estrategias didácticas, estrategias de aprendizaje y la evaluación del aprendizaje, según la modalidad de enseñanza impartida. El tipo de estudio fue exploratorio con un diseño de investigación no experimental de tipo transeccional. Las variables dependientes son las estrategias didácticas, estrategias de aprendizaje y la evaluación de los aprendizajes y la variable independiente la modalidad de enseñanza. La hipótesis de trabajo: la modalidad de la enseñanza determina estrategias didácticas, recursos didácticos, estrategias de aprendizaje y estrategias de evaluación de los aprendizajes. La población y muestra del estudio estuvieron constituidas por 34 docentes (87.18%) de la planta docente y 19 estudiantes representantes de salón de la Facultad de Psicología. Se utilizó un diseño estadístico de frecuencia y porcentaje. Las conclusiones registraron algunas semejanzas y significativas diferencias en las estrategias didácticas, estrategias de aprendizaje, los recursos utilizados y en la evaluación de los aprendizajes según la modalidad de enseñanza utilizada.

Palabras clave: Estrategias didácticas, estrategias de aprendizaje, evaluación de los aprendizajes, modalidad de la enseñanza presencial, modalidad de la enseñanza no presencial

Abstract The purpose of this study is to establish that the students of the Faculty of Psychology of the University of Panama are receiving quality training regardless of the teaching modality used. In this way, by having knowledge of the investigated situation, it is possible to contribute to the fulfillment of the career improvement plan. The problem statement of the study is: How are didactic strategies, learning strategies and the evaluation of learning manifested, according to the teaching modality? The general objective was to know the didactic strategies, learning strategies and the evaluation of learning, according to the teaching modality taught. The type of study was exploratory with a non-experimental, transectional research design. The dependent variables are the didactic strategies, learning strategies and the evaluation of learning and the independent variable the teaching modality. The working hypothesis: the teaching modality determines teaching strategies, teaching resources, learning strategies and learning evaluation strategies. The study population and sample consisted of 34 teachers (87.18%) from the teaching staff and 19 student representatives from the Faculty of Psychology. A statistical design of frequency and percentage was used. The conclusions registered some similarities and significant differences in the teaching strategies, learning strategies, the resources used and in the evaluation of learning according to the teaching modality used.

Keywords: Teaching strategies, learning strategies, learning assessment, face-to-face teaching modality, non-face-to-face teaching modality.

Introducción

Nos encontramos con el paradigma del aprendizaje, en ese aprender a aprender, en ese aprender a desaprender; donde el paradigma del nuevo rol que tiene el estudiante está dirigido a ese aprendizaje por descubrimiento, al aprendizaje cooperativo, al trabajo en equipo y al aprendizaje autónomo. Por otro lado, el paradigma del nuevo rol del profesor del siglo XXI, dentro de este paradigma del aprendizaje, es un docente facilitador que integra, que estimula, que aprende, que dinamiza la clase, que coordina, que orienta, pero sobre todo que sea un ingeniero, un constructor de ambientes de aprendizaje que permiten estimular las estrategias de aprendizaje en los estudiantes y así se puedan desarrollar las competencias.

Dentro del marco de un conjunto de procesos institucionales, reglamentados por ley, que buscan cumplir con la calidad educativa en los centros e instituciones de educación superior a través de la acreditación y mejora de sus procedimientos es donde encuentra el presente estudio tiene su origen; así como en el cumplimiento de la normativa en relación con el paradigma del aprendizaje. Esto se sustenta, desde el año 2008, con el proceso de acreditación de la Universidad de Panamá, para el periodo comprendido entre el 2014 al 2016 con el proceso de autoevaluación y acreditación de la Carrera de Psicología por medio de la acreditación nacional otorgada por el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria de Panamá (CONEAUPA). Para el 2017, con la revisión del Plan de Mejora de Carrera (PMC) y en el 2018 con la consolidación y aprobación del Plan de Mejoramiento de Carrera Ajustado (PMCA). Dentro del PMCA se contempla un conjunto de actividades como parte del compromiso adquirido con la acreditación de la carrera y dentro de estas se contempla como actividad clave los estudios pre diagnóstico y diagnósticos llevados a cabo en el 2018 y 2020, respectivamente. En última instancia, también en el 2020, con la certificación de la acreditación internacional del Sistema Interno de Aseguramiento de la Calidad

(SIAC) de la Facultad de Psicología por parte de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y el Consejo Centroamericano de Acreditación (CCA).

En su inicio, la aplicación del estudio pre- diagnóstico sobre la correspondencia entre las modalidades de enseñanza, metodología de trabajo y evaluación de los aprendizajes con sus respectivas estrategias didácticas, para la modalidad presencial en la que se desarrollaba el proceso enseñanza aprendizaje en el año 2018, se presenta como punto de partida para las recomendaciones que permitirían una serie de perfeccionamientos en respuesta al hallazgo de la no correspondencia entre las variables del pre diagnóstico.

