



REDEPSIC

Revista Especializada de Psicología

Vol. 1, N°2, Julio-Diciembre de 2022

REDEPSIC

Revista Especializada de Psicología

Editorial

Si bien la palabra ‘universidad’ viene de la frase en latín que significa ‘comunidad de profesores y académicos’, desde siempre se la relaciona con ir más allá del universo. Con abrir la mente y acceder al conocimiento. Hoy como antes, pero con mayor profusión, las universidades producen nuevos saberes y así aportan al desarrollo de la sociedad, resolviendo problemáticas en múltiples áreas.

En tal sentido, constituye un gran motivo de orgullo este segundo número de Redepsic, publicación que vincula la Facultad de Psicología a la gran red de expansión y divulgación científico nacional y mundial, al supercontinente que, en los años sesenta, Marshall McLuhan, denominó la aldea global.

Ahora, como todo lo que existe, Redepsic tiene una historia. Una historia que, parafraseando al gran Jorge Luis Borges, el autor rioplatense que no diferenciaba la literatura de las ciencias exactas, es fruto de la conjunción de dos hechos. Por un lado, el accionar de la Facultad de Psicología y, por otro, el empeño de la casa de Octavio Méndez Pereira, por potenciar la investigación y la divulgación científica.

En el caso de la Facultad de Psicología, además del apoyo de todos los estamentos de la Facultad de Psicología, Redepsic es deudor, además, de los investigadores y catedráticos que decidieron compartir las conclusiones y hallazgos de sus investigaciones.

Y, en cuanto a la macro- administración de la Universidad de Panamá, es esencial señalar el respaldo irrestricto de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado y de la Oficina de Publicaciones Académicas y Científicas (OPAC). Su orientación y soporte logístico ha sido no solo plural sino generoso. Y tan pródigo que, el pasado 10 de marzo, nos dejó participando en la Pasarela de Revistas Académicas y Científicas de la Universidad de Panamá, escenificada en el paraninfo universitario, en que fuimos merecedores del premio *Revelación*.

Es menester consignar también el apoyo y asesoría brindados por la Mgter. Fátima Ávila, jefa de Hemeroteca de la Biblioteca Nacional Ernesto J. Castellero R. Gracias a su gestión la revista está incluida en la Hemeroteca Digital Panameña que tutela la Sección de Hemeroteca de la Biblioteca Nacional Ernesto J. Castellero R. Es decir, hemos salido a la luz con todos los atributos de una revista de ciencia abierta e interconexión multilateral efectiva.

Ahora, es obligado reiterar que el nacimiento de Redepsic no se agota en su publicación, sino que la misma constituye una ventana y un portal de ciencia que sabe contará con su cuerpo docente e investigadores de dentro y fuera de la Facultad de Psicología y de Panamá.

Mgter. Alberto Gil Picota B.
Editor Jefe

REDEPSIC

Publicación Semestral

Facultad de Psicología

Universidad de Panamá

Julio – Diciembre 2022

ISSN L 2805-1904

Imagen de Portada

Alusiva a la Investigación Psicológica

Nuestra política editorial puede ser consultada en:

<https://revistas.up.ac.pa/index.php/redepsic>

© Todos los derechos reservados

Revista Redepsic

**Revista REDEPSIC: Campus Harmodio Arias M.,
Universidad de Panamá Tel: +507--523-7474**

Correo electrónico: redepsic@up.ac.pa

CONSEJO EDITORIAL

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 Stanziola	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

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

Eduardo Flores Castro
Rector

José Emilio Moreno
Vicerrector Académico

Jaime Javier Gutiérrez
Vicerrector de Investigación y Postgrado

Mayanín Rodríguez
Vicerrector de Asuntos Estudiantiles

Ricardo Him Chi
Vicerrector de Extensión

Arnold Muñoz
Vicerrector Administrativo

José Luis Solís
Director de Centros Regionales

Ricardo A. Parker D.
Secretaría General

Marita Mojica
Decana de la Facultad de Psicología

Evelina Rogers
Vicedecana de la Facultad de Psicología

Artículo	Pág.
VARIABLES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS. ECUADOR	8-26
Ana Caridad Serrano Patten	
Josselin Cristina Astudillo León	
EFECTO DE UN CURSO DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD SOCIAL EN UNIVERSITARIOS	27-49
Fabio Bethancourt Herrera	
Eloy Santos	
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE FATIGA DE COMPASIÓN Y SATISFACCIÓN – (PROQOL-VIV), EN VOLUNTARIADO HOSPITALARIO (PANAMÁ).	60-62
Miguel Ángel Cañizales	
Meiling Acevedo	
RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y EL CONSUMO DE ALCOHOL, COCAÍNA Y MARIHUANA EN ADULTOS VARONES DEL ALBERGUE JUAN PABLO II (PANAMÁ).	63-82
Francisco J. De León O.	
Miguel Ángel Cañizales	

NACIMIENTO DE UN HIJO CON DISCAPACIDAD, SU IMPACTO Y EL DERECHO A LA SALUD MENTAL FAMILIAR 83-92

Yorbalinda Velasco

PSICOLOGÍA DEL PODER EN EL SIGLO XXI: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA INDUSTRIAL, ORGANIZACIONAL Y SOCIAL 93-109

Alberto Gil Picota Batista

REVISTA REDEPSIC ISSN L 2805-1904 Acceso Abierto. Disponible en: https://revistas.up.ac.pa/index.php/redepsic	Volumen 1, Número 2 Julio – Diciembre 2022 Recibido: 1-3-2022 Aceptado: 29-3-2022 pp. 8-26
--	--

VARIABLES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS. ECUADOR

Autor 1. Ana Caridad Serrano Patten, Pontificia Universidad Católica de Perú, Facultad de Psicología. Perú. **E-mail** anaserranopatten@gmail.com **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7313-7436>

Autor 2. Josselin Cristina Astudillo León, Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Psicología Clínica. **E-mail** **Autor 2.** josselin.astudillo0825@gmail.com **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5302-3220>

Fecha de recepción: 1 de marzo de 2022

Fecha de aceptación: 29 de marzo de 2022

Resumen

El siglo XXI se ha caracterizado por el envejecimiento demográfico y el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles que anualmente provocan la muerte de 15 millones de personas en todo el mundo. Una de ellas es la enfermedad renal crónica (ERC), con una prevalencia en América Latina de 650 pacientes por cada millón de habitantes, que ven afectada su calidad vida a causa del cuadro clínico y el tratamiento. El presente trabajo se orientó a analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y de comportamiento, evaluadas en pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis. Es una investigación cuantitativa, correlacional, de corte transversal. Se trabajó con 23 pacientes adultos de la provincia de Morona Santiago, Ecuador. La obtención de información se realizó a través de una ficha de datos generales, el *Kidney Disease Quality of Life* (KDQOL- 36), el Cuestionario de Identidad de Enfermedad (CIE-E) y la Escala de adherencia terapéutica (EAT). Como resultado destaca que los pacientes tienen una percepción de deterioro de su CVRS, la adherencia terapéutica del 69.5% de los participantes es moderada y la regularidad con que la enfermedad se ha integrado a la identidad personal de dichos pacientes es de forma desadaptativa. Existe correlación negativa entre la CVRS y las variables: edad ρ (rho) = $-.288^{**}$, tiempo de diagnóstico con ρ (rho) = $-.114^{*}$ y la dimensión absorción de la identidad de enfermedad (IE) ρ (rho) = $-.62^{*}$. Hay correlaciones positivas estadísticamente significativas con la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de IE.

Palabras clave: insuficiencia renal, hemodiálisis, calidad de vida, identidad de enfermedad, adherencia terapéutica.

Abstract

The 21st century has been characterized by demographic aging and an increase in chronic non-communicable diseases that annually cause the death of 15 million people worldwide. One of these is chronic kidney disease (CKD), with a prevalence in Latin America of 650 patients per million inhabitants, whose quality of life is affected by the clinical picture and treatment. The present study was aimed at analyzing health-related quality of life (HRQOL) and its association with sociodemographic, clinical and psychological variables, evaluated in patients with renal failure undergoing hemodialysis treatment. This is a quantitative, correlational, cross-sectional study. We worked with 23 adult patients from the province of Morona Santiago, Ecuador. Information was obtained through a general data sheet, the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36), the Disease Identity Questionnaire (CIE-E) and the Therapeutic Adherence Scale (EAT). As a result, the patients have a perception of deterioration of HRQOL, the therapeutic adherence of 69.5% of the participants is moderate and the regularity with which the disease has been integrated into the personal identity of these patients is maladaptive. There is negative correlation between HRQOL and the variables: age ρ (rho) = $-.288^{**}$, time of diagnosis with ρ (rho) = $-.114^{*}$ and the absorption dimension of illness identity (IE) ρ (rho) = $-.62^{*}$. There are statistically significant positive correlations with therapeutic adherence and the IE acceptance dimension.

Keywords: kidney disease, hemodialysis, quality of life, disease illness identity, therapeutic adherence.

Introducción

El mundo contemporáneo asiste a un fenómeno progresivo de envejecimiento demográfico y consecuentemente a ello, existe un incremento considerable de enfermedades crónicas no transmisibles que anualmente provocan la muerte de 15 millones de personas entre 30 y 70 años de edad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2021). Una de ellas es la enfermedad renal crónica (ERC), la cual tiene una prevalencia en América Latina de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con un incremento estimado del 10% anual (Pecoits-Filho et al., 2015; González et al., 2017). La ERC se caracteriza por la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar los residuos de la metabolización, que se encuentran en la sangre y la imposibilidad de los mismos de regular el equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Es una enfermedad progresiva que destaca por no presentar síntomas evidentes hasta etapas avanzadas, en que se torna irreversible. Habitualmente requiere de tratamientos sustitutivos de la función renal como la diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante de riñón, los cuales son altamente invasivos y costosos (Prujm, 2014).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (2016), en el país se contabilizaron cerca de 10.000 personas diagnosticadas con enfermedad renal terminal o avanzada, con necesidad de tratamiento dialítico en instituciones públicas de salud; en el

2020 la cifra es de 17500 pacientes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020). Se espera que para los próximos años exista un incremento progresivo, debido a que la ERC se asocia causalmente en un 43% de los casos con la diabetes mellitus y en un 50% con hipertensión arterial. Estas enfermedades crónicas tienen una alta prevalencia de morbilidad dentro de la población ecuatoriana, estando entre las diez causas fundamentales de mortalidad general a nivel de país, con efectos negativos a escala social, familiar e individual (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2017). La ERC ha sido reconocida como una condición médica extraordinaria, fundamentalmente porque resulta difícil encontrar otro trastorno que requiera de tan alto grado de dependencia a medios artificiales y que tenga demandas de conducta tan estrictas para la supervivencia de quienes la padecen (Carrillo et al., 2018; Hamilton, 2019); así por ejemplo, la hemodiálisis hospitalaria conocida también como riñón artificial, consiste en conectar al paciente al equipo dializador durante 4 horas aproximadamente con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana (Naseri et al., 2020).

Al respecto, se han desarrollado investigaciones en las últimas décadas que han demostrado que, estos pacientes ven afectada su cotidianidad debido al fuerte impacto que provocan en su vida, las alteraciones fisiológicas, psicológicas y sociales, producidas por la sintomatología de la enfermedad y las consecuencias de los tratamientos de sustitución de la función renal (Perales et al., 2016; Kostro, 2016; Mendoza, 2016; Hamilton, 2019). Relacionado a tales efectos, se han identificado diferencias en el comportamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica, encontrándose que algunos muestran un funcionamiento adaptativo ante su condición de salud, mientras que otros experimentan dificultades para adaptarse a convivir con la enfermedad lo que afecta su percepción de bienestar y calidad de vida (Belayev, 2015; Perales-Montilla, 2018; Narva et al., 2016; Goh, 2018).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una de las variables que ha sido evaluada de manera sistemática en pacientes con ERC. Se trata de un constructo multidimensional que está asociado a la percepción de bienestar en situación de enfermedad; su medición ayuda a determinar los efectos que produce la enfermedad en el paciente, la forma en la que ésta afecta todos los aspectos de la vida durante el proceso salud-enfermedad, así como para medir y predecir el impacto de la terapéutica en el paciente (Schick-Makaroff, 2018; Gomes et al., 2018; Wong et al., 2019). La CVRS se construye a partir de diversas facetas de la vida y situaciones del enfermo que influyen en el funcionamiento físico, psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social, percepción general de la salud y otros factores (Vermandel et al., 2020; Rebollo et al., 2015).

En estudios realizados sobre la asociación de determinadas variables con la CVRS en pacientes con ERC, destacan los resultados que hacen mención a variables sociodemográficas, otras relacionadas con el tiempo de diagnóstico y el tipo de tratamiento que tenga el paciente (Barbero, 2016; Jesky et al; 2016; Varela, 2015); así como variables de comportamiento en salud, entre las que destaca la adherencia terapéutica (Cockerham, 2017; Cukor, 2015; Huertas-Vieco, 2014). Una revisión sistemática realizada por Rebollo et al., (2015) revela que el tiempo de padecimiento de la enfermedad renal crónica y el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal, están asociados negativamente con la percepción de CVRS. Adicionalmente, se ha demostrado que, de las modalidades de

tratamiento para la ERC, la que presenta una mayor afectación de la calidad de vida en el paciente es la hemodiálisis (Iyasere, 2016; Ocampo, 2017; Jardine et al., 2017; Jiménez, 2019).

Cabe mencionar en este contexto que también existe evidencia empírica que destaca un aspecto de singular importancia en el análisis de la CVRS en los pacientes renales, la variable adherencia terapéutica y los móviles que llevan a los enfermos a cumplimentar o no el tratamiento indicado (Ducharlet et al., 2019; Murali et al., 2020; Pabst., 2015). La adherencia terapéutica es un constructo que hace referencia al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen de tratamiento que sigue, de la relación que establece con el profesional de la salud y en las características psicológicas y sociales de los pacientes (Martín et al., 2015; Matos, 2019). Se ha documentado que alrededor del 50% de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis no se adhieren al menos a una parte de su régimen de terapéutico (Costa et al., 2017). La falta adherencia terapéutica ante al cumplimiento de una dieta específicos, restricciones en el consumo de líquidos, uso de medicamentos y tratamiento dialítico, es común en estos pacientes y todo ello se asocia con un alto riesgo de mortalidad, complicaciones y baja calidad de vida (Ducharlet et al., 2019).

Por otro lado, en Europa y Estados Unidos se han desarrollado investigaciones sobre la identidad de enfermedad (IE) y su efecto en el comportamiento de pacientes con diversas enfermedades crónicas; este es un constructo que ofrece una explicación respecto a las diferentes maneras en que el paciente puede integrar la enfermedad a su identidad personal (Yanos et al., 2010; Oris et al., 2016, 2018; Luyckx et al., 2018; 2019). El postulado teórico distingue cuatro dimensiones de IE: el rechazo, la absorción, la aceptación y el enriquecimiento. El rechazo se refiere a que la enfermedad crónica no es aceptada como parte de la identidad propia del paciente y es interpretada por este como una amenaza o como algo inaceptable para sí (Oris, 2016; 2018). La absorción, en cambio, describe la manera en que la enfermedad domina la identidad de una persona; en este estado los individuos se definen completamente a sí mismos en términos de su enfermedad, demostrando que ésta invade todos los dominios de su vida (Morea, et al., 2008; Luyckx et al., 2018). La aceptación, hace referencia a cómo los sujetos aceptan su nueva condición como parte de sí, sin ser abrumados y, finalmente, se le denomina enriquecimiento, a la generación de cambios positivos que le permiten al paciente crecer como persona, lo cual deviene en beneficio para su identidad (Oris, 2016; Luyckx et al., 2018). Se ha identificado que los estados de IE como el rechazo y la absorción, se relacionan con una mala adaptación psicológica y un mal funcionamiento físico en el paciente, mientras que la aceptación y el enriquecimiento están asociados con un buen funcionamiento adaptativo desde el punto de vista tanto psicológico como físico (Morea et al., 2008; Luyckx, 2018; Oris, 2016; 2018).

Tales elementos señalados constituyeron antecedentes de importancia para la realización del presente estudio, que se orientó a cumplir el objetivo de analizar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis y su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y las variables de comportamiento en salud, identidad de enfermedad y adherencia terapéutica.

Materiales y métodos

Se presenta un estudio desarrollado a partir del enfoque cuantitativo de investigación, con diseño no experimental, correlacional, de corte transversal. Se trabajó con 23 pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que se realizan tratamiento de hemodiálisis en una clínica renal en la provincia de Morona Santiago del Ecuador.

Procedimiento de obtención de datos

Se elaboró una ficha de datos ad hoc con las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, escolaridad, situación económica percibida y ocupación. Variables clínicas: tiempo de tratamiento dialítico, duración de la enfermedad y comorbilidad.

La CVRS en la enfermedad renal, se evaluó con el instrumento *Kidney Disease Quality of Life KDQOL- 36*, la versión del cuestionario para el español validado en Colombia (Chavez et al., 2013). Es un instrumento mixto que consta de 36 ítems que indagan sobre la salud general y específica a partir de la exploración de: la función física, el rol físico, el dolor corporal, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. Adicionalmente indaga sobre la enfermedad del riñón mediante la exploración de síntomas, efectos y carga de la enfermedad renal. Cada ítem es codificado y transformados en una escala que tiene un recorrido de (0 -100) donde cero se corresponde el peor estado de salud y valores superiores hasta 100, con mejor estado de salud. El instrumento en la presente investigación mostró una confiabilidad con valor de Alfa de Cronbach $\alpha = .89$

La variable identidad de enfermedad se midió con el *Illness Identity Questionnaire (IIQ)* (Oris et al., 2018) en la versión en castellano, Cuestionario de Identidad de enfermedad (CIE-E) obtenida de un proceso de adaptación lingüística/ cultural y validado en el Ecuador (Serrano, 2020). El CIE-E, es una medida de auto informe que evalúa cuatro dimensiones diferentes de identidad de enfermedad en adultos con enfermedad crónica: rechazo, absorción, aceptación y enriquecimiento. El instrumento cuenta con 25 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo). La fiabilidad del instrumento medida por el Coeficiente Alpha de Cronbach es alta, de $\alpha = .90$.

La adherencia terapéutica se evaluó con la Escala de adherencia terapéutica (EAT) basada en conductas y comportamientos explícitos del paciente (Soria et al., 2009). El instrumento consta de 21 preguntas distribuidas en 3 dimensiones (autoeficacia, control de ingesta de medicamentos y alimentos y seguimiento médico-conductual) con 7 ítems cada una. Como resultado global y, por dimensiones, se obtienen niveles alto, medio o bajo de adherencia terapéutica. El índice de fiabilidad es de $\alpha = .91$.

Procedimiento de análisis de datos

Los datos recolectados fueron almacenados en una base de datos a través del programa estadístico SPSS versión 24. Se realizaron cálculos de estadística descriptiva de frecuencias absolutas, relativas, media y desviación estándar. Adicionalmente se realizaron asociaciones entre variables mediante el cálculo del coeficiente de correlación Rho de Spearman para variables ordinales. Se trabajó con niveles de significación estadística de $p \leq 0.01$ y $p \leq 0.05$.

Se tomó en consideración el cumplimiento de aspectos éticos de la investigación con seres humanos: se les entregó a los pacientes el consentimiento informado, se hizo énfasis en el objetivo del estudio, los beneficios y el carácter voluntario de la participación. La aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual, no se ejecutaron prácticas injustas que perjudicaran en algún sentido a los participantes y se garantizó el anonimato de la información recolectada.

Resultados

Los resultados obtenidos en la investigación son presentados a continuación mediante tablas que ilustran el cumplimiento del objetivo propuesto. En la tabla 1 se presenta la distribución de pacientes renales según las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas. Como se puede observar de los 23 participantes en el estudio, 16 pertenecen al sexo femenino que representan al 69.6% y 7 corresponden al sexo masculino con un porcentaje del 30.4%. Respecto a la edad sobresale el 39,1% con una edad mayor a 60 años.

En la distribución porcentual por estado civil destaca que el 52.2 % son casados, hay una misma cantidad de personas solteras y divorciadas que representan el 17.4% del total. Respecto al nivel de escolaridad de los pacientes, la tabla indica un predominio del 39.1% de personas con secundaria terminada, el 30.4% con estudios primarios y, el resto de participantes, tienen nivel de bachiller y universitario. En cuanto a la ocupación sobresale que el mayor porcentaje son mujeres amas de casa, para un 47.8%, hay ocho pacientes que trabajan, ya sea en empleo público, privado o negocio propio, lo que representa el 34.7%. La mayoría de los participantes en la investigación tienen una percepción de su situación económica entre buena y regular, sin embargo, un 30.4% la percibe como mala. Igualmente, en la tabla 1 se presenta la distribución de los pacientes según variables clínicas, nótese que el mayor número de ellos tiene entre 1 y 5 años de diagnosticada la insuficiencia renal para un 65.2% y al observarse los datos del tiempo que llevan en hemodiálisis se puede ver que hay un 39.1% que está hace menos de un año, un 47.8% entre 1 y 5 años y que solo tres pacientes llevan más de cinco años de sobrevida después de iniciado este tipo de tratamiento.

En la tabla 2 se pueden observar los resultados de los valores medios de las respuestas reportadas por los pacientes, para las distintas dimensiones evaluadas por el KDQOL- 36. En cuanto a la salud en general, el valor más alto lo presenta la dimensión que explora la función social con una media de $M= 84.2$; dicho resultado es indicativo de que este aspecto es el que más aporta a la percepción de calidad vida de los pacientes, quienes sienten que la enfermedad no les limita del todo la realización de esta función. Seguido de este valor se aprecian cifras de $M= 74.7$, $M=73.7$ y $M=73.2$ en las dimensiones, rol emocional, dolor corporal y salud mental respectivamente; lo cual es muestra de cierta afección de la calidad vida percibida por los pacientes en estas áreas, ya que dichos valores al alejarse de 100, se corresponde con peor estado de salud. La percepción de bienestar es más negativa en las dimensiones con valores inferiores a 70 como son: vitalidad $M=68.3$; función física $M=66.6$ y rol físico $M=63.1$. Adicionalmente, al analizarse los valores de las dimensiones específicas de la enfermedad del riñón, se observan que son los más bajos a los anteriores y, por tanto, indican percepción de un peor estado de salud en lo referente a los síntomas de la enfermedad del riñón con $M=62.8$; la carga de la enfermedad con $M=57$ y los efectos de la enfermedad

M=50.7. Con tales resultados, resulta coherente el valor que alcanza la percepción de salud en general que tienen los pacientes cuya media de respuesta a este ítem fue de M=64.7

La tabla 3 que se muestra, presenta la manera en que la insuficiencia renal se ha integrado a la identidad personal de los pacientes investigados. Si se toma en cuenta que cada ítem del instrumento empleado es evaluado en una escala de 1 a 5 puntos, los valores registrados dan cuenta de que dicha enfermedad se ha integrado con más regularidad, mediante las formas desadaptativa de absorción y rechazo, es decir, la enfermedad domina la vida del paciente; los valores de M=3.8 con DE= .8 y M=3.1 con DE=1,0 de cada una de estas, evidencian lo anterior. Tal resultado se refuerza al ver las cifras de la disensión enriquecimiento M=2.1 y aceptación con M= 2.9.

En la tabla 4 se ofrece información respecto a los niveles de adherencia terapéutica identificados en los participantes, donde el 69.5% de ellos son modernamente adheridos, seguidos de aquellos con adherencia alta, que representan el 21.8% y el 8.7% de pacientes que posee niveles bajos en el cumplimiento de las indicaciones médicas. La tabla 5 muestra el comportamiento de las dimensiones de adherencia terapéutica, los cuales esclarecen los motivos por los cuales se alcanzaron los datos anteriormente presentados de adherencia global. Como puede observarse, en las tres dimensiones los niveles moderados de adherencia son representados con los valores más elevados. Se puede ver que existen algunas dificultades en el control de ingesta de alimentos y medicamentos en el 93.7%, de los casos; similar resultado se presenta en la dimensión seguimiento médico conductual, donde el 83.7% de los pacientes presenta niveles moderados de adherencia y hay un 16% de ellos que tienen nivel alto. Con mejores resultados se muestran en la dimensión autoeficacia.

Al analizar la asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y de comportamiento en salud, con la CVRS de los pacientes, cabe señalar que en la tabla 5 solo se incorporaron las variables que obtuvieron correlación estadísticamente significativa. Como puede observarse se presentan diversas asociaciones entre las variables, edad, tiempo de diagnóstico, dimensiones de identidad de enfermedad, adherencia terapéutica con la CVRS. En un análisis pormenorizado de los resultados destaca que existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable demográfica edad ρ (rho) = -.288; la variable clínica tiempo de diagnóstico ρ (rho) = -.114 y la dimensión absorción de la variable IE con ρ (rho) = -.62. Con correlaciones positivas estadísticamente significativas con la CVRS, sobresalen los valores de ρ (rho)= .45 y ρ (rho)= .318 de la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de la IE, ambas variables relacionadas con comportamientos adaptativos. Con correlación positiva más bajas, pero igualmente significativas está la dimensión enriquecimiento de la identidad de enfermedad ρ (rho)= .162, en todos los casos con una significación estadística de $p \leq 0.01$ y $p \leq 0.05$.

Discusión

Con el desarrollo de la presente investigación se logró dar cumplimiento al objetivo general planteado cuya finalidad fue la de analizar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y de comportamiento en salud. Cabe señalar que los resultados

obtenidos resultan de gran utilidad para ser empleados como insumos para el desarrollo de estrategias de atención integral a este tipo de pacientes.

Cuando fue evaluada la CVRS en los participantes del estudio, se obtuvo que los mismos tienen una percepción de deterioro de la CVRS general y por dimensiones, expresado a través de las limitaciones en el rol emocional, la sensación de dolor corporal y los problemas en salud mental. Otro aspecto relevante a señalar y que aporta a la percepción de falta de bienestar subjetivo identificada, está relacionado con las dimensiones específicas de la CVRS en pacientes renales, como la expresión de los síntomas, la carga y los efectos de la enfermedad; estas dimensiones son las que presentaron peores resultados para la salud en los pacientes. Al compararse estos hallazgos con los obtenidos por otros investigadores, se pueden apreciar similitudes. Se ha identificado que tanto los síntomas de enfermedad renal crónica como el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal impactan de manera negativa en la percepción de CVRS (Rebollo et al., 2015). Por otro lado, un estudio realizado por Ocampo (2017) al comparar la CVRS en pacientes con ERC con diferentes tipos de tratamientos llegó a la conclusión de que la hemodiálisis es la modalidad que genera mayor afectación de la calidad de vida. Iyasere et al., (2016), documentaron que las limitaciones a las que se ven sometidos los pacientes, por la dinámica del tratamiento de hemodiálisis, que implica el traslado de tres o más veces por semana a la unidad renal, constituyen factores de riesgo para la baja percepción de estado de salud.

Otro dato obtenido en este estudio y que llama a la atención por la implicación que tiene el comportamiento de la variable en la CVRS y en la sobrevida de los pacientes, es el relacionado con los niveles de adherencia terapéutica identificados; casi el 70% de los enfermos son modernamente adheridos y hay un 8.7% de pacientes que posee niveles bajos en el cumplimiento de las indicaciones médicas. Matos (2019), en una investigación donde exploró factores condicionantes de la adherencia al tratamiento en paciente con ERC, encontró que el 56 % de los investigados se adhiere parcialmente al tratamiento. Se ha documentado que alrededor del 50% de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis no se adhieren al menos a una parte de su régimen de terapéutico. La prevalencia de no adhesión al tratamiento, ocurre a expensas del incumplimiento en los factores de dieta, cantidad de líquidos y medicamentos (Rojas-Villegas, 2017).

Adicionalmente se ha identificado que el tiempo de permanencia en este tipo de tratamiento, está asociado con el comportamiento de adherencia del paciente. Así por ejemplo Costa et al., (2017), señalan que el indicador de adherencia, asistencia y puntualidad al tratamiento, tiene un mejor comportamiento en los pacientes con menor tiempo de permanencia en hemodiálisis que en aquellos que tenían mayor tiempo. En relación con lo anterior puede hacerse referencia a que la adherencia terapéutica ha resultado ser una variable adecuada para la predicción de la calidad de vida en pacientes renales crónicos (Monsalve, 2017; Alonso et al., 2017).

Otra variable evaluada en esta investigación fue la identidad de enfermedad, encontrándose que en estos pacientes la ERC se ha integrado a su identidad personal en formas desadaptativas, como son la absorción y el rechazo. Hasta donde se ha podido revisar, no existen reportes de investigaciones similares que hayan sido desarrolladas en pacientes con

ERC en tratamiento de hemodiálisis, sin embargo, al ser la una enfermedad crónica, comparte similares características con otras patologías que permiten la comparación. Diversos estudios han constatado que la mayoría de personas con enfermedades crónicas, cuyas manifestaciones clínicas poseen una alta intensidad, como son los defectos cardíacos complejos y la esclerosis sistémica, han desarrollado estados mal adaptativos de identidad de enfermedad, es decir, el rechazo y la absorción, y en menor medida se ha presentado el estado de aceptación a la enfermedad (Oris et al., 2016, 2018).

Finalmente, al analizarse los resultados de la correlación de la CVRS en estos pacientes con el resto de las variables evaluadas, se encontró asociación negativa estadísticamente significativa entre la variable sociodemográfica edad, la variable clínica tiempo de diagnóstico y la dimensión absorción de la variable IE. También fueron identificadas correlaciones positivas de la CVRS con la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de la IE. La evidencia teórica y empírica, explica que las diferencias en cuanto a la percepción de CVRS en pacientes renales crónicos, ocurre en virtud de variables que de manera sistemática han mostrado tener correlaciones significativas con ella. Jesky et al., (2016) y Barbero (2016) obtuvieron que variables clínicas asociadas a la ERC, como el tiempo de diagnóstico y el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal, diálisis peritoneal y hemodiálisis están correlacionados con la CVRS. McAdams et al., (2018) señalan que en los enfermos renales el apoyo social y la adherencia terapéutica son las variables con mayor nivel de relación positiva significativa con la CVRS percibida en los pacientes con ERC.

Conclusiones

- Se evaluaron 23 pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis; en su mayoría, dichos pacientes presentan problemas de adherencia al tratamiento sobre todo en lo referente al control de ingesta de alimentos y medicamentos.
- La enfermedad se ha incorporado en la identidad personal de los pacientes, mayormente de forma desadaptativa. Se identificó que la absorción y el rechazo son las dimensiones de la identidad de enfermedad más integradas.
- Existe correlación negativa entre la calidad de vida relacionada con la salud y las variables: edad, tiempo de diagnóstico y la dimensión absorción de la identidad de enfermedad.
- Los datos indican la existencia de correlaciones positivas estadísticamente significativas de la calidad de vida relacionada con la salud con la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de la variable identidad de enfermedad.

Tablas

Tabla 1.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según variables sociodemográficas y clínicas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS (N=23)	No.	%
Sexo		
Femenino	16	69.6
Masculino	7	30.4
Edad		
18 a 40 años	7	30.4
41 a 60 años	7	30.4
Mayor de 60 años	9	39.1
Estado Civil		
Soltera/o	4	17.4
Casada/o	12	52.2
Divorciada/o	4	17.4
Unión Libre	1	4.3
Viuda/o	2	8.7
Escolaridad		
Primaria	7	30.4
Secundaria terminada	9	39.1
Bachillerato terminado	5	21.7
Universitario	2	8.7
Situación económica percibida		
Buena	8	34.8
Regular	8	34.8
Mala	7	30.4
Ocupación		
Empleo público	4	17.4
Empleo privado	1	4.3
Negocio propio	3	13.0
Ama de casa	11	47.8
Desempleado	2	8.7
Jubilado y estudiante	2	8.6
Tiempo de diagnosticada/o		
Menos de un año	3	13.0
Entre 1 y 5 años	15	65.2
Entre 5 y 10 años	1	4.3
Entre 10 y 15 años	3	13.0
Más de 15 años	1	4.3
Tiempo de tratamiento/hemodiálisis		

Menos de un año	9	39.1
1 a 5 años	11	47.8
5 a 10 años	1	4.3
10 a 15 años	2	8.7

Tabla 2.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según la media de respuestas en las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

Dimensiones de CVRS N=23	Media	Desviación estándar
Función Física	66.6	27.2
Rol Físico	63.1	29.7
Dolor Corporal	73.7	26.2
Vitalidad	68.3	19.9
Función Social	84.2	21.7
Rol Emocional	74.7	28.9
Salud Mental	73.2	18.6
Síntomas de la enfermedad del riñón	62.8	17.3
Efectos de la enfermedad del riñón	50.7	23.4
Carga de la enfermedad del riñón	57.7	18.7
Salud General	64.7	22.4

Tabla 3.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según la media de respuestas en las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

Identidad de enfermedad N=23	Media	Desviación estándar
Rechazo	3.1	1.0
Absorción	3.8	.8
Aceptación	2.9	1.1
Enriquecimiento	2.1	.9

Tabla 4.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según niveles de adherencia terapéutica general

Niveles de adherencia terapéutica general	Frecuencia	Porcentaje
Alto	5	21.8
Moderado	16	69.5
Bajo	2	8.7
Total	23	100

Tabla 5.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según niveles de adherencia terapéutica por dimensiones. N=23

Dimensiones de adherencia terapéutica	Niveles (%)
Control de Ingesta de alimentos y medicamentos	Bajo (6,3%)
	Moderado (93,7%)
	Alto (0)
Seguimiento médico conductual	Bajo (0,3%)
	Moderado (83,7)
	Alto (16 %)
Autoeficacia	Bajo (0,7%)
	Moderado (61,3%)
	Alto (38%)

Tabla 6.

Correlaciones de las variables tiempo de diagnóstico, dimensiones de identidad de enfermedad y adherencia terapéutica con la CVRS identificada en pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis. Cálculo de Rho de Spearman

Variables	CVRS
Edad	-.288**
Tiempo de Diagnóstico	-.114*
Absorción	-.62*
Aceptación	.318**
Enriquecimiento	.162**
Adherencia terapéutica	.453**

N=23 **. Correlación muy significativa $p \leq 0.01$; *. Correlación muy significativa $p \leq 0.05$

Referencias bibliográficas

- Alonso, M. R. (2017). Evaluación de un programa de actividad física intradialítica en pacientes con hemodiálisis. . *Nefrología Latinoamericana*, *14(1)*, 4-11.
- Barbero Narbona, E. T. (2016). Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. *Enfermería Nefrológica*, *19(1)*, 29-35.
- Carrillo-Algara, A. J.-R.-M.-Z. (2018). (2018). Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: revisión integrativa. *Enfermería Nefrológica*, *21(4)*, 334-34.
- Chavez, K. D. (2013). Adaptación transcultural del cuestionario KDQOL SF 36 para evaluar calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en Colombia. . *Revista Med*, *21(2)*, 12-17.
- Cockerham, W. C., Hamby, B. W., & Oates, G. R. (2017). The social determinants of chronic disease. *American journal of preventive medicine*, *52(1)*, S5-S12.
- Costa-Requena, G. C. (2017). Adherencia al tratamiento tras trasplante renal como indicador de calidad de la información recibida: estudio longitudinal con un seguimiento de 2 años. . *Revista de Calidad Asistencial*, *32(1)*, , 33-39.
- Cukor, D. V. (2015). Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, *25(1)*, , 196-206.
- Ducharlet, K. S. (2019). Patient-reported outcome measures and their utility in the management of patients with advanced chronic kidney disease. *Nephrology*, *24(8)*, 814-818.
- Goh, Z. S. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges—a narrative review. . *International journal of nephrology and renovascular disease*, *11*, 93.
- Gomes Neto, M. d. (2018). Intradialytic exercise training modalities on physical functioning and health-related quality of life in patients undergoing maintenance hemodialysis: systematic review and meta-analysis. . *Clinical rehabilitation*, *32(9)*, , 1189-1202.
- Gonzalez-Bedat, M. C.-D. (2017). El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. . *Nefrología Latinoamericana*, *14(1)*, 12-21.
- Hamilton, A. J.-S. (2019). Psychosocial Health and Lifestyle Behaviors in Young Adults Receiving Renal Replacement Therapy Compared to the General Population: Findings From the SPEAK Study. . *American Journal of Kidney Diseases*, *73(2)*, , 194-205.
- Huertas-Vieco, M. P.-G. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. . *Nefrología (Madrid)*, *34(6)*, 737-.
- Instituto nacional de estadísticas y censos. (2017). *EN CIFRAS*. Ecuador.
- Iyasere, O. U. (2016). Quality of life and physical function in older patients on dialysis: a comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. . *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *11(3)*, 423-430.
- Jardine, M. J. (2017). A trial of extending hemodialysis hours and quality of life. . *Journal*

- of the American Society of Nephrology, 28(6), 1898-1911.
- Jesky, M. D. (2016). Health-related quality of life impacts mortality but not progression to end-stage renal disease in pre-dialysis chronic kidney disease: a prospective observational study. . *PloS one*, 11(11), e0165675.
- Jiménez, M. D.-U. (2019). Estrategias para aumentar la seguridad del paciente en hemodiálisis: Aplicación del sistema de análisis modal de fallos y efectos (sistema AMFE). . *Nefrología*, 37(6), 608-621
- Kostro, J. Z.-N.-Š. (2016). Quality of life after kidney transplantation: a prospective study. . *Transplantation proceedings (Vol. 48, No. 1)*, pp. 50-54). Elsevier.
- Luyckx, K. B. (2019). Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. *European Journal of Cardiovascular Nursing 2019*, Vol. 18(1) , 4 –6.
- Luyckx, K. O. (2018). Illness identity in young adults with refractory epilepsy. . *Epilepsy & Behavior*, 80,, 48-55.
- Martín Alfonso, L. B. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. . *Revista Cubana de Salud Pública* 41(1), , 33-45.
- Matos, T. G. (2019). 2019). Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. . *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(4), , 666-677.
- Mendoza, H. M. (2016). Impacto de la atención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), , 972.
- McAdams-DeMarco, M. A. (2018). Frailty and postkidney transplant health-related quality of life. . *Transplantation*, 102(2), , 291.
- Morea, J. M. (2008). Conceptualizing and measuring illness self-concept: a comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. . *Research in nursing & health*, 31(6),, 563-575.
- Monsalve Méndez, M. M. (2017). *Calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal* . Caracas: Doctoral dissertation, Universidad Central de Venezuela.
- Murali, K. M. (2020). Breaking the adherence barriers: Strategies to improve treatment adherence in dialysis patients. *Seminars in Dialysis (Vol. 33, No. 6)*,, 475-485. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sdi.12925>
- Narva, A. S. (2016). . Educating patients about CKD: the path to self-management and patient-centered care. . *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(4),, 694-703.
- Naseri-Salahshour, V. S.-N. (2020). The effect of nutritional education program on quality of life and serum electrolytes levels in hemodialysis patients: A single-blind randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103(9), 1774-1779.
- Ocampo, V. F. (2017). Perspectiva espiritual y calidad de vida concerniente a la salud de personas en diálisis. . *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 36(2), 91-98.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Enfermedades no transmisibles: Datos y cifras*. Ginebra: OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Oris, L. L. (2018). Illness identity in adults with a chronic illness. . *Journal of clinical psychology in medical settings*, 1-12.
- Oris, L. R. (2016). Illness identity in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: introducing the illness identity questionnaire. *Diabetes Care*, 39(5),, 757-763.