Es importante destacar que para el 2020 se generaron cambios en el desarrollo de los procesos educativos de todos los niveles, tanto en el contexto nacional como internacional, producto de la pandemia por Covid-19; lo que conlleva a los sucesivos ajustes a la modalidad no presencial de las clases y que permite que surja la comparación para el estudio diagnóstico sobre la correspondencia entre la modalidad de enseñanza, estrategias, herramientas didácticas y evaluación de los aprendizajes.

Con base en los aspectos que rigen las políticas educativas y normativas, y que a su vez permitirán más adelante definir las variables de estudio, es fundamental señalar cuatro documentos: la Ley 24 del 14 de julio de 2005; el Estatuto Universitario de la Universidad de Panamá, en el que está contenido la definición de las variables en sus secciones VI y X; el Modelo Educativo y Académico de la Universidad de Panamá, el cual es una concreción de los paradigmas educativos que están permitidos en nuestra institución, y la Ley 52 del 26 de junio de 2015, la cual establece las pautas del sistema de acreditación en Panamá.

Por lo establecido previamente, podemos enfocarnos en los aspectos conceptuales que definen a nuestras variables de estudio:

- *Estrategias didácticas*: hace referencia a los procedimientos, recursos, técnicas, al conjunto de actividades utilizadas por el docente con el propósito de orientar el proceso de enseñanza aprendizaje, de modo que permita al estudiante en función de una determinada intencionalidad educativa, basados en los programas analíticos.
- *Estrategias de aprendizaje*: Que son las formas de trabajar mentalmente que se supone o se ha probado que mejoran el rendimiento académico y evitan el fracaso de los estudiantes. Estas estrategias se describen como un conjunto de actividades que el estudiante pone en funcionamiento o en marcha con el propósito de facilitar el procesamiento de la información a través de la adquisición, el almacenamiento y/o la utilización o recuperación de la información; es decir, es cómo el estudiante organiza y elabora el material presentado.
- *Evaluación de los aprendizajes*: Se encuentra claramente definido y reglamentado en el Estatuto Universitario, en la sección sexta, define cómo será evaluado el estudiante es su artículo 276; qué se debe tomar en cuenta haciendo énfasis en los métodos, técnicas y actividades evaluativas en los artículos 277 y 281 y los tipos de exámenes para evaluar los

aprendizajes en su artículo 278 y las normas para los exámenes parciales y finales en los artículos 280 y 282.

- *Modalidad de enseñanza:* Siendo esta la variable afectada directamente por la variable interviniente, debido al forzado cambio de la modalidad al aplicar el estudio diagnóstico. Son los distintos escenarios donde tiene lugar las actividades realizadas por los actores del acto educativo, el docente y el estudiante, a lo largo de un curso o asignatura. Cada modalidad de enseñanza se va a diferenciar en función de tres cosas: los propósitos de la acción didáctica, las tareas a realizar y los recursos para su ejecución.

Para el estudio comparativo se tuvo que recurrir tanto a la modalidad presencial como a la modalidad no presencial; entendiendo que la modalidad presencial es donde el profesor y los estudiantes se conjugan físicamente y comparten un mismo espacio en un mismo tiempo, es decir, la aulas de clases en la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá y la modalidad no presencial es donde el profesor y los estudiantes están separados físicamente y donde las clases pueden llevarse a distancia o virtual, haciendo uso de procesos sincrónicos y/o asincrónicos de la comunicación.

Debemos tomar en cuenta a la pandemia como variable interviniente, la cual no podemos dejar de lado, y al ser Psicología una profesión dentro del área de ciencias de la salud y la cual brinda servicio tanto en el sector salud como en los otros niveles que también han sido afectados por la pandemia, como los son: el familiar, el social, el de la educación y el laboral.

Cuando hablamos que la pandemia afecta el nivel familiar, estamos circunscribiendo en aquellas dificultades de interacción, la problemática en la comunicación que se fue dando dentro de la familia, y que algunas todavía mantienen, también en la organización y las rutinas que tienen los hogares, donde se dieron nuevas adaptaciones para cambiar al hogar como un centro de trabajo o estudio por parte de cada uno de los miembros de una familia.

De igual forma se han dado nuevas adaptaciones a nivel social, a las medidas de confinamiento, las medidas de distanciamiento, hasta la restricción del movimiento de las personas; es por ello por lo que vemos ahora un poco de desenfreno en algunos sectores, producto del aumento de privación que conlleva un aumento a la necesidad de socializar. También vemos el cambio en las rutinas diarias de las personas, a nivel social, ya no pueden acercarse entre amigos o compartir un café porque todo genera temores, miedos, angustias.

A nivel de la educación, las nuevas demandas académicas en todos los planos que hemos visto estrategias didácticas, en las estrategias de aprendizaje; es decir, ambos actores del ámbito educativo han visto que las demandas académicas en esta nueva modalidad de no presencialidad exigen. Se ha generado un agotamiento, en ambos actores pues se ha requerido realizar algunos traslados y así como también el tener que adaptarse sobre la marcha. Si a ello le agregamos los niveles de competencias relacionadas a las Tics, que, si bien se han brindado las oportunidades de perfeccionamiento de las mismas, se ha generado un exceso de trabajo tanto para los docentes, los estudiantes y para la misma institución. También debemos incluir las nuevas estrategias metodológicas, en las cuales se incluyen las nuevas estrategias didácticas de enseñanza y las de

aprendizaje. De igual forma en el cambio de la evaluación de los aprendizajes, donde tenemos un conjunto de normas que rigen la evaluación de los aprendizajes en la institución, pero en la situación de la modalidad presencial, vislumbrándose un vacío en la evaluación de los aprendizajes en la modalidad no presencial. Finalmente, el cambio de la modalidad educativo, con un carácter de urgencia, que no es lo mismo a que usted lo espere con una capacitación sostenida y gradual a que se deba realizar los cambios inmediatamente, generándose una serie de estados emocionales en docentes y estudiantes.