- Pabst, S. B. (2015). Physician reported adherence to immunosuppressants in renal transplant patients: prevalence, agreement, and correlates. *Journal of psychosomatic research*, 79(5), , 364-371.
- Pecoits-Filho, R. F.-G. (2015). Gonzalez-Bedat, M., Rosa-Diez, G., Burden of disease: prevalence and incidence of ESRD in Latin America. *Clin Nephrol*, 83(7 Suppl 1), , 3-6.
- Perales, C. M. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*, 36(3), *Revista de la Sociedad Española de Nefrología* , 275-282.
- Perales-Montilla, B. N. (2018). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología (Madrid)*, 32(5), 622-630.
- Prujm, M. H. (2014). Determinants of renal tissue oxygenation as measured with BOLD-MRI in chronic kidney disease and hypertension in humans. *PloS one*, 9(4), , 95895.
- Rebollo-Rubio, A. M.-A.-R.-F. (2015). Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. . *Nefrología (Madrid)*, 35(1),, 92-109.
- Rojas-Villegas, Y. R.-M.-S. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. . *Revista de psicología (Santiago)*, 26(1), 65-77.
- Schick-Makaroff, K. M. (2018). Symptoms, Coping, and Quality of Life of People with Chronic Kidney Disease. . *Nephrology Nursing Journal*, 45(4),, 339-355.
- Soria Trujano, R. V. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. . *Alternativas en Psicología* , 14 (20), 89-103.
- Yanos, P. T. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American journal of psychiatric rehabilitation*, 13(2), 73-93.
- Varela, Y. P. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. . *Duazary*, 12(2), , 157-163.
- Vermandel, M., Debruyne, P., Beron, A., Devos, L., Talbot, A., Legrand, JF, ... & Lion, G. (2020). Manejo de pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis durante la terapia con 131I para el cáncer de tiroides. *Diario de Medicina Nuclear*, 61 (8), 1161-1170.
- Wong, C. K. (2019). Health-related quality of life and health utility of Chinese patients undergoing nocturnal home haemodialysis in comparison with other modes of dialysis. . *Nephrology*, 24(6), , 630-63

REVISTA REDEPSIC
ISSN L 2805-1904

Acceso Abierto. Disponible en:
<https://revistas.up.ac.pa/index.php/redepsic>

Volumen 1, Número 2
Julio - Diciembre 2022

Recibido: 23-2-2022

Aceptado: 18-3-2022

pp. 27-49

EFFECTO DE UN CURSO DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD SOCIAL EN UNIVERSITARIOS

Fabio Bethancourt Herrera, Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Panamá E.mail: fabiobethancourt@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1558-3558>

Eloy Santos, Universidad de Panamá. Facultad de Psicología, Departamento de Investigación, Medición y Evaluación Psicológica. Panamá, E.mail: eloyasantosf@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2791-5895>

Fecha de recepción: 23-2-2022

Fecha de aceptación: 18-3-2022

Resumen

El objetivo de la investigación consistió en demostrar el impacto del curso de terapia cognitivo-conductual, de 15 semanas de duración, en la intensidad de la ansiedad social de los estudiantes universitarios participantes. La investigación utilizó un diseño cuasi experimental del tipo pretest-postest con un grupo experimental de 76 estudiantes de IV año del turno diurno y de 31 estudiantes de III año del turno nocturno, los cuales formaron el grupo control, con un seguimiento de tres meses y medio. El Inventario de Ansiedad y de Fobia Social de los investigadores Turner, Beidel, Dancu y Stanley (SPAI) (1989) fue empleado para evaluar el impacto del curso en los niveles de ansiedad total. Los resultados indican que, al finalizar el curso, en la prueba t Student, los estudiantes del grupo experimental disminuyeron la intensidad de su ansiedad total a un grado de 0.05 de significancia, y mantuvieron esta disminución durante el seguimiento. El pretest reveló igualmente que un 26% de los estudiantes del grupo experimental podría estar afectado por el síndrome de ansiedad social. Ese porcentaje bajó a 20% en el postest, lo que justifica la realización de programas de prevención y de intervención a lo largo de la formación del futuro psicólogo.

Palabras Claves: curso, enseñanza, terapia, cognitivo, conductual, ansiedad social, universitarios

Abstract

The aim of this research was to demonstrate the impact of the 15-week cognitive-behavioral therapy course on the intensity of social anxiety in participating university students. The research used a quasi-experimental design of the pretest-posttest type with an experimental group of 76 fourth-year students of the day shift and 31 third-year students of the night shift, who formed the control group, with a follow-up of three and a half months. The Anxiety and Social Phobia Inventory of the researchers Turner, Beidel, Dancu and Stanley (SPAI) (1989) was used to assess the impact of the course on the levels of total anxiety. The results indicate that, at the end of the course, in the t student test, the students of the experimental group decreased the intensity of their total anxiety to a degree of 0.05 of significance, and maintained that decrease during follow-up. The pretest also revealed that 26% of the students in the experimental group could be affected by social anxiety syndrome. That percentage dropped to 20% in the post-test, which justifies the implementation of prevention and intervention programs throughout the training of the future psychologists.

Key words: course, teaching, therapy, cognitive, behavioral, social anxiety, university

Introducción

En el marco de las nuevas tendencias y aportes presentados en el XVII Congreso Latinoamericano de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo-Conductual (CLAMOC PANAMA 2016), celebrado en Panamá del 28 al 30 de julio de 2016, se continua, tres años más tarde, realizando investigaciones dentro de este enfoque. El objetivo de esta investigación consistió en evaluar los efectos del programa de la asignatura Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en los pensamientos y creencias disfuncionales asociados a los niveles de ansiedad social de los estudiantes que participaron en este curso en el 2019.

Planteamiento general del problema

La ansiedad y la depresión se han identificado en las poblaciones de estudiantes de psicología (Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortiz, D. L. S. (2008). Se han realizados programas experimentales para formar a los psicólogos en habilidades sociales, considerando que ésta es una profesión que se basa fundamentalmente en las relaciones interpersonales para lograr su misión. (Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999).

La ansiedad, la depresión, la ira y otras emociones disfuncionales están asociadas al estrés académico y a estrategias de afrontamiento inapropiadas empleadas por estudiantes de psicología frente a los estresores de la vida cotidiana (Cárdenas, M. T. C., Castillo, C. A. G., & Camargo, Y. S. (2011). Las investigaciones realizadas en el 2010, 2014 y 2017, mencionadas anteriormente, reflejan que los estudiantes de psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá también presentan creencias y actitudes irracionales asociadas a niveles de ansiedad que pueden impactar negativamente su funcionamiento. Dentro del curso de terapia cognitiva durante los últimos 10 años se observa el miedo a hablar frente al grupo por temor a recibir una desaprobación, el alto grado de estrés al hacer o contestar preguntas durante una clase, la selección como tema preferido el miedo a hablar en público como tema frecuente por los estudiantes para realizar las prácticas de TCC, entre otras manifestaciones de ansiedad social (comunicación personal 2010-2018).

Por consiguiente, se planteó que los estudiantes al participar en el curso de Terapia Cognitivo-Conductual en el 2019 reducirán sus niveles de ansiedad social, lo cual les facilitará establecer relaciones interpersonales apropiadas inherentes a su formación académica y a su vida cotidiana.

Justificación

La revisión de la literatura sobre la validez de la terapia cognitivo-conductual ha demostrado en los últimos 40 años que ésta ha sido efectiva en promover cambios clínicamente significativos en una variedad de trastornos: depresión (Beck, A.1974), (Beck J. 2002); ansiedad (Ellis, 2003), manejo de la ira (Deffenbacher, J., y Lynch, R, (1998), problemas asociados al estrés, (Rice, P., (1998), trastornos de la personalidad (Beck, A., Freeman, A. Davis, D. y otros, 2004). El 40% de los trabajos de graduación de maestría en psicología clínica de la Universidad de Panamá representa investigaciones dentro del marco de la terapia cognitivo- conductual como intervención para mejorar la salud mental de los participantes (Cañizales, M.A., 2018).

Esta investigación se hace conveniente porque los futuros psicólogos aprenderán, no solo a proporcionar una terapia cognitivo-conductual breve a sus consultantes como parte de su práctica supervisada, sino que les ayudará también a estar libres de creencias y actitudes irracionales. Tendríamos futuros psicólogos más sanos y más competentes para prevenir el efecto del “burnout” o síndrome de agotamiento físico por abuso de empatía, en un futuro. Por otra parte, se convertirían en futuros consultores más eficaces para brindar un servicio en el área de la salud mental. (Ramos, F., Manga, D., & Morán, C. 2005).

Desde la perspectiva de la docencia, se resalta el uso de una metodología constructivista activa, donde, además de observar las clases modelos y guiadas por el profesor en su rol de “terapeuta” y el estudiante en su rol de consultante, se usará una variedad de técnicas de enseñanza que hará que el estudiante tenga que poner en práctica lo aprendido, contribuyendo a buscar cuál de estas técnicas de enseñanza podría tener más peso en los cambios que se quieren lograr. Orejudo Hernández, S., Luisa Herero Nivelá, M., Ramos Gascón, T., Fernández Turrado, T., & Nuño Pérez, J. (2007).

En las últimas dos décadas se ha demostrado que la terapia cognitivo- conductual basada en *mindfulness* o conciencia plena ha sido eficaz en el tratamiento de creencias irracionales, y fortalece la prevención de recaídas. Este programa educativo incluye en el cuarto modulo la práctica de *mindfulness*. (Parra Delgado, M.; Latorre Postigo, J.M. y Montañés Rodríguez, J. (2012), Turner, R. (2016), Jurado, C., (2016).

Evaluar el impacto que tendría para los estudiantes aprender herramientas psicoterapéuticas y aplicárselas a ellos mismos para afrontar su estrés y ansiedad social facilitará formar profesionales más seguros de sí mismos y más saludables (Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999).

Objetivos generales y específicos

Objetivos generales

1. Aportar a la comunidad educativa, comprometida en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la psicoterapia cognitivo-conductual, resultados que provean a los educadores recursos didácticos destinados a promover la prevención de trastornos asociados a la ansiedad

- social en los estudiantes.
2. Resaltar la influencia que tiene el aprendizaje de la terapia cognitivo- conductual en la disminución de las creencias y actitudes irracionales y de la ansiedad social de los estudiantes universitarios.

Objetivos específicos

1. Describir el proceso de enseñanza-aprendizaje del programa educativo del curso de terapia cognitivo-conductual (TCC) aplicado a los estudiantes.
2. Analizar si hay o no diferencias significativas entre la intensidad de la ansiedad social evaluada en los estudiantes matriculados en el curso de TCC antes de empezar el curso y al final del mismo.
3. Analizar si hay o no diferencias significativas entre la ansiedad social evaluada en los estudiantes matriculados en el curso de TCC al final del mismo, respecto al grupo de estudiantes que no participó en el programa (grupo control).
4. Mantener las disminuciones de la intensidad de ansiedad social logradas en el post test N.º 1 tres meses después del final del curso.

Hipótesis de trabajo

Hipótesis de investigación

1. La intensidad de la ansiedad social en los estudiantes del grupo experimental habrá disminuido al terminar el curso de terapia cognitivo-conductual.
2. La intensidad de la ansiedad social de los estudiantes del grupo experimental habrá disminuido con respecto al grupo control al terminar el curso de TCC.
3. La disminución de los puntajes en la ansiedad social de los estudiantes en el post test 1 en el grupo experimental se mantendrá durante el transcurso de los tres meses y medio después de haber terminado el curso de terapia cognitivo-conductual.

5.2 Hipótesis estadística

1. H_i : La intensidad de la ansiedad social en los estudiantes del grupo experimental habrá disminuido significativamente al terminar el curso de terapia cognitivo-conductual.
2. H_0 : No existirán diferencias significativas en la intensidad de la ansiedad social en los estudiantes del grupo experimental al terminar el curso de terapia cognitivo-conductual.
3. H_i La intensidad de la ansiedad social de los estudiantes del grupo experimental habrá disminuido significativamente con respecto al grupo control al terminar el curso de TCC.
4. $5H_0$ No existirán diferencias significativas en la intensidad de la ansiedad social de los estudiantes del grupo experimental con respecto al grupo control al terminar el curso de TCC.
5. H_i Existirán diferencias significativas en la disminución de los puntajes en la ansiedad social de los estudiantes en el post test 1 en el grupo experimental durante el transcurso de los tres meses y medio después de haber terminado el curso de terapia cognitivo-conductual.
6. H_0 No existirán diferencias significativas en la disminución de los puntajes en la ansiedad social de los estudiantes en el post test 1 en el grupo experimental durante

el transcurso de los tres meses y medio después de haber terminado el curso de terapia cognitivo-conductual.

Metodología

Población y selección de la muestra

1. Población

La población, objeto del estudio, está formada por estudiantes de IV año de la carrera de licenciatura en psicología de los turnos matutino y vespertino, matriculados en el curso 430 Terapia Cognitivo-conductual en la Universidad de Panamá.

Los estudiantes del grupo control fueron seleccionados del curso de Estadística Descriptiva de III año del turno nocturno de la Facultad de Psicología, porque los mismos aún no han sido expuestos a la enseñanza de contenidos curriculares provenientes del curso de terapia cognitivo-conductual que se ofrecen en IV año.

Todos los estudiantes participantes en ambos grupos fueron informados sobre los objetivos de la investigación y completaron un protocolo de consentimiento informado para asegurar el cumplimiento de los principios de la bioética.

2. Muestra

Descripción de la muestra

La muestra está compuesta por un total de 107 estudiantes divididos en 3 turnos: matutino, vespertino y nocturno, de los cuales los 76 estudiantes de los turnos diurnos equivalen al grupo experimental, y 31 estudiantes al turno nocturno los cuales formaron el grupo control. Debido a ser una muestra no probabilística la cual refleja la matrícula de los estudiantes en estos cursos al momento de la investigación la misma no es balanceada ya que los grupos no tienen el mismo tamaño.

Selección de la muestra

Criterio de inclusión: estudiantes matriculados en IV año en el curso de 430 terapia cognitivo conductual del turno matutino y vespertino y en III año turno nocturno en curso de psico estadística turno nocturno

Criterio de exclusión: estudiantes matriculados en otros niveles educativos de la licenciatura de psicología no incluidos en la muestra.

Identificación de las variables

1. Variable Independiente:

Definición conceptual

Las bases epistemológicas del programa analítico tienen como base el modelo de terapia cognitivo-conductual, empleado como variable experimental. El mismo se sustentan en la filosofía de los estoicos, como Epicteto, el cual, en su obra Enchiridion, plantea que no son los acontecimientos que le han ocurrido a los estudiantes participantes lo que les perturba, sino la interpretación que ellos hacen de los mismos, (González, 2016). Los objetivos, contenidos, metodología, recursos didácticos y evaluación del programa siguen los principios

básicos del Modelo Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual.

Definición operacional

La variable independiente es el programa analítico del plan de estudio de la carrera de licenciatura denominado Psi 430 Terapia Cognitivo-conductual, elaborado y desarrollado por el investigador dentro de sus funciones docentes con los estudiantes del IV año del turno matutino y vespertino durante 15 semanas del I semestre del año académico 2019.

Los módulos se trabajaron en el siguiente orden de presentación:

Módulo 1: Marco histórico y conceptual de la terapia cognitivo-conductual con una duración de 4 horas teóricas y 2 prácticas: total 6 horas (10 %).

Módulo 2: La evaluación de los problemas psicológicos desde la perspectiva del modelo ABCDE de Albert Ellis. (T.R.E.C.) y el modelo S-PA-R del Doctor Aaron Beck con una duración de 4 horas teóricas y 12 prácticas: 16 horas (25 %).

Módulo 3: La integración del modelo de ABCDE y la Terapia Cognitiva (T.C.): abordaje terapéutico con una duración 6 horas teóricas y de 22 prácticas: 28 horas (43 %).

Módulo 4: La terapia cognitiva basada en la conciencia plena (*mindfulness*) 3 horas teóricas y 11 horas practicas: 14 horas (22 %).

El programa analítico se realizó en los salones de clase # 304 y #301, y las practicas se llevaron a cabo en los salones indicados, en el pasillo de la Facultad y en los jardines del campus Harmodio Arias Madrid en los turnos matutino y vespertino, como también en los escenarios naturales seleccionados por los estudiantes para hacer las tareas asignadas en el curso.

2. Variable dependiente:

Definición conceptual: La ansiedad social, definida como un trastorno mental, presenta, dentro del marco del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM 5) de la Asociación de Psiquiatría Americana (2014), los siguientes síntomas:

1. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.
2. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente.
3. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
4. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
5. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
6. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
7. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
8. Se aclara que estos síntomas no se pueden atribuir a uso de sustancia, ni a una enfermedad médica u otro trastorno mental.

Por consiguiente, el marco conceptual de la variable dependiente es el conjunto de síntomas del trastorno de ansiedad social, indicado por el DSM 5.

Definición operacional

Se denomina variable dependiente a las respuestas obtenidas por los estudiantes en el Inventario de Ansiedad y Fobia Social de los investigadores Turner, Beidel, Dancu y Stanley (SPAI) (1989).

Instrumento

Se empleó el inventario de ansiedad y fobia social (SPAI) (por su sigla en inglés) de los investigadores Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989) que tiene 45 ítems que miden los trastornos de fobia social y agorafobia. Se evalúa ambos trastornos a través de dos sub escalas. La sub escala de fobia social contiene 32 ítems, 17 de los cuales miden ansiedad social en cuatro contextos: presencia de extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto y gente en general. La subescala de agorafobia consta de 13 ítems. Esta escala tiene como objetivo discriminar el malestar y la ansiedad que ocurre cuando una persona esta alrededor de gente; pero este malestar no se da por el temor a ser juzgado, rechazado y humillado como es el caso en la ansiedad social, sino es un temor a no poder escapar del lugar, como sucede en los casos de la persona que padecen de agorafobia.

Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 puntos. (1: Nunca; 2: Muy raramente; 3: Raramente; 4: A veces; 5: Bastante vez; 6: Muchas veces y 7: Siempre.) La prueba permite un diagnóstico diferencial entre fobia social y agorafobia. Se puede obtener una puntuación denominada "diferencia", la cual se obtiene de restar los valores de la sub escala de fobia social y agorafobia. Para los efectos de la investigación se le denomina ansiedad total a esta puntuación de diferencias la cual la empleó para examinar el impacto del programa en los estudiantes, conjuntamente con las puntuaciones de fobia social y agorafobia.

Puntuaciones encima de los 60 punto en la diferencia o ansiedad total puede discriminar a personas con posible fobia social de aquellas que no tienen(Turner y otros, 1989). Sin embargo, para efecto de esta investigación dentro de un marco educativo y didáctico no se pretende realizar diagnósticos psicopatológicos sobre todo considerando que para realizar tales diagnósticos hay que realizar una evaluación completa a cada estudiante con posible fobia social lo cual iba más allá de los objetivos de la investigación. No obstante, se les indicaba a todos los estudiantes que tuvieron evaluaciones arriba de los 60 puntos a igual a aquellos que tenía algunos ítems muy altos en ansiedad social que buscaran medios para trabajar en estas características que no eran compatible con el ejercicio pleno de la profesión de psicología y tampoco para gozar de una salud integral.

Se seleccionó este inventario por la validez y confiabilidad que presenta el mismo. Se ha encontrado alta fiabilidad test-retes y consistencia interna para las sub escalas de fobia social y agorafobia. Para la subescala de Fobia social la fiabilidad ha sido de un alfa de Cronbach que va de 0,94 a 0,96 y para la subescala de agorafobia, la fiabilidad test-retest, en un lapso de 2 semanas, con estudiantes universitarios, ha sido de 0,86 (Turner, Beidel et al., 1989), (Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iruña, M. J., & Rosa, A. I. (2003). Igualmente, el SPAI ha sido reconocido por diversos trabajos como una medida apropiada y sensible para detectar cambios terapéuticos. (Beidel, Turner y Cooley, 1993; Cox et al., 1998; Ries et al., 1998).

Tipo y diseño de investigación

1. Tipo de investigación: Se considera una investigación tipo explicativa por suponer que el programa del curso constituye una intervención psico-educativa responsable de los cambios en los niveles de ansiedad social de los participantes.

2. Diseño de investigación

La investigación utilizó un diseño cuasi experimental del tipo pretest-postes con grupo experimental con un seguimiento de tres meses y medio y un grupo control no equivalente. Los grupos constituyen entidades ya formadas, alumnos matriculados en el curso de Terapia cognitivo conductuales asignados al grupo experimental y los matriculados en el curso de psico estadística asignados al grupo control.

Procedimiento

Fase I: Aplicación del pre test y del Programa Educativo del Curso Psicología 430 Terapia Cognitiva Conductual:

Durante la primera semana de clases del año académico 2019 se explicó los objetivos de la investigación y se entregó el programa analítico del curso 430 Terapia cognitivo-conductual a los estudiantes participantes del grupo experimental. Además, se solicitó a los estudiantes de ambos grupos, experimentales y control, que completaran el formulario de consentimiento informado y contestaran el Inventario de Ansiedad y Fobia Social de los investigadores Turner, Beidel, Dancu y Stanley (SPAI) (1989). A partir de la segunda semana de clase se inició el proceso enseñanza-aprendizaje mediante el desarrollo del programa analítico del curso con sus cuatro módulos con una duración de 15 semanas.

Fase II Aplicación de la posprueba al terminar el curso: Al finalizar el curso se aplicó nuevamente el cuestionario SPAI.

Fase III de Seguimiento: Aplicación nuevamente de SPAI a los estudiantes del grupo experimental durante el II semestre 2019, 3 meses y medio después de haber terminado el programa académico.

Consideraciones éticas

La presente investigación considero los siguientes aspectos dentro del marco del respeto de los principios de la bioética:

1. Todos los sujetos matriculados en el curso recibieron en la primera semana de clase el programa académico con su respectivo cronograma y la información pertinente a la evaluación SPAI como parte de la evaluación formativa del curso.
2. Dentro del marco de la investigación evaluativa del curso se le entrego un contrato de consentimiento informado a ambos grupos de estudiantes, grupo experimental y control el cual contaba con tres partes:
 - a) Definición del consentimiento informado
 - b) Condiciones dentro las cuales se realiza el consentimiento informado
 - c) Beneficios y riesgos de la participación de las prácticas en el caso de los grupos experimentales

Finalmente, los estudiantes participantes firmaron con su nombre, número de cédula y firma. (Ver Anexo: Formulario de Contrato de Consentimiento Informado)

Se aclaró en el grupo experimental, tanto en el consentimiento informado como en las guías

para realizar las practicas dentro del aula, como fuera de ella, que los problemas o situaciones objeto de aplicación de las técnicas de intervención cognitivos -conductuales respondía a una actividad estrictamente didáctica y debería mantenerse el respeto de la confidencialidad de los temas personales traído voluntariamente y practicados en el salón de clase. Para asegurar que la naturaleza y dimensión del problema seleccionado por los estudiantes respondieran a los fines didácticos, se examinó y filtro cinco problemas presentados por cada uno de los participantes y se selección solo aquellos que facilitaban que el trabajo practico dentro del encuadre del curso.

El investigador principal, quien es el mismo que dirige la investigación, aclaró que su papel no era de actuar como consultor terapeuta de los problemas presentados dentro de las sesiones de prácticas individuales realizadas.

El profesor solo empleó situaciones que los estudiantes trajeron a la clase para modelar como se realizan las prácticas de TCC frente a toda la clase.

Los estudiantes seleccionaron a otro estudiante del mismo salón de clase y formaron parejas. Cada pareja practico, como consultor y como consultante y viceversa, las intervenciones y técnicas básicas de terapia cognitivo conductual en un problema de su compañero aprobado por el profesor. Es dentro de esta relación que posiblemente podrían ocurrir un efecto de mayor magnitud de las intervenciones donde el estudiante en su rol de practicante terapeuta y no necesariamente el profesor constituye la fuente principal del tratamiento.

El programa del curso constituyó, por un lado, la variable independiente y, por otro lado, también es una programación didáctica que está establecida dentro de la malla curricular obligatoria a todos los licenciados de psicología, de manera tal, que los estudiantes tienen la opción de mantenerse en el curso al matricularse o salirse sea por mecanismo de retiro e inclusión y matricular el mismo curso que se enseña en horario nocturno.

Los estudiantes del grupo control al estar matriculados en III año y no poder matricular el curso 430 de terapia cognitivo conductual porque está a nivel de cuarto año no reciben los beneficios del mismo, o sea, no podían en ese año escolar tener acceso al curso. Sin embargo, una vez que matriculen el curso, en el año siguiente, recibirían los beneficios del curso y el programa tal como lo recibieron los participantes en el grupo experimental. Así, se aseguró que todos los estudiantes, independientemente de sus puntuaciones en el SPAI, pudieran recibir el beneficio de participar en el curso de TCC, variable experimental en esta investigación.

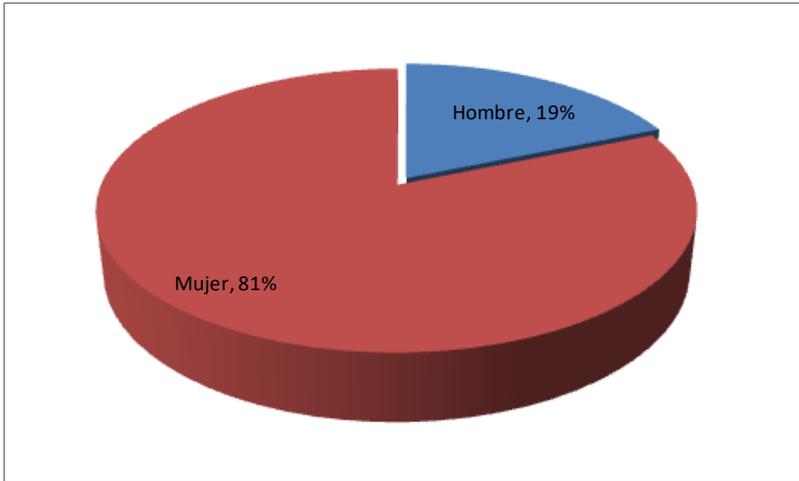
RESULTADOS

Tabla N.1 Distribución de la muestra según sexo

	Frecuencia	%
Hombre	20	19%
Mujer	87	81%
Total	107	100%

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Grafica N. 1 distribución de la muestra según sexo



Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

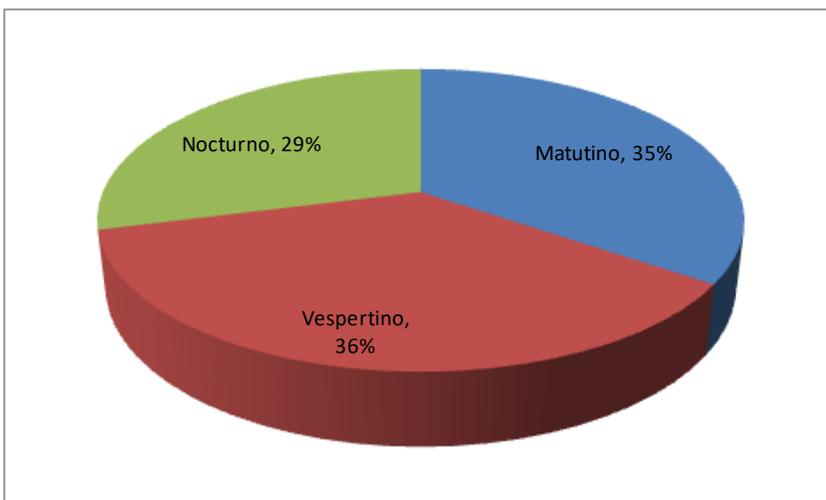
Como se puede observar en la Tabla N.1 y la Grafica N.1, la muestra está compuesta por 87 mujeres que representan el 81% y 20 hombres que representan el 19%. Si bien la muestra no es balanceada de acuerdo al sexo biológico, si representa proporcionalmente la distribución que se tiene en la matrícula de la Facultad de Psicología.

Tabla N.2 Distribución de la muestra según turno que asisten

	Frecuencia	%
Matutino	37	35%
Vespertino	39	36%
Nocturno	31	29%
Total	107	100%

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Grafica N.2 Distribución de la muestra según turno que asisten



Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En lo que se refiere al turno al que asisten los estudiantes se puede apreciar en la Tabla N.2 y Grafica N.2 que el turno matutino está compuesto por 37 alumnos, que representan el 35% de la muestra, del turno vespertino asisten regularmente 39 estudiantes que representan el 36% de la muestra y por último los estudiantes que asisten al turno nocturno son 31 lo que representa el 29% del total de la muestra estudiada.

Tabla N.3 Distribución de la muestra según grupo etario

	Frecuencia	%
20 o menos	13	12%
21 a 25	79	74%
Más de 25	15	14%
Total	107	100%

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Gráfico N.3 Distribución de la muestra según grupo etario



Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

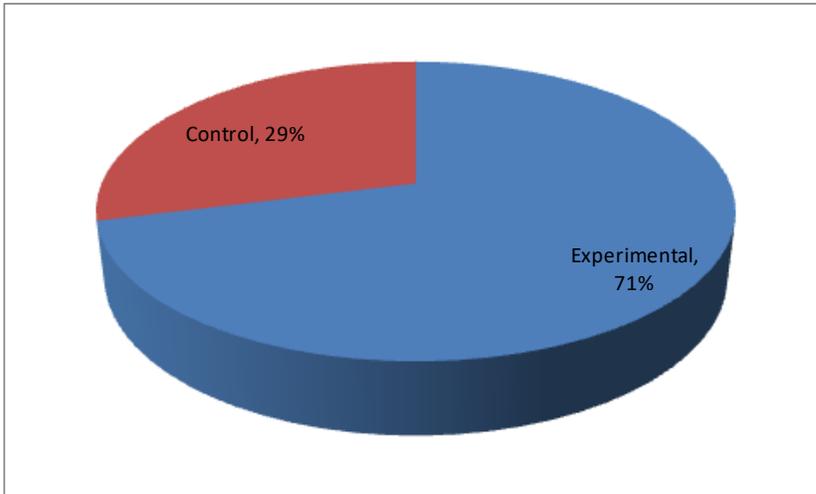
Las Tabla N.3 y la Grafica N. 3 muestra 13 estudiantes en edades de 20 años o menos lo que representa el 12% de la muestra, en edades de 21 a 25 vamos a encontrar la mayoría de la muestra, ya que en este rango se ubican 79 estudiantes lo que representa el 74% de la muestra, es decir que 3 de cada 4 alumnos tienen actualmente este rango de edad. En el último grupo etario de más de 25 años se ubicaron 15 sujetos, lo que representa el 14% de la muestra, los cuales asisten al turno nocturno.

Tabla N.4 Distribución de la muestra según grupo de investigación.

	Frecuencia	%
Experimental	76	71%
Control	31	29%
Total	107	100%

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Gráfico N.4 Distribución de la muestra según grupo



Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Como se ha mencionado anteriormente la muestra no es balanceada en cuanto al tamaño de los grupos experimental y control. Así se puede observar en la Tabla N.4 y Grafica N.4 que el grupo experimental está compuesto por 76 estudiantes lo que representa el 71% de la muestra, mientras que el grupo de control está formado por 31 estudiantes lo que representa el 29% de la muestra.

Tabla N.5 Medidas descriptivas de edad según grupo

Edad	Experimental	Control
Media	21.93	26.90
Mediana	21.00	24.00
Varianza	8.41	75.96
Desviación estándar	2.90	8.72

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

A continuación, se presenta la tabla número 5 la cual hace referencia a la variable edad y algunos estadísticos descriptivos, en donde se puede observar que la media de 26.90 del grupo de control es mayor a la media de 21.93 del grupo experimental, puede verse también en la varianza y desviación estándar que en el grupo de control hay mayor variación respecto a la media que en el grupo experimental. Esto se debe, como ya señalamos antes que el grupo de control es el grupo de turno nocturno, en donde la mayoría de los estudiantes trabajan, y

los años de estudio para culminar la carrera es 2 años mayor que los turnos diurnos y por ello los alumnos que asisten a clase por las noches tienden a tener más edad que los asisten de día.

Tabla N.6 Medidas descriptivas de Fobia Social en pretest vs postest según grupo de investigación

Puntuación Fobia social	Experimental		Control	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Media	66.55	52.38	51.80	51.93
Mediana	62.00	43.70	45.32	46.21
Varianza	1023.02	1048.65	1442.92	1432.81
Desviación estándar	31.98	32.38	37.99	37.85

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En la tabla número seis puede observarse como fue el comportamiento de los grupos en lo que se refiere a la intensidad de fobia social en el pretest y postest. En donde el grupo experimental presentó una media aritmética de 66.55 de fobia social en el pretest y una media aritmética de 52.38 en el postest, lo que representa una disminución de 14.17. En contraste en el grupo de control, en el pretest obtuvo una media aritmética de 51.80 de fobia social y una media aritmética de 51.93 en el postest con una diferencia de 0.13 entre pre y postest.

Tabla N.7 Medidas descriptivas de Agorafobia en pretest vs postest según grupo

Puntuación Agorafobia	Experimental		Control	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Media	19.01	14.31	14.65	13.97
Mediana	17.50	11.50	14.00	14.00
Varianza	225.45	108.56	86.84	76.43
Desviación estándar	15.02	10.42	9.32	8.74

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En lo que respecta a la media aritmética obtenida en agorafobia vemos en la tabla 7 que el grupo experimental obtuvo una reducción de 4.69 del pretest al postest, ya que previo a la aplicación del tratamiento mantenía una puntuación promedio de 19.01 y luego del tratamiento bajo a 14.31 mientras que el grupo de control se mantuvo los niveles de agorafobia solo obteniendo una diferencia de 0.68 entre el pretest y el postest.

Tabla N.8 Medidas descriptivas de ansiedad social total en pretest vs postest según grupo

	Experimental		Control	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
Total Ansiedad Social				
Media	47.55	38.07	37.16	37.97
Mediana	44.50	34.94	29.55	31.13
Varianza	971.80	806.78	1089.81	1111.25
Desviación estándar	31.17	28.40	33.01	33.34

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En cuanto a lo que refiere a la media aritmética para la variable ansiedad social total en grupo experimental, bajo de 47.55 en el pretest a 38.07 en el posttest, una diferencia de más de 9 puntos, mientras que el grupo de control obtuvo una diferencia menor a uno, pues paso de 37.16 en el pretest a 37.97 en el posttest.

Tabla N.9 Prueba de hipótesis t de Student para muestras relacionadas grupo experimental

	Diferencias de medias	t	gl	Sig.
Puntuación pretest Fobia social - Puntuación posttest Fobia social	14.17250	4.669	75	0.000
Puntuación pretest Agorafobia - Puntuación posttest Agorafobia	4.69158	2.780	75	0.003
Total Ansiedad Social Pretest - Total Ansiedad Social Posttest	9.48092	3.045	75	0.002

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En la tabla número 9 podemos ver que los niveles de significancia unilateral son menores al nivel de significancia de .05 seleccionado para esta investigación. Por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis de investigación que dice que después del tratamiento los niveles de fobia social agorafobia y Ansiedad social total son significativamente menores.

Tabla N.10 Prueba de hipótesis t de Student para muestras relacionadas grupo Control

	Diferencias de medias	t	gl	Sig.
Puntuación pretest Fobia social - Puntuación posttest Fobia social	-.13323	-.329	30	.372
Puntuación pretest Agorafobia - Puntuación posttest Agorafobia	.22581	1.366	30	.091
Total Ansiedad Total Pretest - Total Ansiedad total Posttest	-.81065	-1.927	30	.064

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

Al analizar las diferencias de medias del grupo de control para determinar si sus puntuaciones en fobia social, agorafobia y de ansiedad social total, con la prueba t de Student para muestras relacionadas los resultados indican los niveles de significancia unilateral son mayores al nivel de significancia de .05 seleccionado para esta investigación. De esta manera, los resultados no permiten rechazar la hipótesis nula y concluye que las diferencias entre pretest y posttest del grupo de control no son estadísticamente significativas.

Tabla N.11 Prueba de hipótesis t de Student para muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		t	gl	Sig.	Diferencia de medias
		F	Sig.				
Diferencia experimental	Se asumen varianzas iguales	27.940	.000	-2.102	105	.038	-10.29157
	No se asumen varianzas iguales			-3.275	77.699	.002	-10.29157

Fuente: Bethancourt y Santos, 2019

En la tabla número 11 se muestra los resultados de la comparación de las diferencias del pretest y posttest del grupo experimental con el grupo control mediante la prueba t de Student. La prueba de Levene indica que el nivel de significancia para asumir varianzas iguales es menos que .05 por consiguiente se acepta tener muestras independientes de varianzas no iguales. Igualmente, el análisis de la significancia unilateral reporta que igual .002, lo cual es mucho menor que el nivel de significancia estadística de .05. Así, los resultados indican que las diferencias entre el grupo experimental y el grupo de control son estadísticamente significativas, por lo que de acuerdo a la evidencia muestral existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Tabla N.12: Diferencia en las medias aritméticas de Ansiedad Social, Agorafobia y Fobia Social en el posttest y el seguimiento en el grupo experimental.

	Postest	Seguimiento	Diferencias
Fobia Social	43.12	39.06	-4.07
Agorafobia	13.91	12.17	-1.75
Ansiedad Social Total	29.21	26.89	-2.32

Se identifica una leve disminución en las tres esferas de la Ansiedad Social desde la aplicación del posttest hasta el seguimiento que se llevó a cabo tres meses después. Se resalta que por recoger los datos casi al final del II semestre solo se pudieron evaluar en esta fase de seguimiento de tres meses después del posttest a 36 estudiantes de los 76 que se midieron en el posttest.

Tabla N.13 Prueba de hipótesis de muestras relacionadas para determinar diferencias significativas en el grupo experimental en el posttest vs el seguimiento

	Diferencias emparejadas	t	gl	Sig. (bilateral)	Sig estadística	Decisión
Fobia Social	4.06778	1.268	35	.213	0.05	Acepto Ho
Agorafobia	1.74528	1.188	35	.243	0.05	Acepto Ho
Ansiedad Social Total	2.32250	.806	35	.426	0.05	Acepto Ho

La prueba de hipótesis muestra que los niveles de Ansiedad Social se mantienen constante, sin cambios significativos con un nivel de significancia estadística de 0.05. durante los tres meses posteriores al postest. Esto lo podemos deducir de la prueba t de Student, en donde la significancia bilateral de 0.42 es muy superior al nivel de significancia de 0.05, por lo que no podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad en los niveles de fobia social entre el postest y el postest de seguimiento. Con lo cual se prueba nuestra hipótesis de investigación, en donde señalamos que estos niveles de fobia social se mantendrían sin cambios pasados tres meses y medio.

Tabla N. 14

Numero de sujetos en el grupo experimental que obtuvo puntuaciones totales arriba y por debajo de los 60 puntos en ansiedad total el SPAI.

CRITERIO	Grupo experimental			
	PRETEST		POSTEST	
MENOS DE 60 PUNTOS	56	73%	61	80%
MAS DE 60 PUNTOS	20	26%	15	20%

A pesar que el presente estudio está dentro de un marco de análisis global, se reporta en la Tabla N.14 la distribución de los estudiantes que están con puntuaciones por arriba y por debajo de 60 lo cual se considera por los autores de la prueba como puntuación que puede distinguir entre los que podría padecer de fobia social de los que no la tienen en el pre test y post test. De esta manera se pudo identificar que el 26 % de estudiantes al momento del pretest estarían en riesgo de tener una intensidad de fobia social cercana a padecer el trastorno de ansiedad social. Igualmente, se señala que al final del curso, hay un 20 % de estudiantes que podrían presentar el síndrome de ansiedad social como trastornos psicológicos. Dentro del marco del respecto de los principios de bioética de la investigación el investigador invitó a los estudiantes a que buscaran ayuda profesional por haber tenido altas puntuaciones en ansiedad social.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación confirman los reportados en las investigaciones realizadas previamente en la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá, (Bethancourt, (2008-2010), Bethancourt, (2016), Bethancourt, (2011), Bethancourt, (2017) y en otros escenarios internacionales (Gómez, L. (2016). Por un lado, este trabajo identificó la presencia de estudiantes con indicadores de ansiedad social, y actitudes irracionales, y, por otro lado, se demostró que enseñar un curso académico universitario de terapia cognitivo conductual impacta favorablemente en disminuir creencias y actitudes irracionales asociadas a niveles de ansiedad social

El pretest revelo que un 26% y un 20% en el postest de los estudiantes del grupo experimental

podrían estar afectado por el síndrome de la ansiedad social lo cual representa un llamado a la comunidad docente de la facultad de psicología de establecer desde primer año programas preventivos y de intervención a los que ingresan con estos rasgos y comportamientos que no son compatibles con una carrera como la psicología que involucra en su propia naturaleza las relaciones interpersonal como base en la comunicación y las competencias para brindar servicios psicológicos a la comunidad ((Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999).

Conclusiones

Impartir un curso de un modelo terapéutico y al mismo tiempo emplearlo como programa de intervención en un medio natural constituye una innovación para cursos de psicoterapia o contenidos dirigidos a cambiar patrones de conducta en otros. Paralelamente, realizar una experiencia docentes donde los estudiantes sean evaluados a nivel formativo con instrumentos validados para medir psicológicamente el influencia del programa del curso en creencias, actitudes y emociones desde el inicio al final y con un seguimiento de tres meses y medio constituye un ejemplo que en medios naturales educativos se puede hacer investigación aplicada resaltando un enfoque de evaluación integral que supera la tradicional evaluación centradas en competencias solamente cognoscitiva o de habilidades. Pacheco, C. R. y Morales, J.M. (1997), Orejudo Hernández, S., Luisa Herero Nivelá, M., Ramos Gascón, T., Fernández Turrado, T., & Nuño Pérez, J. (2007).

Un enfoque multifactorial se hace meritorio para un estudio futuro que permita comprender que porcentaje de las variable metodológicas empleadas en la ejecución del curso podría identificarse como responsable en reducir significativamente las intensidades de la puntuaciones de la ansiedad social: el modelamiento del profesor, la información misma del modelo de terapia cognitivo conductual sobre cómo se origina y mantiene la fobia social, la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitivas con sus debates inspirado en los modelos de los Doctores Albert Ellis y Aaron Beck, la práctica de la técnicas de imaginación racional emotiva, las tareas de exposición y prevención de la respuesta fóbica social entre otras. Öst, L. G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012), Vujaklija, A., Hren, D., Sambunjak, D., Vodopivec, I., Ivaniš, A., Marušić, A., & Marušić, M. (2010)

Los resultados encontrados en esta investigación sirven de base junto con hallazgos a nivel internacional (Robles García, R., Espinosa Flores, R. A., Padilla Gutiérrez, A. C., Álvarez Rojas, M. A., & Páez Agraz, F. (2008), Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999)) para sustentar que los programa de formación de psicólogos incluyan la enseñanza de cursos sustentados en el modelo de terapia cognitivo conductual y sus versiones por su papel en el desarrollo de conocimientos y un bienestar psicológico como preventivo en la reducción de indicadores de ansiedad social y otros trastornos psicológicos .(Cárdenas, M. T. C., Castillo, C. A. G., & Camargo, Y. S. (2011). Cañizales, M.A. (2018)

Se reconoce limitaciones en esta investigación que ameritan enumerarse con el fin de aceptar que los resultados de la misma tienen validez para nuestra muestra sin poder hacer generalizaciones a otras poblaciones similares: comparar los resultados obtenidos con una muestra desbalanceada de 76 estudiantes en el grupo experimental frente a 31 estudiantes en el grupo control; el experimentador era el profesor del grupo experimental; se hizo solo grabación de audio de la sesión entregada para en el informe individual de cada estudiante

participante; se brindó psicoeducación en el curso a todos los estudiantes consultantes con y sin puntuaciones altas en la ansiedad social, sin separar los grupos por razón de tener grupos de estudiantes de un curso ya estructurado en la matrícula por el sistema académico de la facultad, entre otros.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, C. (2012) Estudio descriptivo de las actitudes disfuncionales en los estudiantes del turno vespertino de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología.
- Beck, J. (1995) *Cognitive therapy: Basics and Beyond* New York: The Guilford Press.
- Beck, A., Freeman, A. Davis, D. y otros (2004). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Edicions Paidós Ibérica S.A.
- Beck, A.T. (1972). *Measuring depression: The Depression Inventory*. End T. Williams, M.M. Kats & J.A. Sheild. *Recent Advances Psychobiology Depressed Illness*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Beck, A.T. (1974). *The development of depression: A cognitive model*. En R.J.
- Beck, Judith (2002) *Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Beidel, D. e., Turner, S. M. & Cooley, M. R (1993). *Assessing reliability and clinically significant change in social phobia: Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory*. *Behavior Research and Therapy*; 31, 331-337
- Bethancourt, F. (2008-2010) *Informes Estadísticos Semestrales Clínica Psicológica y Desarrollo Humano Años 2008-2014 y 2017 en Archivos de la Clínica Psicológica de la Universidad de Panamá*. Documentos no publicados, de uso interno.
- Bethancourt, F. (2016) *Reducción de creencias irracionales en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá*. Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016 (VIP 02-18-00-01-2014-05).
- Bethancourt, F. (2011) *Efecto del Curso Psicología 430 Terapia Cognitivo-conductual, en las actitudes disfuncionales de los estudiantes del IV año de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá*, (VIP 02-18-00-01-2011-01).
- Bethancourt, F. (2017) *Informe de progreso N.º 1 y N.º 2: Efecto del curso de terapia cognitivo-conductual y el aprendizaje de *mindfulness* en las creencias y actitudes irracionales de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá (VIP: 02-18-01-2017-01)*.
- CABALLO, Vicente E., et al. *Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos*. *Psicología Conductual*, 2003, vol. 11, no 3, p. 539-562.
- Calvete Z., E. Y Cardeñoso R., O (1999). *Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada*. *Anales de psicología*, vol. 15, nº 2, 179-190 España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Calvete Zumalde E. y Cardeñoso Ramírez, O. (2001) *Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos*. *Psicothema*, 13(1), 95-100.
- Cañizales, M.A. (2018) *Porcentaje de tesis de maestría sobre el Modelo Cognitivo-Conductual 2001-2018, realizada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá* Psic-Dip-219-2018.
- Cárdenas, M. T. C., Castillo, C. A. G., & Camargo, Y. S. (2011). *Relación entre niveles de*

ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4 (1), 50-57.

Chaves Castaño, L. y Quiceno Pérez, N. (2010). Validación de cuestionario de creencias irracionales (TCI) en población colombiana. *Revista de Psicología*: vol.2 N.º 3 enero-julio Universidad de Antioquia.

CiteULike Perfectionism, Hopelessness, and Suicide Ideation Revisions to Diathesis-Stress and Specific Vulnerability Models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, Vol. 25, No. 4. (1 December 2007), pp. 279-319.

Cox, B. J., Ross, L., Swenson, R P. & Drenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22,285-297.

Davidson, R. J.; Kabat-Zinn, J.; Schumacher, Rosenkranz, M.; et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65 pág. 567-570. 2003.

DEFFENBACHER, J.; LYNCH, R. Intervención cognitivo-conductual para el control de ira. V. *Caballo, Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, 1998, vol. 2.

Di Giuseppe R. y Miller, N. (1977) Una reseña de los estudios del resultado de la terapia racional emotiva en Ellis, A. y Grieger, R. (2003) *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Editorial Desclés de Brouwer, S.A.

Del Prette, A., Del Prette, Z. A., & Barreto, M. C. M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología conductual*, 7(1), 27-47.

Ellis, A. y Grieger, R. (2003) *Manual de Terapia Racional-Emotiva Vol. I*. Bilbao: Editorial Desclés de Brouwer, S.A.

Ellis Ormrod, J. (2005) *Aprendizaje Humano*. Madrid: Pearson/Prentice Hall.

Gomar, M., Mandil, J, y Bunge, E. (2012) *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Gómez, L. (2016) Creencias irracionales y manifestaciones psicopatológicas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de El Salvador. Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016.

González Serrano, C. J: (2016) El estoicismo de Epicteto: la búsqueda de la libertad. <https://elvuelodelalechuga.com/2016/04/25/el-estoicismo...epicteto/ comment-page-1>.

Heman C. A. y Niebler, R. (2011). Estructura factorial de la adaptación mexicana de la Escala de actitudes y creencias. *Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia*, 4, 19-25.

Hernández Sampieri, Fernández Collado, C., Baptista, Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación México: McGraw-Hill Interamericana de México, S.A.*

Hopkins,K., Hopkins,B. y Gene G., (1997) *Estadística Básica para las ciencias sociales y del comportamiento*. México: Prentice Hall Hispano-Americans.

Kabat-Zinn (2013) *Full Catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Bantam Books.

Kabat-Zinn, J. (2012) *Mindfulness for beginners*. Colorado: Sounds True, Inc

Jones, R.G. (1968) A factor measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates. Doctoral Dissertation.Texas Tecnology College.

Jurado, C. (2016) Mi vivencia con mindfulness y su impacto en mi crecimiento personal y efectividad terapéutica. Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016

- Koplik, E.K., & Devito, A.J. (1986). Problems of freshmen: Comparison of classes of 1976 and 1986. *Journal of College Student Personnel*, 27, 124-131.
- Kovacs, M. (1979). Treating depressive disorders: The efficacy of behavior and cognitive therapies. *Behavior Modification*, 3, 496-517.
- Lega, L., Caballo V. y Ellis, A. (1997). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid: Siglo XXI. Capítulos 2: Aspectos Teóricos generales de la TREC.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial medica panamericana, 2014.a
- Molina, A. (2016) Creencias irracionales y autoestima en estudiantes universitarios de El Salvador. Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016.
- Nava, M.; Castillo, C.A.; Littlewood, H. F.; Heman, A.; y Lega, L. (2013). Estructura factorial de la “escala de actitudes y creencias”: réplica del estudio de Heman y Niebler: The factorial structure of the Scale of Attitudes and Beliefs: a replication of Heman and Niebler’s study. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21, 3, 513-525. ISSN: 1132-9483 / JCR 2012: 0.800.
- Orejudo Hernández, S., Luisa Herero Nivelá, M., Ramos Gascón, T., Fernández Turrado, T., & Nuño Pérez, J. (2007). Evolución del miedo a hablar en público en estudiantes universitarios. Predictores de cambio a lo largo de un curso académico. *Ansiedad y Estrés*, 13(1).
- Öst, L. G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy*, 43(1), 160-173.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789411000608>
- Pachego, C. R. y Morales, J.M. (1997) El efecto del adiestramiento cognoscitivo-conductual grupal sobre la depresión leve y las destrezas para la vida en jóvenes universitarios de primer año de una universidad privada de Puerto Rico. *Cuaderno de Investigación en la Educación*. Número 11.
- Parra Delgado, M.; Latorre Postigo, J.M. y Montañés Rodríguez, J. (2012). Terapia Cognitiva basada en Mindfulness y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con fibromialgia. *Revista Ansiedad y Estrés*, Vol. 18 (2-3), 141-154.
- Prieto Cuellar, M., Vera Guerrero, M., Pérez Marfil, M. y Ramírez Ucles, I. (2007) Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con creencias irracionales cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad. *Clínica y Salud [online]*. 2007, vol.18, n.2, pp. 203-219. ISSN 1130-5274.
- Ramos, F. Manga, D. y Moran, C. (2005). Escala de Cansancio Emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas y asociación. *INTERPSIQUIS* <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/20478/>
- Ranal Guevara, M. (1974). Comparación de la depresión como función de la clase social. Río Piedras, Puerto Rico: Departamento de Sicología, Universidad de Puerto Rico, Tesis no publicada.
- Rehm, L.P., Fuchs, C. Z., Roth, D.M., Kornblith, S.J., & Romano, J.M. (1979). A comparison of self-control and assertion skills treatments on depression. *Behavior Therapy*, 10, 429-442.
- Rich, A.R. & Bonner, R. L. (1987). Interpersonal moderators of depression among college students. *Journal of College Personnel* 337-342.
- Rich, A.R., & Scovel, M. (1987). Causes of depression in college students: A cross-lagged panel correlation analysis. *Psychological Reports*: 60, 27-30.
- Rice, P. (1998) El afrontamiento del estrés: estrategias cognitivo-conductuales

En Caballo, V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. España: Siglo XXI, Vol. 2.

Ries, B. J. McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E. & Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal instruments. *Behavior Research and Therapy*, 36.

Robles García, R., Espinosa Flores, R. A., Padilla Gutiérrez, A. C., Álvarez Rojas, M. A., & Páez Agraz, F. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2).

Smith, W. R. (1975.) Frequency of depression in freshman year as measured in a random sample by a retrospective version of the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 43, 746-747.

Turner, R. (2016) Conferencia presentada en CLAMOC Panamá 2016.

Turner, S. M., Beidel, D. c., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). And empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40

Tynan, A. (2004) The Sequel to pushing the boat out. LTSN-01 (the learning and teaching support network subject center for medical, dentistry, veterinary medicine.

Velásquez Santiago, J. M. (2002). Creencias irracionales y ansiedad en ingresantes de la Universidad Nacional de Ingeniería. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%28Vel%C3%A1squez+Santiago%2C+J.+M.+%282002%29&btnG=

Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortiz, D. L. S. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.

Vujaklija, A., Hren, D., Sambunjak, D., Vodopivec, I., Ivaniš, A., Marušić, A., & Marušić, M. (2010). Can teaching research methodology influence students' attitude toward science? Cohort study and nonrandomized trial in a single medical school. *Journal of Investigative Medicine*, 58(2), 282-286. <https://jim.bmj.com/content/58/2/282.abstract>

Weissman, A. & Beck, A. (1978) Comunicación presentada en la reunión anual de la Asociación for the Advancement for Behavior Therapy.Chicago.

Williams M. y Penman D. (2014) Mindfulness: Un plan de 8 semanas para encontrar la paz en un mundo frenético. México: Paidós

ANEXO

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CÁTEDRA DE PSICOLOGÍA 430 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL IV AÑO
TURNO

CONTRATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

El profesor Fabio Bethancourt H. responsable de la cátedra de psicología 430 Terapia Cognitivo-Conductual correspondiente al IV año del Programa de la licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá solicita el presente consentimiento informado a los estudiantes participantes de este curso

I-Definición del CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un proceso, en el que una persona acepta participar en una investigación, conociendo los riesgos, beneficios, consecuencias o problemas que se puedan presentar durante el desarrollo de la misma.

II- CONDICIONES DENTRO LAS CUALES SE REALIZA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 1- El curso de psicología 430 Terapia Cognitivo-Conductual correspondiente a el IV año del Programa de la licenciatura contienen 3 horas de clases prácticas de las 4 horas de clases las cuales representan la oportunidad para que los estudiantes puedan practicar lo aprendido en las clases teóricas y demostrativas.
- 2- Se presentó el primer día de clase el programa del curso el cual solicitaba participar como consultor y consultante durante las clases con la guía directa del profesor durante las demostraciones de prácticas de las técnicas de reestructuración cognitiva.
- 3- Dentro de la metodología para la enseñanza y la evaluación de las competencias adquiridas en el curso se solicita que los estudiantes participen como consultores y consultantes con la presencia del profesor y luego en forma semi presencial siguiendo la guía de practica dada en clase
- 4- Cuando el estudiante ejerza el rol de consultor el deberá ceñirse a la estructura y pasos estipulados en el curso y guardar la confidencialidad a todo lo manifestado en la sesión por el consultante; lo que significa que el contenido compartido por el consultante no puede ser divulgado fuera de este contexto, excepto las informaciones necesarias para sustentar la aplicación de las técnicas que serán reportada en el trabajo escrito al profesor como requisito de la práctica.
- 5- Cuando el estudiante participe como consultante solo se le permitirá traer un problema auténtico, producto de su propia vivencia, el cual deben representar situaciones que respeten las siguientes características:
 - 5.1 Que las situaciones compartidas sean juzgadas por el mismo consultante, por el estudiante consultor y por el profesor del curso dentro de la categoría de problemas o situaciones apropiadas para fines didácticos compatibles con los objetivos del curso.
 - 5.2 Que las situaciones compartidas por el consultante se caractericen por constituir dificultades escolares, conflictos con amigos y familiares leves, problemas circunstanciales de la vida cotidiana que a juicio de consultor y consultante no requieran ser tratado con mayor profundidad ni mayor duración de 45 minutos.
 - 5.3 Que las situaciones que involucren temas o traumas no resueltos adquiridos desde muy temprano y caracterizados por actitudes, pensamientos, emociones y conducta que implican de forma clínicamente significativa perturbación, deterioro moderado a severo en el funcionamiento, y riesgo suicida o de naturaleza semejante quedan excluidas de la presentación y practicas dentro del contexto del programa del curso.