A nivel laboral, en el cual encontramos que mientras los estudiantes se encuentran recibiendo sus clases también están los otros miembros de la familia en la modalidad de teletrabajo; donde los espacios en el hogar no son tan amplios, o en ocasiones los equipos tecnológicos no pueden ser compartidos que también van en perjuicio de los recursos didácticos que se tengan para poder recibir las clases. De igual forma se presentan las pérdidas de empleo, las interrupciones temporales, la reducción del salario todo ello afecta en alguna u otra forma ese bienestar subjetivo y armonioso dentro de la familia; por consiguiente, va a tener también sus efectos a nivel de la educación.

Materiales y métodos

Se planteó el problema de: ¿Cómo se manifiestan las estrategias didácticas, estrategias de aprendizaje y la evaluación de los aprendizajes, según la modalidad de la enseñanza?, donde el objetivo general fue el de conocer las estrategias didácticas, estrategias de aprendizaje y la evaluación del aprendizaje, según a modalidad de la enseñanza impartida.

La conjetura inicial formulada para este estudio comparativo fue el siguiente: las estrategias didácticas, estrategias de aprendizaje y la evaluación de los aprendizajes son diferentes en las modalidades de enseñanza impartida.

Diseño de investigación

Se realizó un estudio transeccional descriptivo con diseño no experimental exploratorio.

Preguntas de investigación

Como preguntas de investigación formuladas se tuvieron: ¿Existe diferencia en las estrategias didácticas utilizadas por los docentes en modalidad presencial y no presencial?, ¿Habrà semejanza en las estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes en modalidad presencial y no presencial? y ¿Cómo se expresa la evaluación de los aprendizajes según la modalidad presencial y la no presencial?

Población y muestra

La población y selección de la muestra fue conformada por la unidad de análisis que son los docentes y estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá. La muestra estuvo constituida por tipo sujeto voluntario donde participaron 34 docentes (87.18%) de la planta

docente y 19 estudiantes que representan el 100% de los representantes de salón de la Facultad de Psicología.

Instrumentos

Entre los instrumentos que fueron utilizados se tiene: la encuesta 2018, registro de planificación no presencial de cada docente año 2020; registro de planificación no presencial de las asignaturas cursadas por los representantes estudiantiles de cada nivel académico en las tres jornadas de clases y el análisis FODA

Análisis estadístico

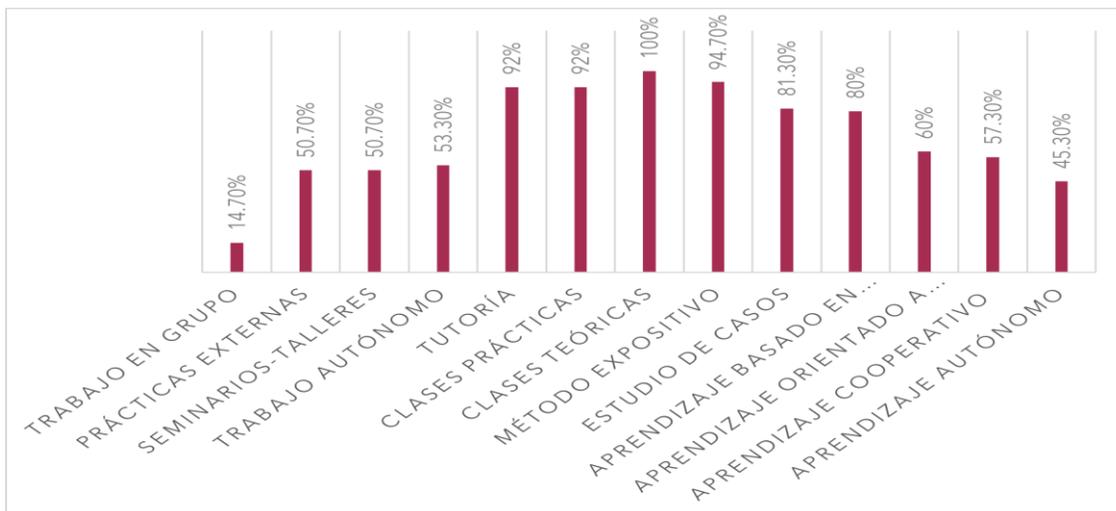
Se hizo un análisis descriptivo de las variables, a través de frecuencias y porcentajes representados por medio de figuras y tablas.

Resultados y Discusión

De acuerdo con los datos registrados, que brindan respuesta a las preguntas de investigación dispuestas para este estudio comparativo, se encontraron los siguientes resultados:

Figura 1.