III Riesgos y beneficios de la participación en las prácticas

Beneficios

1.El principio de aprendizaje de la práctica reforzada y guiada por un profesional idóneo en la materia favorecerá la adquisición de herramientas de la terapia cognitiva que no solo permitirá desarrollar las competencias propuestas del curso satisfactoriamente sino, también

le facilitara la resolución de problemas cotidianos y conocerse a sí mismo.

Riesgos

1.El consultante acepta que, por tratarse de trabajar en problemas genuinos, aunque de una naturaleza de bajo riesgo, pueden desarrollarse como efecto secundario recuerdos o vivencias perturbadoras, las cuales, de ser necesarios, se atenderían en la Clínica Psicológica y de Desarrollo Humano de la Facultad de Psicología.

III- Condiciones de confidencialidad en el manejo de la información presentada en el informe de practica y en las demostraciones didácticas realizadas en la clase.

1-Los estudiantes participantes aceptan que sus fotos durante las sesiones de clases prácticas y demostrativas podrán ser utilizada por el profesor de la clase para ilustrar la metodología del curso

2-Los estudiantes participantes como consultores y como consultantes aceptan que la información obtenida en los pre y post tests administrados durante el curso como los datos obtenidos en la intervención reportada por los trabajos de práctica serán utilizados por el profesor bajo un estricto control de anonimato en la presentación de la investigación evaluativa del impacto del curso en la salud mental de los participantes que se está realizando. Para tal efecto, el profesor investigador y responsable de la cátedra ha designado un número a cada estudiante el cual será su manera de identificarlo y manejar confidencialmente los datos.

Estamos de acuerdo con las condiciones indicada en este consentimiento informado

Nombre	del	estudiante	participante
:		Firma	
Cédula			
Nombre	del	estudiante	participante
:		Firma	
Cédula			
Nombre	del	estudiante	participante
:		Firma	

REVISTA REDEPSIC
ISSN L 2805- 1904

Acceso Abierto. Disponible en:
<https://revistas.up.ac.pa/index.php/redepsic>

Volumen 1, Número 2
Julio - Diciembre 2022

Recibido: 28-3-2022

Aceptado: 25-4-2022
pp. 50-62

**CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE FATIGA
DE COMPASIÓN Y SATISFACCIÓN- (PROQOL-vIV), EN
VOLUNTARIADO HOSPITALARIO**

¹ **MIGUEL Á. CAÑIZALEZ M.** Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Industrial, organizacional y Social. Panamá. E.mail: miguelangel.canizales@up.ac.pa ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7433-2118>

² **MEILING ACEVEDO B.** Instituto Oncológico Nacional, Unidad de Salud Mental. Panamá. E.mail: meilingacevedob@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6598-2867>

Fecha de recepción: 28 de marzo de 2022

Fecha de aceptación: 25 de abril de 2022

Resumen

Esta investigación se centra en el cansancio emocional que sobreviene del cuidado de la salud de otro, y cómo esto afecta a los voluntarios hospitalarios dentro de los principales hospitales de Panamá. La fatiga por compasión y también conocida como desgaste por compasión o fatiga por empatía, o Estrés Traumático Secundario, ha sido poco estudiado en Panamá, específicamente en los grupos de voluntariado hospitalario. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con el Ministerio de Salud de Panamá, (MINSA), menciona algunas acciones del sistema de salud, tal como: “Implementar cambios institucionales a nivel del sistema monitoreo de los trabajadores de la salud (particularmente para prevenir el trauma vicario, el síndrome de Burnout y la Fatiga de Compasión”. Ello nos lleva a pensar en esta problemática en Panamá, dentro del grupo de voluntarios hospitalarios que se puede medir la Fatiga de Compasión ya que hay pocos datos de evidencia científica. Para obtener la confiabilidad se utilizó el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach y para la validez, el análisis factorial, con rotación varimax y el Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción- (ProQOL-vIV).

Palabras clave

Fatiga por Compasión, Burnout, Subescalas, Trauma Vicario, Fatiga por Empatía, Estrés Traumático Secundario.

Abstract

This research focuses on the emotional fatigue that comes from the health care of another, and how this affects hospital volunteers within the main hospitals in Panama. Compassion fatigue and also known as compassion wear or empathy fatigue, or Secondary Traumatic Stress, has been poorly studied in Panama, specifically in hospital volunteer groups. The Pan American Health Organization (PAHO) and the World Health Organization (WHO) together with the Ministry of Health of Panama, (MINSA), mentions some actions of the health system, such as: “Implement institutional changes at the level of the health workers monitoring system (particularly to prevent vicarious trauma, Burnout syndrome and Compassion Fatigue)”. This leads us to think about this problem in Panama, within the group of hospital volunteers that Compassion Fatigue can be measured since there is little evidence of scientific evidence. Therefore, a psychometric measurement will be carried out with Cronbach's Alpha and Factor Analysis, in order to obtain the reliability of the internal consistency of the Compassion and Satisfaction Fatigue Questionnaire- (ProQOL-vIV).

KEY WORDS

Compassion Fatigue, Burnout, Subscales, Vicarious Trauma, Empathy Fatigue, Secondary Traumatic Stress.

INTRODUCCIÓN

Corroborar la coherencia teórica del modelo de Figley y Stamm (1995), referente a la medición del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción- (ProQOL-vIV), en voluntarios hospitalarios de Panamá y utilizando datos estadísticos como lo es el Alfa de Cronbach y el Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio con el modelo varimax para la confiabilidad y validez, pudiendo revalidar los hallazgos del Modelo Teórico; por lo que la adaptación experimental y científica del instrumento empleado en otros países como México, donde se aproxima a nuestra realidad latinoamericana, (Mendoza, García, y Serna, (2014), ya que el Cuestionario ProQOL, ha estado bajo la evidencia científica y validado en otros lugares de habla inglesa, (Adams, Boscarino y Figley, 2006; Adams, Figley y Boscarino, 2008).

La Fatiga por Compasión tiene su comienzo con Joinson (1992), donde realizó una investigación sobre el agotamiento emocional en las enfermeras que trabajaban en con alto estrés dentro de un hospital. El concepto fue introducido en el año 1995 en el área de la salud por el Dr. Charles Figley, director del Traumatology Institute at Tulane University (New Orleans). El autor recomendó que la herramienta se utilice sólo con fines de detección y no de diagnóstico. Existe confusión de los términos, que son usados como sinónimos, donde encontramos: Desgaste por Empatía, Fatiga por Compasión, Desgaste por Compasión, Estrés Traumático Secundario o Traumatización Vicaria. Los profesionales de la salud, así como los grupos activos de voluntarios hospitalarios están sujetos a experiencias traumáticas que los afectan a nivel físico y emocional. En el libro “*Ayuda para el profesional de la ayuda*” de Rothschild (2009), menciona estudios preliminares, orientados a reducir la Fatiga por Compasión en profesionales de la salud. La acción del voluntario hospitalario va orientada a

brindar bienestar y apoyo a otros que se encuentran dentro de una instalación hospitalaria para recibir algún tratamiento de índole médico.

El Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, (ProQOL-vIV) propuesto por Stamm (2005), es una versión actualizada de la escala de Fatiga de Compasión (Figley, 1995). El instrumento original de habla inglesa, y está disponible en diferentes idiomas como: (inglés, español, alemán, francés y hebreo), la versión disponible en el idioma español que es el ProQOL-vIV, tercera revisión, traducida por Morante, Moreno y Rodríguez de la Universidad Autónoma de Madrid, España. Esta escala surgió por la necesidad de evaluar síntomas propios del estrés traumático en personal de salud. (Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, 2003-2004). Está estructurado como un auto-test de 30 reactivos, en el cual los que responden tienen instrucciones de indicar con qué frecuencia cada uno de los reactivos fue experimentando en los últimos 30 días.

Las tres subescalas del ProQOL-vIV, aplicada a la acción de voluntariado hospitalario son:

1. **Subescala de Satisfacción por Compasión:** Mide el placer que se deriva de poder hacer bien su labor de voluntariado.
2. **Subescala de Burnout:** Evalúa el agotamiento. Se asocia con sentimientos de desesperanza y dificultades para tratar con el trabajo o el hacer su trabajo voluntariado de manera efectiva.
3. **Subescala de Estrés Traumático Secundario o Estrés Traumático Secundario o Fatiga por Compasión:** se refiere a la exposición secundaria relacionada con eventos estresantes o traumáticos vividos por otros.

El ProQOL-vIV, ha sido validado en el entorno mexicano, un contexto Latinoamericano, (Mendoza, García, y Serna, (2014) donde encontramos ocho factores. En el mismo estudio demuestra que el Análisis Factorial y el Coeficiente de Alfa de Cronbach (α), hallamos que las tres subescalas cuentan con datos que sugieren tener una excelente consistencia interna, (confiable) por encima de 0.70 en las tres subescalas. El Cuestionario ProQOL-vIV, ha sido validado por Adams, Boscarino y Figley, 2006; y por Adams, Figley y Boscarino, 2008; y valora los aspectos tanto positivos como negativos al vincularse con personas que han o están sufriendo. En investigaciones anteriores de Fatiga por Compasión, se obtuvo una varianza que alcanzó un 50.47% y un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.79; con respecto a la Satisfacción por Compasión se obtuvo una varianza que explica el 51.53% y Coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.75. (Mendoza, et al. 2014). Stamm, (2005), mostró que las tres subescalas cuentan con una alta fiabilidad, en el Coeficiente Alfa de Cronbach se muestra en la siguiente Tabla I.

Tabla 1.

Confiabilidades de Alfa de Cronbach para las escalas.

Subescala del ProQOL	Alfa de Cronbach
Subescala de Satisfacción por Compasión	0.87
Subescala de Burnout	0.72
Subescala Estrés Traumático Secundario y Fatiga por Compasión.	0.80

Fuente: The ProQOL Manual (Stamm, 2005).

Las investigaciones que se realizan en nuestro medio generalmente son instrumentos no adaptadas al contexto panameño, y no consideran las características idiosincráticas tales como: la cultura, grado de educación, intereses, sistema de salud, motivaciones. Y en esta investigación los grupos de voluntariados, que tienen experiencias con personas enfermas, el significado que le otorgan, los miedos culturales, educación en la salud, etc. Por lo que es recomendable realizar la validez del constructo teórico del Cuestionario ProQOL-vIV, en Panamá y constatándolo con el modelo teórico de la autora Hudnall Stamm, (2005). Esta investigación ayudaría a contribuir en la prevención y atención oportuna de la Fatiga por Compasión en voluntarios hospitalarios y poder registrar el costo de la relación de ayuda, a personas enfermas dentro del contexto panameño. El objetivo de este estudio es obtener la confiabilidad y validez del instrumento con el Alfa de Cronbach y el Análisis Factorial, en una muestra de voluntarios hospitalarios localizados en los diferentes hospitales de la ciudad de Panamá y de La Chorrera. El protocolo de este estudio fue evaluado por la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado y se le asignó el código VIP 02-18-01-2019-01 y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Panamá, en el año 2018.

Método

Muestra

Se realizó una muestra no probabilística de tipo por conveniencia de los participantes para la confiabilidad y validación del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, (ProQOL-vIV), con 318 voluntarios hospitalarios. Es un estudio Analítico tipo correlacional. Lo cual se define que es analítico, por las relaciones de asociación estadística que se buscan entre las variables de tipo correlacional y su identificación, a través de las correlaciones, el grado de relación que tiene las variables en estudio. Se utilizó un diseño no experimental de una sola aplicación transversal.

Instrumento

Se aplicó el Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, (ProQOL-vIV) a los voluntarios hospitalarios que se encontraban dentro de las dependencias de salud de la Ciudad de Panamá y la Chorrera, algunos voluntarios pertenecían a una asociación y otros eran independientes, es decir que no pertenecían a un grupo de voluntariado.

RESULTADO

Se realizaron análisis de frecuencias para la distribución de los reactivos y los análisis estadísticos recomendados por Nunnally, (1987), para probar la confiabilidad y la validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, es decir, la consistencia interna se obtuvo por el medio del coeficiente Alfa de Crombach y para obtener la validez del constructo teórico se utilizó, el análisis factorial con la técnica rotación ortogonal varimax.

Se realizó una prueba piloto del Cuestionario Fatiga de Compasión y Satisfacción, con treinta (30) personas en una muestra al azar con las mismas características de las unidades de análisis a estudiar de los voluntarios hospitalarios, que representan el 10% de total de la muestra seleccionada para la validación del instrumento. Se requería un mínimo de 300 sujetos, (Nunnally, 1987). El estudio piloto concluyó que los resultados mostraron un grado de comprensión gramatical y entendimiento del Cuestionario de Fatiga de Compasión y

Satisfacción, (ProQOL-vIV), por lo que no se realizó adecuaciones al cuestionario. Esto significa que las 30 respuestas de los voluntarios hospitalarios representan una distribución más o menos normal.

Tabla 2.

Confiabilidad con el Coeficiente de Alfa de Cronbach del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción, (30 reactivos).

Muestra	No. de Reactivos	Alfa de Cronbach (α)
N=318	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10	0.65
	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	
	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30	

Fuente: Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en voluntarios hospitalarios, 2019.

Tabla 3.

Las Subescalas con el Coeficiente de Alfa de Cronbach del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción, (30 reactivos).

Muestra	Subescalas	No. De Reactivo	Alfa de Cronbach (α)
N=318	Subescala de Satisfacción por Compasión	10	0.74
	Subescala de Burnout	10	0.45
	Subescala de Estrés Traumático Secundario	10	0.66

Fuente: Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en voluntarios hospitalarios, 2019.

La consistencia interna, del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción ProQOL-vIV se obtuvo un Alfa de Cronbach (α) de: 0.65, que es aceptable para este tipo de cuestionarios o estudios según Escotet (1979). Y la consistencia interna lograda de las tres subescalas son las siguientes: Subescala de Satisfacción por Compasión con (α) de: 0.74, Subescala de Burnout (α) de: 0.45 y la Subescala de Estrés Traumático Secundario o Fatiga por Compasión (α) de: 0.66.

Validez del Constructo Teórico.

Tabla 4.

Factor inicial con valores propio superiores a uno.

Factor	Valores Propios	% de la Varianza	% de Varianza Acumulada
1	4.570	8.323	8.323

2	3.311	8.233	16.556
3	1.548	7.702	24.257
4	1.448	7.400	31.658
5	1.375	5.769	37.426
6	1.229	5.107	42.534
7	1.140	4.893	47.427
8	1.092	4.313	51.739
9	1.047	4.133	55.872

Fuente: Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en voluntarios hospitalarios, 2019.

En la tabla 4, se obtuvo nueve subescalas, con valores propio superior a 1.00 que explican el 4.133% de 55.872% de varianza acumulada, no obstante, se selecciona el 5.769% el porcentaje de la varianza acumulada que representa el 37.426%, correspondiente al factor quinto.

En el análisis factorial con rotación varimax, se utilizó un peso factorial igual o mayor a 0.50, para tener mayor rigidez metodológica, a pesar de que había pesos factoriales aceptables de 0.30, los cuales no fueron considerados. Se obtuvo cinco componentes donde nos indican que se reduce la escala; lo que explica que mide lo mismo y se aplicaría en menor tiempo con menos reactivos. Los Factores I, III y V, son muy parecido a lo obtenido por Stamm, (1995), es decir, mantienen una claridad conceptual de lo que miden; en tanto los Factores II y IV, mantienen aún confusión en la frontera teórica, en cuanto a su contenido, lo que significa la necesidad de seguir investigando para poder aportar más contenido.

Encontramos que las propiedades psicométricas del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL-vIV) con los 30 reactivos (Escala Total) obtuvo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.65, que es aceptable según lo citado por Nunnally (1997); de igual manera los resultados obtenidos también muestran una adecuada confiabilidad y validez, en la Escala Breve, de 17 reactivos, donde el Coeficiente de Alfa de Cronbach (α) es de 0.66. Se encontró en la Subescala de Satisfacción por Compasión de la Escala Total un (α) = 0.74 y de la Escala Breve un (α) = 0.70; en la Subescala de Burnout de la Escala Total un (α) = 0.45 y de la Escala Breve un (α) = 0.55 y en la Subescala de Fatiga por Compasión de la Escala Total un (α) = 0.66 y en la Escala Breve un (α) = 0.62.

En comparación con otros estudios de validación del instrumento tenemos el de México, (Mendoza; García; y Serna, 2014) se contrasta con esta investigación con el Coeficiente de Alfa de Cronbach, donde se evidencia que hay una diferencia no significativa de 1 punto en la Subescala de Satisfacción por Compasión y de 13 puntos de diferencias en la Subescala de Estrés Traumático Secundario o Fatiga de Compasión. Ver tabla 5.

Tabla 5.

Alfa de Cronbach del Cuestionario Fatiga por Compasión y Satisfacción.

Subescalas	Validación de un instrumento de calidad de vida laboral en el contexto mexicano	Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en
------------	---	---

	(Mendoza; García; y Serna, 2014)	voluntarios hospitalarios, 2019.
Subescala de Satisfacción por Compasión.	(α)= 0.75	(α)= 0.74
Subescala de Fatiga por Compasión.	(α)= 0.79	(α)= 0.66

Fuente: Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en voluntarios hospitalarios, 2019.

Mendoza, García, y Serna, (2014), de acuerdo con la revisión de la literatura, en contexto mexicano, eliminaron la subescala de Burnout, debido a que puede haber confusión en cuando al constructo teórico que no está claro su comprensión. En esta investigación, también encontramos que los datos son inespecíficos en la muestra de 318 voluntarios hospitalarios de Panamá, con referencia a las otras subescalas del ProQOL-IV, que si mantienen mayor claridad conceptual en su teoría.

Otras investigaciones han medido la relación con los porcentajes, entre las tres subescalas del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, se han encontrado en la casuística, altos niveles en la Subescala Satisfacción por Compasión con baja puntuación en la Subescala de Fatiga por Compasión; y bajos puntajes de Burnout (Ray, Wong, White & Heaslip, 2013; Campos, 2015).

Tabla 6.
Análisis Factorial con Rotación Varimax de los 30 reactivos, Escala Total.