Estrategias didácticas utilizadas por los docentes en modalidad presencial, año 2018.



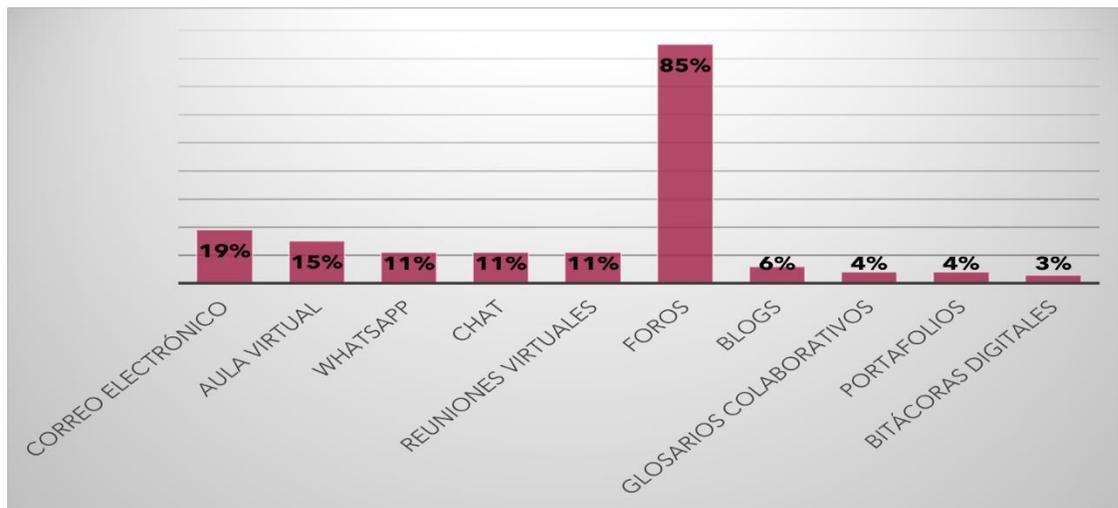
Fuente: Elaborado a partir de los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a los docentes de Psicología de la Universidad de Panamá. Año 2018.

En la modalidad presencial, del 2018 (Figura 1), se encontró que en un 100% fueron las clases teóricas, seguidas con un porcentaje por arriba del 90% el método expositivo, las tutorías y las clases prácticas; por arriba del 80% los estudios de casos y el aprendizaje basado en problemas. Entre el 50% al 60%, el aprendizaje orientado a proyecto, el aprendizaje cooperativo, el trabajo

autónomo, y en igual porcentaje las prácticas externas y los seminarios-talleres. Con un 45% el aprendizaje autónomo y en un 14% el trabajo en grupo.

Figura 2.

Estrategias didácticas utilizadas por los docentes en modalidad no presencial, año 2020.

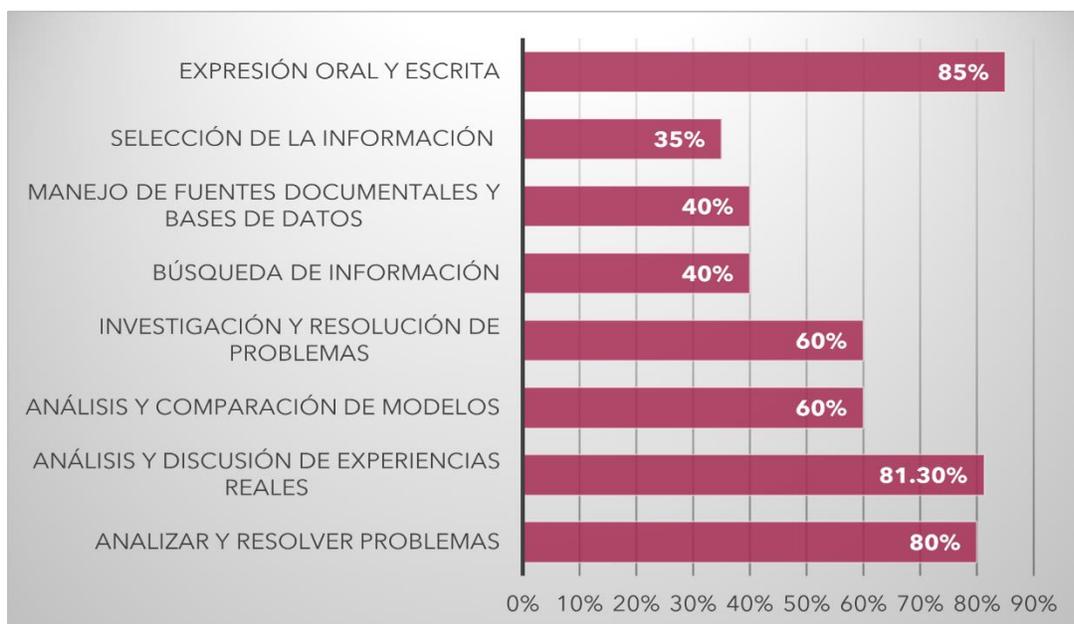


Fuente: Elaborado a partir de los resultados obtenidos del registro de planificación no presencial por asignatura de los docentes de Psicología de la Universidad de Panamá. Año 2020.

Para la modalidad no presencial, del 2020 (Figura 2), los resultados indicaron que por arriba del 80% las estrategias didácticas que utilizaron los docentes fueron los foros; mientras que entre el 20% al 10% fueron utilizados el correo electrónico, el aula virtual, WhatsApp, el chat, las reuniones virtuales y por debajo del 10% los blogs, los glosarios colaborativos, los portafolios y las bitácoras digitales.

Figura 3.

Estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes en modalidad presencial, año 2018.

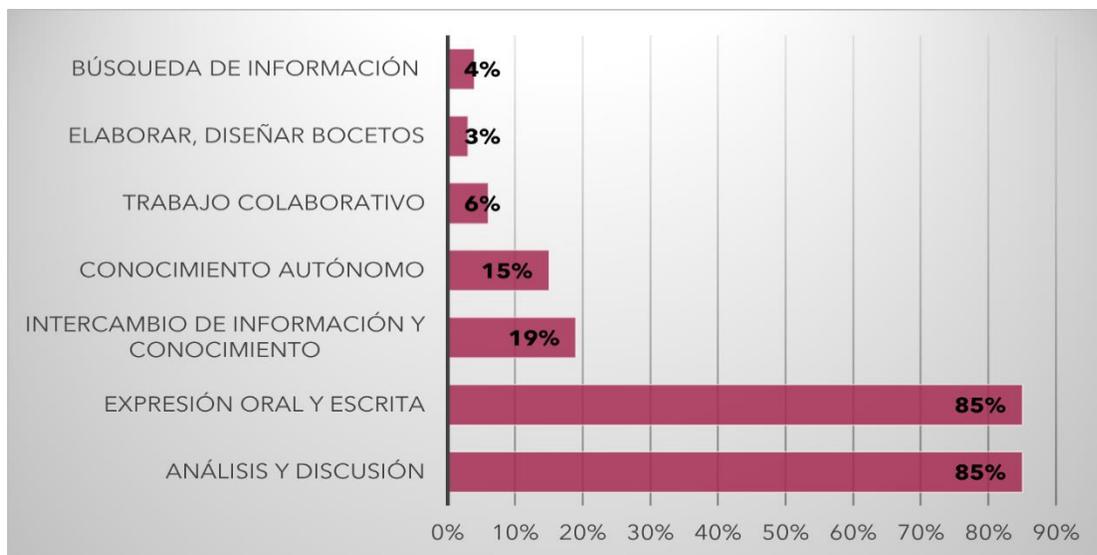


Fuente: Elaborado a partir de los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a los docentes de Psicología de la Universidad de Panamá. Año 2018.

Respecto a las estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes, en la modalidad presencial del 2018 (Figura 3), fue encontrado que por arriba del 80% utilizaron la expresión oral y escrita, el análisis y discusión de experiencias reales y el análisis y resolución de problemas. Entre el 60% al 35% las siguientes estrategias: el análisis y comparación de modelos, la investigación y resolución de problemas, seguido del manejo de fuentes documentales y bases de datos, la búsqueda de información y en última mención la selección de la información.

Figura 4.

Estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes en modalidad no presencial, año 2020.



Fuente: Elaborado a partir de los resultados obtenidos del registro de planificación no presencial por asignatura de los estudiantes de Psicología de la Universidad de Panamá. Año 2020.

Para el año 2020, en la modalidad no presencial (Figura 4), los estudiantes indicaron utilizar las estrategias de aprendizaje con los siguientes porcentajes: con un 85% las expresión oral y escrita y con un mismo porcentaje el análisis y discusión. Con porcentajes por debajo del 20%, el intercambio de información y conocimiento, el conocimiento autónomo, el trabajo colaborativo, la búsqueda de información y en última instancia la elaboración y diseño de bocetos.

Figura 5.

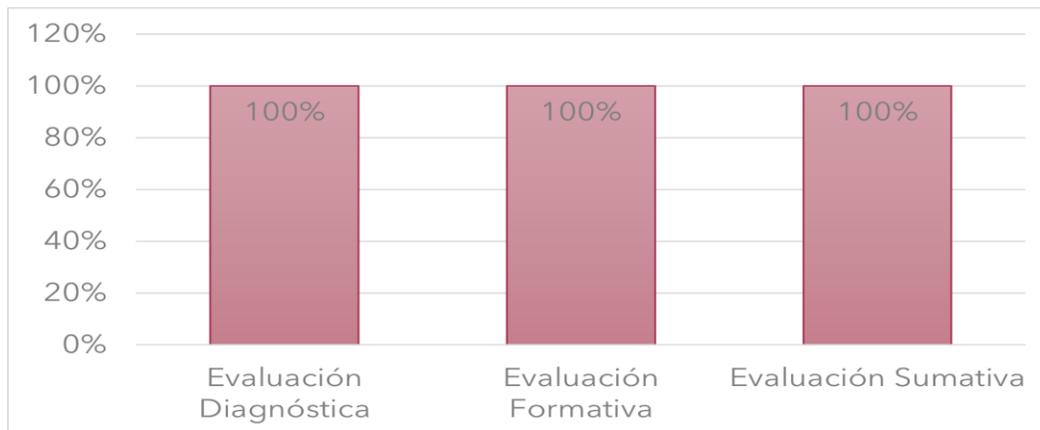
Evaluación de los aprendizajes según la modalidad presencial, año 2018.