No.	Reactivos		I	II	III	IV	V
1	Soy feliz.		-0.345	0.160	-0.213	0.110	-
0.056							
2	Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo	0.232	-0.042	0.111	0.546	0.067	
3	Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente	0.110	0.091	0.580	0.139	-0.145	
4	Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.		-0.015	0.056	-0.016	-0.035	0.137
5	Me sobresaltan los sonidos inesperados.		-0.042	0.234	0.177	0.039	0.123
6	Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.	0.100	-0.025	0.734	0.035	-0.162	
7	Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.	0.036	0.190	-0.078	0.394	-0.256	
8	Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.		-0.054	0.159	-0.012	0.745	0.083
9	Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.	-0.179	0.210	-0.012	0.463	0.444	
10	Me siento "atrapado" por mi trabajo.	0.081	0.584	-0.223	0.283	-0.156	
11	Debido a mi profesión tengo la sensación de		-0.007	0.661	-0.019	0.214	
0.030	estar al límite en varias cosas.						
12	Me gusta trabajar ayudando a la gente.		0.376	-0.020	0.548	-0.037	-0.136
13	Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.	0.217	-0.51	0.480	-0.169	0.234	
0.217							
14	Me siento como si fuera yo el que experimenta el	0.024	0.150	0.142	0.702	0.144	

	trauma de alguien al que he ayudado.						
15	Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.	-0.022	0.099	-0.101	0.086	0.008	
16	Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.	0.604	-0.102	0.120	0.101	0.115	
17	Soy la persona que siempre he querido ser.	-0.470	0.209	0.041	-0.206	0.086	
18	Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.	0.471	-0.220	0.329	0.102	0.061	
19	Por causa de mi trabajo me siento agotado.	0.017	0.743	0.065	-0.167	0.183	
20	Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.	0.549	-0.021	0.404	-0.071	-0.094	
21	Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.	-0.226	0.626	-0.026	0.178	0.183	
22	Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.		0.641	0.184	0.094	0.033	-0.196
23	Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.	0.053	0.097	-0.205	0.252	0.629	
24	Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.	0.261	-0.051	0.371	0.107	-0.002	
25	Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.	-0.045	0.318	-0.087	0.115	0.697	
26	Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.	0.025	0.003	0.030	0.160	0.192	
27	Considero que soy un buen profesional.	0.655	-0.041	0.122	-0.119	0.088	
28	No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.	0.078	-0.045	-0.001	-0.105	0.429	
29	Soy una persona demasiado sensible.	0.036	-0.015	-0.005	-0.100	-0.010	
30	Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.		-0.178	-0.179	0.653	0.050	

Fuente: Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en voluntarios hospitalarios, 2019.

En la tabla 6, en el Factor I, se aprecia el análisis factorial con rotación varimax que obtuvo cuatro pesos factoriales igual o mayor que 0.50, de los 30 reactivos que se sometieron, los pesos factoriales oscilan entre 0.54 a 0.65. Según Nunnally, (1987), se pueden considerar de 0.30 hacia arriba.

En el Factor II, aparecen cuatro reactivos cuyo peso factorial entre 0.58 a 0.74. En el Factor III, se obtuvo cuatro reactivos cuyo peso factorial oscilan entre 0.54 a 0.73. En el Factor IV, puntuaron tres reactivos cuyo peso factorial están entre 0.54 a 0.74.

Tabla 7.

Subescala obtenida del Análisis Factorial con Rotación Varimax. Factor I.

No.	Reactivos	Fator I
16	Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.	0.604
20	Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.	0.549
22	Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.	0.641
27	Considero que soy un buen profesional.	0.655

Fuente: Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en voluntarios hospitalarios, 2019.

En la tabla 7, el Factor I, arrojo cuatro reactivos, de los cuales, los cuatro pertenecen a la Subescala de Satisfacción de Compasión por lo que valida la investigación de la autora Stamm, (2005).

Tabla 8.

Subescala obtenida del Análisis Factorial con Rotación Varimax. Factor II.

No.	Reactivos	Factor II
10	Me siento “atrapado” por mi trabajo.	0.584
11	Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.	0.661
19	Por causa de mi trabajo me siento agotado.	0.743
21	Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.	0.626

Fuente: Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en voluntarios hospitalarios, 2019.

En la tabla 8, el Factor II, arrojo cuatro reactivos, de los cuales, los tres reactivos pertenecen a la Subescala de Burnout, que son los reactivos: 10, 19 y 21, y un reactivo pertenece a la Subescala de Estrés Traumático Secundario reactivo 11. Por lo tanto, significa que hay que seguir investigando para poder aportar más contenido, hay confusión en esta frontera teórica.

Tabla 9.

Subescala obtenida del Análisis Factorial con Rotación Varimax, Factor III.

No.	Reactivos	Factor III
3	Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente	0.580
6	Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado. estar al límite en varias cosas.	0.734
12	Me gusta trabajar ayudando a la gente.	0.548
30	Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.	0.653

Fuente: Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en voluntarios hospitalarios, 2019.

En la tabla 9, el Factor III, arrojo cuatro reactivos, de los cuales, todos pertenecen a la Subescala de Satisfacción de Compasión, por lo que nos indica que existe una claridad conceptual de lo que miden, en su constructo teórico.

Tabla 10.

Subescala obtenida del Análisis Factorial con Rotación Varimax. Factor IV.

No.	Reactivos	Factor IV
2	Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.	0.546

8	Pierdo el sueño por as experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado. experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.	0.745
14	Me siento como si fuera yo el que experimenta el Trauma de alguien al que he ayudado.	0.702

Fuente: Confiabilidad y validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción en voluntarios hospitalarios, 2019.

En la tabla 10, el Factor IV, arrojo tres reactivos, de los cuales, los dos reactivos pertenecen Subescala de Estrés Traumático Secundario (reactivos: 2 y 14), y un reactivo pertenece a la Subescala de Burnout, que es el reactivo: 8. Por lo tanto, nos brinda el dato de que hay confusión en esta frontera teórica en cuanto a su contenido, lo que significa la necesidad de seguir investigando para poder aportar más contenido.

CONCLUSIÓN

Se comprobó estadísticamente que el instrumento el Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, es aceptado en el contexto panameño con confiabilidad y validez adecuada para su utilización dentro del voluntariado hospitalario. Que cuenta con propiedades métricas que reportan los resultados de la presente investigación y se evidencia que la validez y confiabilidad soporta la teoría de Fatiga de Compasión de Figley (1995) y Stamm, (2010), en el grupo de voluntarios hospitalarios dentro del contexto panameño.

Los datos hacen evidente la disminución de la longitud del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, por lo tanto, se realizaría un menor esfuerzo cognitivo y de tiempo. Su impacto sería que se puede realizar el cuestionario con 17 reactivos y no con 30, como está construida la escala total; ya que, tiene una confiabilidad aceptable y se explica estadísticamente donde los reactivos representan una distribución normal. Se puede sugerir para nuevos estudios aumentar el número de voluntarios hospitalarios, es decir una muestra mayor de 318 participantes.

Si se desea obtener más datos psicométricos, sería adecuado medir nuevamente la confiabilidad y validez, con los 17 reactivos que se obtuvo, para evaluar, si aumenta o no la confiabilidad y validez del Instrumento (Cuestionario ProQOL-vIV).

El análisis de la validez con el modelo de rotación varimax brindó mayor cantidad de factores y porcentaje de varianza donde se obtuvieron 9 componentes, no obstante, se seleccionaron e 5.769% del porcentaje de varianza, de 37.426 % de la varianza acumulada. El quinto factor no logró conformar un Factor porque tenía solamente dos pesos factorial de igual o mayor a .050. Este estudio tiene la proporción de la varianza de la variable en cuanto al modelo teórico.

La calificación alta en la Subescala de Fatiga de Compasión y baja para la Subescala de Satisfacción por Compasión se puede reconocer como riesgo de desarrollar Fatiga por Compasión. Recordando que los hallazgos en las puntuaciones del Cuestionario ProQOL-vIV, no suponen un valor diagnóstico, pero sí constituyen un dato valioso que lleva una tendencia definida, para realizar intervenciones preventivas.

De acuerdo con la revisión de la literatura, la investigación de validación de México se decidió eliminar la Subescala de Burnout, por confusión en el constructo teórico; en este estudio se consideró lo mismos, debido a esta confusión.

Se puede sugerir para nuevos estudios, aumentar el número de voluntarios hospitalarios, es decir una muestra mayor de 318 participantes.

Si se desea obtener más datos psicométricos, sería adecuado medir nuevamente la confiabilidad y validez, con los 17 reactivos que se obtuvieron, para evaluar, si aumenta o no la confiabilidad y validez del Instrumento (Cuestionario ProQOL-vIV). El segundo análisis factorial fue de tipo confirmatorio y se utilizó el método de rotación varimax, con la Escala Breve de 17 reactivos, donde surgen de igual manera el modelo factorial con 4 dimensiones o componentes principales con peso factorial igual o mayor de 0.50.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Berenson, M. Levine, D. (1992). *Estadísticas Básicas en administración. Conceptos y Aplicaciones*. México: 4ª Edición. Prentice Hall.
2. Cañizales, M. (1994). *La ansiedad y su relación con un Curso Gestacional*. Para Obtener el grado de Doctor en Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
3. Abraham-Cook, S. (2012). The prevalence and correlates of compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout among teachers working in high-poverty urban public schools. (Tesis de doctorado). Seton Hall University, New Jersey, Estados Unidos.
4. Craig, D. Sprang, G. (2010). *Compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in a national sample of trauma treatment therapists*. *Anxiety, Stress & Coping*, 23 (3), 319-339. Doi: 10.1080/10615800903085818
5. Fernández, B., Yélamos, C. Y OLIVARES, M. (2004). *Efectos Derivados de la Acción Voluntaria: Inventario de Consecuencias de la Acción Voluntaria (ICAV)*. *Psicooncología*. Vol. 1, Núm. 1, 2004, pp. 113-126.
6. Figley, R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Bruner/Mazel
7. Figley, C.R. (2002). *Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care*. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433-1441. Doi: 10.1002/jclp.10090.
8. Friedman, R. (2002). The importance of helping the helper. *Trauma and child welfare*. New
9. Greene, J. et al. (1984) *Pruebas Estadística para Psicología y Ciencias Sociales. Una Guía para el Estudiante*. Colombia: Editorial Norma.
10. Guillen J. (2008). Síndrome de desgaste profesional en médico del Instituto Oncológica Nacional, Universidad Latina de Panamá, tesis para optar por maestría en Salud Ocupacional. Panamá.
11. Hernández, M (2017). *Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos*. *Psicooncología* 2017;14: 53-70. DOI: 10.5209/PSIC.55811 10.5209/PSIC.55811.
12. Huarte, M., Pérez M. (2008). *Voluntariado Cuidados Paliativos. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de la Provincia de San Rafael*. Colección Increscendo. Provincia de Aragón. España.
13. Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 22 (4), 116-122.

14. Kazdin, A., (2001). Métodos de investigación de Psicología Clínica, 3ra. Edición, México: Prentice Hall.
15. Kerlinger, F. (1998). Investigación del Comportamiento. (3ra) México: Mcgraw-Hill Interamericana de México.
16. Larsen, D., Stamm, B.H., & DAVIS, K. (2002). Telehealth for Prevention and Intervention of the Negative Effects of Caregiving. *Traumatic StressPoints*, 16(4). <http://www.istss.org/publications/TS/Fall02/telehealth.htm>
17. Ledesma, R. (2002). Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF*, 7(2), pp. 143-152.
18. Martínez, A. (2014). *Fatiga por Compasión. Escalas, medidas y mecanismos de prevención*. Trabajo Final de Grado de Trabajo Social. Universitat De Les Illes Balears. España.
19. Maslach, C. Y Jackson, S.E. (1981). The Maslach Burnout Inventory. Research Edition, Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press.
20. Meda, R., Moreno, B., Rodríguez, A., Rodríguez, A., Arias, E., y Palomera, A., (2011). *Validación mexicana de la Escala de Estrés Traumático Secundario*. *Psicología y Salud*, Vol. 21, Núm. 1: 5-15, enero-junio de 2011.
21. Mendoza, I; García, B; y Serna, H. (2014). *Validación de un Instrumento de Calidad de Vida Laboral en el Contexto Mexicano*. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/265551688>.
22. Meurant J. (1986). El servicio voluntario de la Cruz Roja en la sociedad de hoy. Madrid: Cruz Roja Española. Recuperado de: <https://www.cambridge.org/core/journals/revista-internacional-de-la-cruzroja/article/el-servicio-voluntario-en-la-sociedad-actual/9F68EAC7C261DDE4B7F743DACECE>
EBCD.
23. Newell, J., MACNEIL, G. (2010). *Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress and compassion fatigue: a review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers*. *Best Practice Mental Health*, 6 (2), 57-68.
24. Nunnally, C. (1987). *Teoría Psicométrica*. México: Editorial Trillas.
25. Peñarrieta-de Córdova I., Santiago-Abregú S., Krederdt-raujo S. (2014). "Validación del instrumento: "Calidad de vida en el trabajo "CVT-GOHISALO" en enfermería del primer nivel de atención" et at *Rev enferm Herediana*. 2014;7(2):124-131.
26. Pineda, E.B., Alvarado De, E.L y Canales De, F.H (1994). *Metodología de la Investigación*, 2da. Edición. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
27. Ruiz, J. (2017). *Hacia una Metodología de la Investigación. Un enfoque teórico - Práctico*. Panamá: Editorial Universitaria Carlos Manuel Gasteazoro.
28. Sansón, et al (2015). *Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death*. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50:200-7. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013.
29. Stamm, B.H. (1995). Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators (pp. 230-246). Baltimore: The Sidran Press.
30. ProQOL -vIV, Professional Quality of Life, Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV, Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción. Tercera Revisión. Recuperado de: www.proqol.org/uploads/ProQol_vIV_Spanish_Oct05.pdf

31. Thompson, I. Amatea E. And Thompson, E. (2014). Personal and Contextual Predictors of Mental Health Counselor's Compassion Fatiga and Burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 58-77.
32. Trejos, J. Moya, E. (2004). *Introducción a la Estadísticas Descriptiva*. Universidad Latina de Costa Rica. San José: Editorial: Sello Latino.

REVISTA REDEPSIC ISSN L 2805-1904 Acceso Abierto. Disponible en: https://revistas.up.ac.pa/index.php/redepsic	Volumen 1, Número 2 Julio Diciembre 2022 Recibido: 12-3-2022 Aceptado: 28-4-2022 pp. 63-82
---	--

RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y EL CONSUMO DE ALCOHOL, COCAÍNA Y MARIHUANA EN ADULTOS VARONES DEL ALBERGUE JUAN PABLO II

¹ **Francisco J. De León**, Centro Juan Pablo II. Panamá. E.mail: fdeleono1397@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9725-5293>

² **Miguel A. Cañizales M.**, Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Industrial, Organizacional y Social. Panamá. E.mail E. macanizales@cwpanama.net ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7433-2118>

Fecha de recepción: 12 de marzo de 2022

Fecha de aceptación: 28 de marzo de 2022

Resumen

El objetivo del presente estudio es determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el consumo de drogas en adultos mayores del Albergue Juan Pablo II. Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 31 personas con antecedentes de consumo de alcohol, cocaína y marihuana. Se utilizó una entrevista estructurada, Mini-Examen Cognoscitivo (Lobo, 1999) y un Protocolo del Examen del Estado Mental para complementar la información del Deterioro Cognitivo. El tipo de estudio es descriptivo y correlacional. El diseño de investigación fue no experimental y el método de análisis estadísticos utilizado: estadística descriptiva, análisis de frecuencia, media aritmética, desviación estándar, tabla cruzada y chi cuadrado. Los resultados arrojaron que no existe relación entre deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana. Se recomienda una constante atención psicológica para reforzar hábitos y conductas que permitan al participante procesar y actuar de forma menos intensa, más madura y aceptada.

Palabras Claves: Deterioro cognitivo, consumo de alcohol, cocaína y marihuana.

Abstract

The objective of the present study is to determine the relationship between cognitive impairment and drug use in older adults from Albergue Juan Pablo II. We worked with an intentional non-probabilistic sample of 31 people with a history of alcohol, cocaine and

marijuana use. A structured interview, the Mini-Cognitive Examination (de Lobo 1999) and a Protocol of the Mental State Examination were also used to complement the information on Cognitive Impairment. The type of study used was descriptive and correlational. The research design was non-experimental and the statistical analysis methods used were: descriptive statistics, frequency analysis, arithmetic mean, standard deviation, crosstab and chi square. The results showed that there is no relationship between cognitive impairment and the consumption of alcohol, cocaine and marijuana; however, some inappropriate mental processes stand out. Constant psychological attention is recommended to reinforce habits and behaviors that allow the participant to process and act in a less intense, more mature and accepted way.

Key Words: Cognitive impairment, alcohol consumption, cocaine and marijuana.

Introducción

El objetivo de esta investigación es determinar la relación que tiene el deterioro cognitivo y el consumo de drogas en adultos mayores. El deterioro cognitivo se definió conceptualmente como el desgaste psíquico en los procesos mentales. También se presenta el consumo de sustancias como el uso de cualquier droga para fines no médicos que afecte los procesos mentales.

Las funciones ejecutivas muestran déficit como afectación en la inhibición de la toma de decisiones, tareas de atención y memoria debido a lesiones cerebrales causadas por el constante consumo de drogas. Las drogas de abuso son cualquier droga usada para fines no médicos, casi siempre para alterar el estado de conciencia. (Salado, 2017, p. 156).

En Panamá, el consumo de drogas se presenta en diferentes modalidades. Entre ellas destaca el alcohol, que es una droga legal y por lo tanto la más común. Se identificó en el segundo lugar la cocaína y la marihuana como las drogas ilegales de consumo más frecuente, lo que se convierte en un cáncer para la sociedad.

El confinamiento del 2020, produjo como resultado un aumento en las recaídas. Se han visto afectadas una gran cantidad de personas y familias, que han llegado a la toma de la decisión de “sacar de la casa” a las personas con estos problemas, por lo cual una gran mayoría se convierte en habitantes de la calle.

Esta investigación busca establecer una relación entre el consumo de estas sustancias y el deterioro cognitivo manifestado en las personas que consumen y abusan de estas drogas.

El estudio está dirigida a varones en un rango de edad de 36 a 65 años, y que han afirmado voluntariamente haber consumido algunas sustancias y están en el albergue temporal del Centro de Orientación y Atención San Juan Pablo II.

Los datos obtenidos tendrán un impacto ante la realidad social, debido a que permitirá relacionar los resultados y obtener información para la mejora en el tratamiento y orientación en las conductas de estas personas durante su permanencia dentro de esta fundación y para otras poblaciones vulnerables en cualquier organización dirigida a la atención de las personas en riesgo social.

Método

Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, que estuvo constituida por 31 personas del Albergue Juan Pablo II, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Se destaca el hecho de haber consumido y admitido el uso de alguna de las sustancias del estudio, tener una edad de adultez media de entre los 36 y 65 años, y haber pertenecido al Centro Juan Pablo II, durante el periodo del año 2020.

Instrumentos

Para evaluar el grado de lucidez o el compromiso de conciencia, especialmente en lo referente a la dificultad para despertar y dar respuestas ante estímulos externos, se usaron tres instrumentos: Una entrevista estructurada, Mini Examen Cognitivo de Lobo, (1999) y un Protocolo del Examen Mental. A continuación, se detalla:

Entrevista Estructurada

Incluye: Lugar de nacimiento, fecha de nacimiento, edad, escolaridad, centro de residencia, ocupación, periodo de residencia, motivo de egreso, problemas relacionados a las drogas, inicio del consumo de drogas, última vez de consumo de droga, tolerancia o dependencia.