Fuente: Elaborado a partir de los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a los docentes de Psicología de la Universidad de Panamá. Año 2018.

Figura 6.

Evaluación de los aprendizajes según la modalidad no presencial, año 2020.

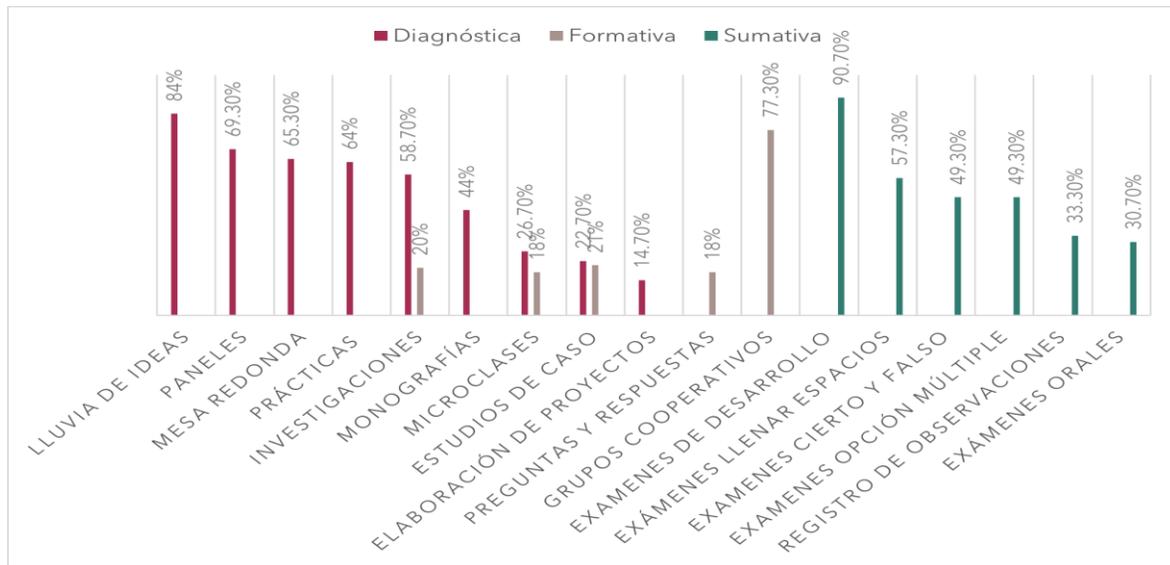


Fuente: Elaborado a partir de los resultados obtenidos del registro de planificación no presencial por asignatura de los docentes de Psicología de la Universidad de Panamá. Año 2020.

Tanto para la modalidad presencial, del año académico 2018 (Figura 5) como para la modalidad no presencial, del año académico 2020 (Figura 6), fue señalado que la evaluación de los aprendizajes que fueron utilizadas la evaluación diagnóstica, la evaluación formativa y la evaluación sumativa, todas en 100% para ambos años.

Figura 7.

Tipos de evaluación de los aprendizajes, estrategias y técnicas según la modalidad presencial, año 2018.

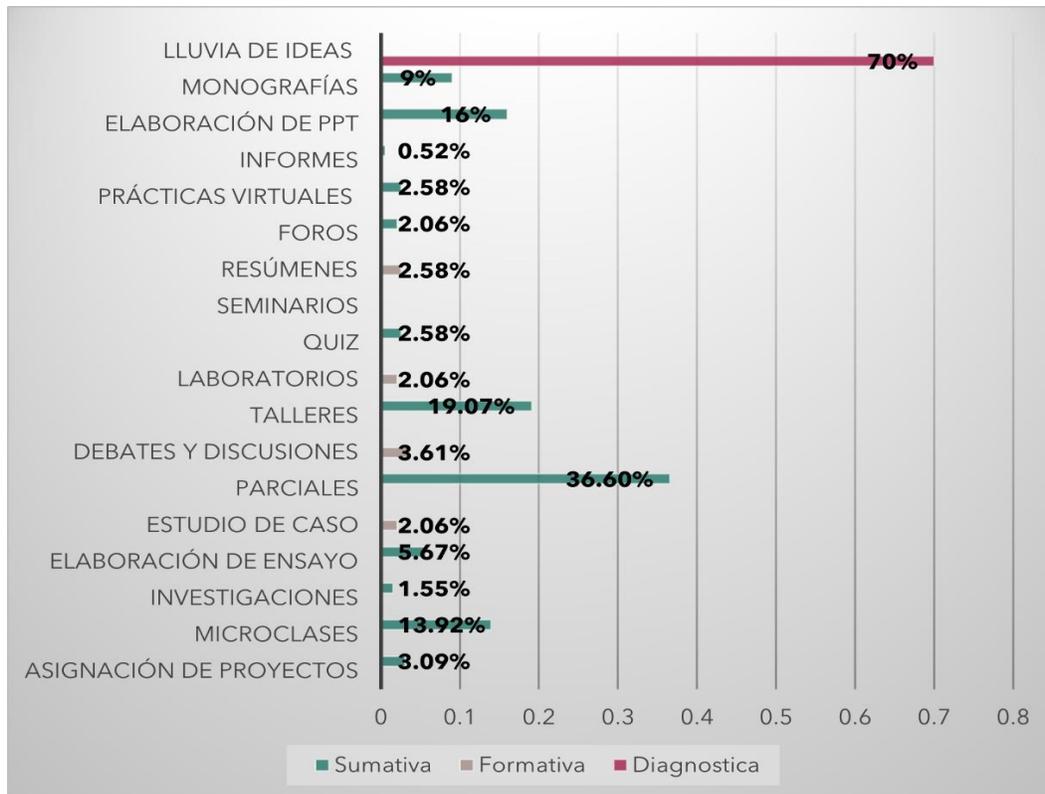


Fuente: Elaborado a partir de los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a los docentes de Psicología de la Universidad de Panamá. Año 2018.

De acuerdo con los tipos de evaluación de los aprendizajes y sus respectivas estrategias y técnicas utilizadas en la modalidad presencial (Figura 7), se encontró que los docentes de la Facultad de Psicología emplean, con los más altos porcentajes (entre el 58% al 84%), la lluvia de ideas, los paneles, las mesas redondas y las prácticas para la evaluación diagnóstica; mientras que para la evaluación formativa, utilizan los grupos cooperativos, en un 77%, y con menos del 21% los estudios de casos, las investigaciones, las microclases y las preguntas y respuesta. Para la evaluación sumativa se encontró que en un 90% se hace uso de los exámenes de desarrollo, en un 57% los exámenes de llenar espacios, con un 49% los exámenes de cierto y falso, y por debajo del 33% los registros de observaciones y los exámenes orales.

Figura 8.

Tipos de evaluación de los aprendizajes, estrategias y técnicas según la modalidad no presencial, año 2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos del registro de planificación no presencial por asignatura de los docentes de Psicología de la Universidad de Panamá. Año 2020.

Respecto a los tipos de evaluación de los aprendizajes, estrategias y técnicas empleadas para la modalidad no presencial (Figura 8), se registró que la lluvia de ideas fue la única mencionada como evaluación diagnóstica, con un 70%; para la evaluación formativa se hizo mención de los debates y discusiones (3.61%), los resúmenes (2.58%), estudios de casos y los laboratorios (con un 2.06% cada uno). Mientras que, para la evaluación sumativa, con un 36% se realizó uso de los parciales, en un 19% los talleres, con un 16% la elaboración de Power Point (PPT), en un 13% las microclases y finalmente, con porcentajes por debajo del 10%, las monografías, la elaboración de ensayos, la asignación de proyectos, los quiz, las practicas virtuales, los foros y con el menor porcentaje las investigaciones.

Tabla 1.

Análisis FODA elaborado por los representantes de salón según el año de estudio.

AÑO DE ESTUDIO	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Primer año	Utilizar una forma más actualizada tecnológicamente para dar clases. Ahorro económico para el sistema educativo. Dedicación y formación de los profesores	Poder seguir recibiendo educación. Nuevas redes de aprendizaje Crecimiento del conocimiento tecnológico a nivel de estudiantes y profesores	Dificultad de establecer vínculos con los profesores que imparten clases Instrucciones por parte del docente Falta de recurso en casa (computadoras, data, acceso a internet)	Problemas de conectividad Exceso de asignaciones de los profesores y fuera de horario. Riesgo de parasitarnos como estudiantes.
Segundo año	Hacer revisión ilimitada de documentos y power point Buena accesibilidad del material de estudio	Mayor oportunidad de conocimiento tecnológico Mayor uso de herramientas y recursos por parte de los docentes	Cuesta estudiar sólo de la computadora, preferimos documentos físicos	Problemas de conectividad Fallas en la luz
Tercer año	Compartir más tiempo con nuestros familiares. Flexibilidad para organizarnos. Accesibilidad al material de estudio	El correo institucional nos permitió tener office 365 herramienta muy útil. Aprendimos a utilizar nuevas plataformas y herramientas tecnológicas. Mayor uso de herramientas electrónicas.	El ruido en casa no permite concentrarse. Falta de recurso económico para la compra de equipo electrónico. Falta de comprensión por parte de algunos docentes al faltar la conectividad y la luz.	Problemas de conectividad Problemas de electricidad Daños de equipos electrónicos. Exceso de PDF sin explicación hace más difícil la comprensión.

AÑO DE ESTUDIO	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Cuarto año	<p>Planteamiento de metodologías con mayor efectividad.</p> <p>Múltiples formas de comunicación.</p> <p>Ahorro de dinero de transporte y copias.</p>	<p>Apoyo de los estudiantes hacia los profesores para mejor manejo de la tecnología.</p> <p>Mayor conocimiento de distintas plataformas.</p> <p>Crecimiento personal.</p>	<p>Usos de plataformas que no evidencia la llegada de documentos y de los parciales.</p> <p>Generando mayor tensión.</p> <p>Poco interés y asistencia de los docentes.</p> <p>Múltiples distractores en casa</p> <p>Mucho tiempo en la computadora, agotamiento visual y dolores en las manos.</p>	<p>Problemas de conectividad</p> <p>Problemas de electricidad</p> <p>Daños de equipos electrónicos.</p> <p>Cambio de horarios de algunos profesores y choque entre clases.</p>
Quinto año	<p>Se ha tenido buena vía para obtener documentos y fuentes bibliográficas.</p> <p>Se ha continuado con las clases y recibiendo educación a pesar de la pandemia</p>	<p>Actualización de los profesores en cuanto a métodos y recursos tecnológicos.</p> <p>Disponer de tiempo para uno mismo.</p>	<p>Algunas clases son llevadas como en la modalidad presencial y no debe ser así.</p> <p>Falta de contacto en las prácticas nos ha afectado la motivación, el estado de ánimo.</p> <p>Estar más de 5 horas pegados a una pantalla.</p>	<p>Crisis económica impide tener internet estable.</p> <p>El no poder hablar personalmente con los profesores.</p> <p>Exceso de asignaciones y trabajos que los profesores envían y no explican.</p>

AÑO DE ESTUDIO	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Sexto año	Mayor tiempo para realizar las tareas Tener acceso a internet y utilizar una computadora portátil, y un celular para dar las clases.	Conocer el funcionamiento de distintas aplicaciones digitales.	Toda la información utilizada es por PDF y no utilizan libros en físico	Excesiva cantidad de trabajo y asignaciones de los profesores.
Séptimo año	Clases más cómoda y no tenemos que preocuparnos por la salida tan tarde de la noche	El no tener que buscar un transporte a altas horas de la noche hasta llegar a la terminal de buses.	Falta de comprensión de los profesores. Alto volumen de material enviado. Falta de recursos tecnológicos.	Falta de accesibilidad a internet Falta de recursos tecnológicos para recibir las clases. Deserción de las asignaturas.

Fuente: Elaborado a partir de las respuestas suministradas al Análisis FODA realizada por los representantes de salón de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Panamá, Año 2020.

Conclusiones

En cuanto a las estrategias didácticas, los datos sugieren que si existe diferencia en ambas modalidades de enseñanza de las utilizadas por los docentes. Cabe destacar que las más utilizadas en la modalidad presencial son las clases teóricas, métodos expositivos, clases prácticas y tutorías y las menos utilizadas son el aprendizaje autónomo y el trabajo en grupo. En la modalidad no presencial las más utilizadas son los foros, aula virtual y correos electrónicos.

En relación con las estrategias de aprendizajes, en ambas modalidades de enseñanzas las más utilizadas es la expresión oral y escrita; así como el análisis y la discusión. Sin embargo, en la modalidad presencial, además, se utilizó con mayor porcentaje el analizar y resolver problemas; el método de la comparación y la investigación. Mientras que la búsqueda de información fue la estrategia que en la modalidad no presencial disminuyó significativamente en relación de la presencial.

En lo referente a la evaluación de los aprendizajes, en ambas modalidades se cumplen los tres tipos de evaluación. Pero los registros indican que en la modalidad presencial se utilizan algunas estrategias y técnicas como tipo de evaluación diagnóstica y formativa. Sólo la lluvia de ideas fue destacada como diagnóstica.

De acuerdo con los hallazgos encontrados a partir de la aplicación del FODA por los estudiantes de la licenciatura, podemos señalar:

- Fortalezas: Seguir recibiendo sus clases, compartir con sus familiares, ahorro de dinero, mayor tiempo para organizarse.
- Oportunidades: Crecimiento en conocimiento tecnológico tanto para estudiantes como profesores, mayor seguridad para estudiantes nocturno.
- Debilidades: falta de comprensión por parte de los profesores, falta de prácticas, mayores distractores y ruidos en casa, falta de recursos económico para la compra de equipo, dificultad de establecer vínculos con los profesores, estar más de cinco horas conectados a una pantalla.
- Amenazas: problema de conectividad, electricidad, exceso de asignaciones de los profesores, exceso de PDF sin explicación, daño de equipos electrónicos, falta de recursos tecnológicos, deserción.

Referencias bibliográficas

DIGEPLEU. (2008). *Modelo Educativo y Académico de la Universidad de Panamá*. Imprenta Universitaria. Panamá.

DIGEPLEU. (2017). *Plan de Desarrollo Institucional (PDI) 2017-2021*. Universidad de Panamá.

Ley No. 24, de 14 de julio, Orgánica de la Universidad de Panamá. (2005). *Gaceta Oficial*, 25344, de 18 de julio de 2005. <https://docs.panama.justia.com/federales/leyes/24-de-2005-jul-18-2005.pdf>

Ley 52, de 26 de junio, Que crea el Sistema Nacional de Evaluación y Acreditación para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación Superior Universitaria de Panamá. (2015). *Gaceta Oficial Digital*, 27813-B, de 30 de junio de 2015. https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27813_B/51278.pdf