Mini-Examen Cognoscitivo (MEC o MMSE)

En esta categoría de instrumentos se demostró que la validez constructiva del MMSE son buenas, cuando se compara con otras escalas y medidas diagnósticas, como la que se realizó con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (del inglés Diagnostic and Statistical Manual-IV, de la American Psychiatric Association, 2000).

Acosta, (2009, p. 322-324) indica:

“Los test cortos... normalmente arrojan resultados importantes sobre una población específica. En este caso la población es la policonsumidora, y con su aplicación se pretendió establecer la existencia de un deterioro en los procesos cognitivos.... En síntesis, el test Mini-Mental es útil como prueba de tamizaje debido a que arroja resultados sobre la afectación de las funciones a nivel general; sin embargo, en estos casos, es de vital importancia emplear una batería de evaluación neuropsicológica extensa para determinar específicamente el área alterada”.

En el mismo sentido, Aznar, (1999): señala:

Los expertos ahora consultados también avalaron la "factibilidad" y validez "de contenido" del MEC. Los siguientes datos previos existentes de la estandarización española original avalan la validez "de construcción" del instrumento: "validación concurrente" contra instrumentos psicométricos o exámenes clínicos independientes; capacidad discriminativa entre cuadros "orgánicos" y "no orgánicos"; y validación contra parámetros externos, incluyendo el EEG. Los resultados del cálculo de fiabilidad test/retest del MEC, en las

exigentes condiciones del estudio, fueron satisfactorios. La mayoría de individuos se sitúa en los márgenes altos, normales, de rendimiento en el MEC, pero existe suficiente dispersión en las puntuaciones y el coeficiente de fiabilidad fue, para el MEC-35: $kw = 0,637$ (IC95% = 0,596-0,678; $z = 12,655$; $p < 0,01$).

Protocolo del Examen Mental

En esta evaluación es necesario efectuar un examen mental para obtener información respecto a posibles grados de alteración del juicio, inteligencia, memoria, estado de ánimo, otros. Estos son aspectos que forman parte de la evaluación del estado mental de una persona y es necesario saber identificarlos y analizarlos.

Este protocolo discrimina según la exploración de la evaluación del estado mental que refleja algunas características de las funciones corticales superiores, como el pensamiento abstracto.

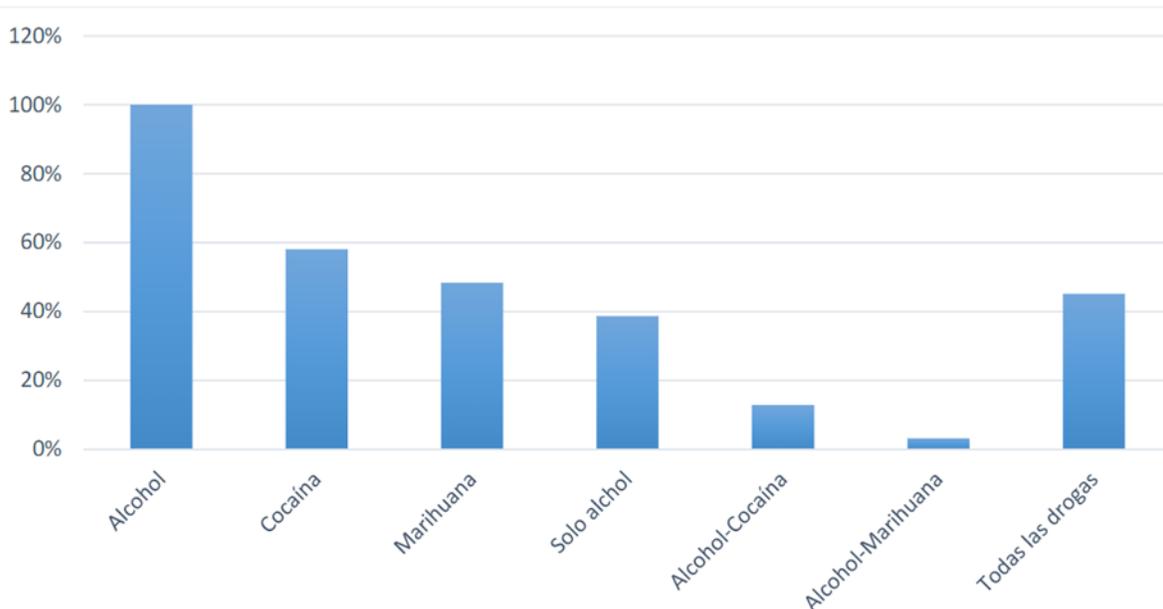
Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el análisis de los datos.

Descripción de resultados obtenidos de la Entrevista Estructurada

En la tabla **Tabla 1**, se observa la distribución del consumo de drogas de mayor a menor cantidad: Alcohol con 31 personas (100%), Cocaína con 18 personas (58%) y la Marihuana con 15 personas (48%). Se realiza una distribución, según el uso de las drogas; siendo elegida la opción Todas las drogas consumidas, por 14 personas (45%); Solo alcohol consumido, por 12 personas (39%); Alcohol-Cocaína consumidos, por cuatro personas (13%) y el Alcohol-Marihuana consumidos, por una persona (3%). Se observa que la droga de consumo más común (la totalidad de la muestra) es el alcohol (droga legal del estudio). Las personas que han consumido todas las sustancias representan un porcentaje significativo y mayor que las personas que han consumido solo alcohol. Para el consumo de las drogas ilícitas estudiadas, se puede destacar la cocaína, como la sustancia ilícita más consumida de esta muestra en comparación con quienes consumen marihuana.

Figura 1. Gráfica de distribución de frecuencia de muestra de acuerdo con el consumo de drogas.

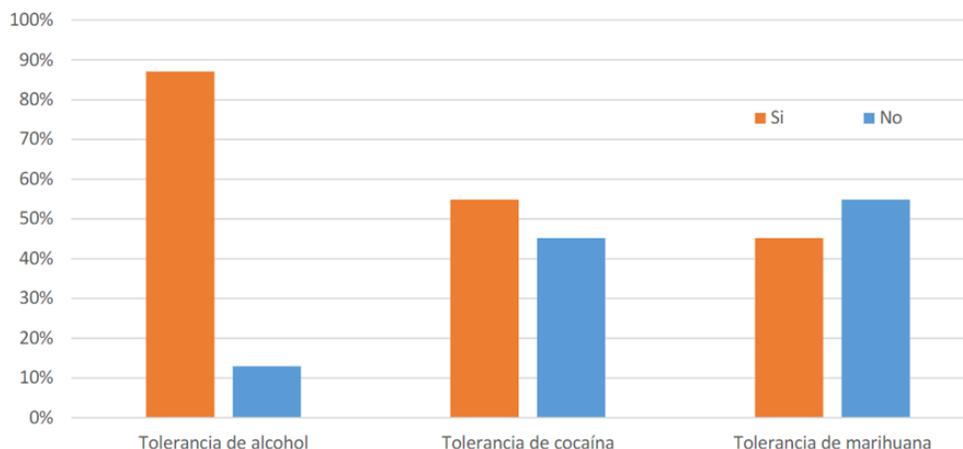


Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021

Se presenta en la **Figura 2**, la distribución de las personas que han desarrollado tolerancia, de mayor a menor cantidad, hacia el alcohol, representó 27 personas (87%), tolerancia hacia la cocaína con 17 personas (55%) y la tolerancia hacia la marihuana con 14 personas (45%); Mientras que la distribución de las personas que no han desarrollado tolerancia de mayor a menor, aparece la no tolerancia hacia la marihuana con 17 personas (55%), la no tolerancia de la cocaína, aparecen 14 personas (45%), y la no tolerancia del alcohol, aparecieron cuatro personas (13%).

Esto indica una mayor tolerancia desarrollada hacia el alcohol, seguido por la cocaína y por último la marihuana. Se observa la diferencia de una persona que ha consumido cocaína y marihuana y no ha desarrollado la tolerancia hacia estas sustancias (véase **Figura 1**), lo que representa que el consumo de alguna de estas sustancias genere mayores posibilidades de tolerancia que el alcohol.

Figura 2. Gráfica de distribución de frecuencia de muestra de acuerdo con la tolerancia de consumo de drogas.

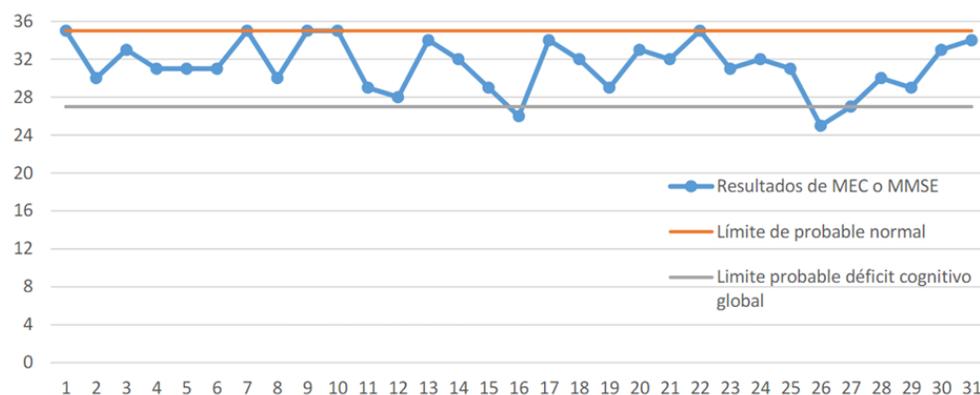


Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021.

Resultados del MEC

Se presenta en la **Figura 3**, la distribución de los resultados del MEC (Lobo, 1999) de mayor a menor puntaje, cinco personas (16%) se obtuvo un puntaje de 35; 5 personas (16%), arrojó un puntaje de 31; cuatro personas (13%), con un puntaje de 32; cuatro personas (13%), con puntaje de 29; tres personas (10%), obtuvieron puntaje de 34; tres personas (10%), con un puntaje de 33; tres personas (10%), con puntaje de 30; una persona (3%), obtuvo un puntaje de 28; una persona (3%), con puntaje de 27; una persona (3%), obtuvo un puntaje de 26; y una persona (3%), con un puntaje de 25. Esto muestra que en la distribución de los resultados se encontró que 28 personas lograron alcanzar un intervalo de 28 puntos a 35 puntos, lo cual evidencia que existe una mayor cantidad de personas dentro de los resultados “Probable normal”. Mientras que solo tres personas están por debajo de 28 puntos, lo que destaca es que existe una cantidad mínima de la muestra que presenta un resultado de “Probable déficit cognitivo”.

Figura 3. Gráfica de distribución de la muestra de acuerdo con los resultados del MEC (Lobo, 1999).



Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
Datos suministrados del MEC (Lobo, 1999).

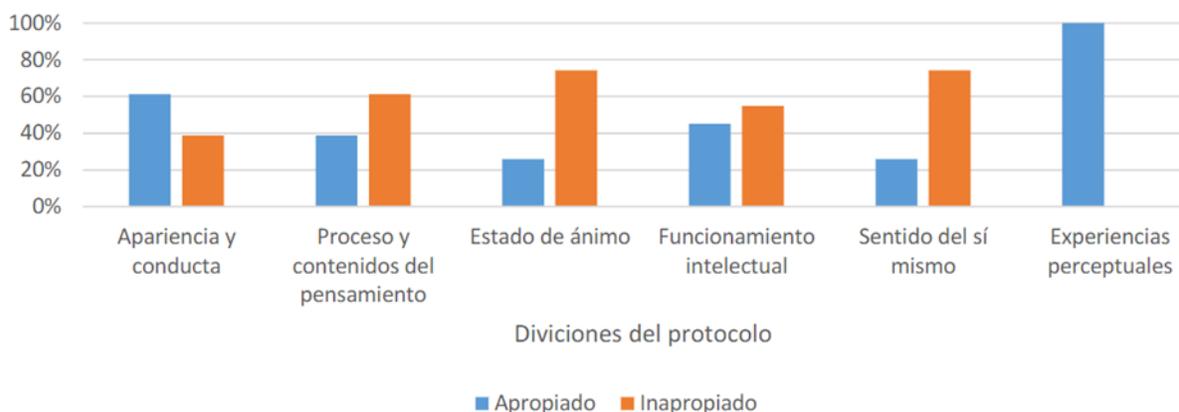
Resultados del Protocolo del Examen Mental

Se presenta en la **Figura 4**, la distribución de los resultados del Protocolo del Examen del Estado Mental, de acuerdo a la muestra de estudio, de mayor a menor cantidad de resultados apropiados de las divisiones, siendo las Experiencias perceptuales de 31 personas (100%); Apariencia y conducta de 19 personas (61%); Funcionamiento intelectual de 14 personas (45%); Procesos y contenidos del pensamiento de 12 personas (39%); Estado de ánimo de ocho personas (26%); y Sentido del sí mismo de ocho personas (26%).

La distribución de mayor a menor cantidad de resultados inapropiados de las divisiones fueron el Estado de ánimo de 21 personas (74%); Sentido del sí mismo de 23 personas (74%); Proceso y contenidos del pensamiento de 19 personas (61%); Funcionamiento intelectual de 17 personas (55%); Apariencia y conducta de 12 personas (39%); y Experiencias perceptuales No presentó respuesta inapropiada.

Esto puede indicar que existe un mayor porcentaje de población con resultados inapropiados en el estado del ánimo, siendo esta la mayor debilidad de la muestra, continuando con los procesos y contenidos del pensamiento, el funcionamiento intelectual y el sentido del sí mismo. Eso puede ser una predisposición psicológica para explicar los resultados de la tolerancia o dependencia (véase **Figura 2**).

Figura 4. Gráfica de distribución de la muestra de acuerdo con los resultados del Protocolo del Examen del Estado Mental.



Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021

Resultados estadísticos

Se presenta en la **Tabla 1**, la distribución de los resultados por división del Mini Examen Cognitivo (Lobo, 1999), según los resultados de los 31 participantes, hubo un mínimo de siete puntos a un máximo de 10 puntos con una media de 9.65 y una desviación estándar de 0.80

en los Puntajes de Orientación; un mínimo de dos puntos a un máximo de tres puntos, con una media de 1.97 y una desviación estándar de 0.18, en los puntajes de Memoria de fijación; un mínimo de cero puntos a un máximo de cinco puntos con una media de 3.74 y una desviación estándar de 1.46, en los puntajes de Restar de 30; un mínimo de un punto, a un máximo de tres puntos con una media de 12.55 y una desviación estándar de 0.62 en los puntajes de Repetición de dígitos inversos; un mínimo de cero puntos a un máximo de tres puntos con una media de 1.97 y una desviación estándar de 1.05 en los puntajes de Memoria diferida; un mínimo de dos puntos a un máximo de tres puntos con una media de 2.84 y una desviación estándar de 0.37 en los puntajes de Orientación; un mínimo de cero puntos a un máximo de dos puntos con una media de 1.90 y una desviación estándar de 0.40 en los puntajes de Semejanzas; un mínimo de cero puntos a un máximo de tres puntos con una media de 2.87 y una desviación estándar de 0.56 en los puntajes de Órdenes verbales; un mínimo de uno punto a un máximo de un punto con una media de 1.00 y una desviación estándar de 0.00, en los puntajes de Leer la frase; un mínimo de cero puntos a un máximo de un punto con una media de 0.94 y una desviación estándar de 0.25 en los puntajes de Escribir una frase; un mínimo de cero puntos a un máximo de un punto con una media de 0.97 y una desviación estándar de 0.18 en los Puntajes de Copiar el dibujo; un mínimo de 25 puntos a un máximo de 35 puntos con una media de 31.32 y una desviación estándar de 2.74 en los resultados de MEC. Esta estadística descriptiva nos permite comprender los comportamientos de manera general de la muestra estudiada. Hubo un mínimo de resultados con posible “deterioro cognitivo” de quienes consumen las sustancias estudiadas. En general el comportamiento de la muestra de estudio obtuvo un resultado “probable normal”.

Tabla 1. Estadística descriptiva de los resultados del Mini Examen Cognitivo según la muestra.

Sub-Escalas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Orientación	31	7.00	10.00	9.65	0.80
Memoria de fijación	31	2.00	3.00	2.97	0.18
Restar de 30	31	0.00	5.00	3.74	1.46
Repetición de dígitos inversos	31	1.00	3.00	2.55	0.62
Memoria diferida	31	0.00	3.00	1.97	1.05
Lenguaje y praxis	31	2.00	3.00	2.84	0.37
Semejanzas	31	0.00	2.00	1.90	0.40
Órdenes verbales	31	0.00	3.00	2.87	0.56
Leer la frase	31	1.00	1.00	1.00	0.00
Escribir una frase	31	0.00	1.00	0.94	0.25
Copiar el dibujo	31	0.00	1.00	0.97	0.18
Resultados de MEC o MMSE	31	25.00	35.00	31.32	2.74
N válido (por lista)	31				

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
 Datos suministrados del MEC (Lobo, 1999).

Los resultados de esta tabla (**Tabla 2**), demuestran un cruce de variables entre el deterioro cognitivo por el Mini Examen Cognitivo (Lobo, 1999) y el consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana. De acuerdo a la muestra de estudio, las personas que No consumieron Alcohol, no obtuvieron porcentaje en los resultados; las personas que Sí consumieron Alcohol tienen un resultado “probable normal” de 28 personas (90%) y un “probable deterioro” de tres personas (10%); de las personas que No consumieron Cocaína tienen un resultado “probable normal” de 12 (92%) y un resultado de “probable deterioro” de una persona (8%); las personas que Sí consumieron Cocaína tienen un resultado “probable normal” de 16 personas (89%) y un resultado de “probable deterioro” de dos personas (10%); las personas que No consumieron Marihuana tienen un resultado “probable normal” de 15 (94%) y un resultado de “probable deterioro” de una persona (6%); las personas que Sí consumieron Marihuana tienen un resultado “probable normal” de 13 personas (87%) y un resultado de “probable deterioro” de dos personas (13%). Lo que representa que de las personas que consumieron las tres sustancias, dos personas obtuvieron un resultado de “probable deterioro cognitivo”, mientras que de las personas que solo consumieron alcohol, una persona obtuvo un resultado de “probable deterioro cognitivo”.

Tabla 2. Tabla cruzada de los resultados del deterioro cognitivo según el MEC y el consumo de drogas.

	Alcohol				Cocaína				Marihuana			
	No		Si		No		Si		No		Si	
Deterioro	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Probable normal	0	0%	28	90%	12	92%	16	89%	15	94%	13	87%
Probable deterioro	0	0%	3	10%	1	8%	2	11%	1	6%	2	13%
Total	0	0%	31	100%	13	100%	18	100%	16	100%	15	100%

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
 Datos suministrados del MEC (Lobo, 1999).

En la tabla se presentan los resultados de las frecuencias según la tabla cruzada de los resultados del deterioro cognitivo según el MEC (Lobo, 1999) y el consumo de drogas; se especifica la cantidad de personas que consumen la sustancia y las que no consumen.

Estadística Inferencial

Correlación

Hipótesis:

Hipótesis Ho: No existe relación entre deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana en las personas que asisten al albergue temporal del Centro de Orientación y Atención San Juan Pablo II en la ciudad de Panamá.

Ho: $r=0$.

Hipótesis Hi: Existe una relación entre deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana en las personas que asisten al albergue temporal del Centro de Orientación y Atención San Juan Pablo II en la ciudad de Panamá.

Hi: $r \neq 0$

Prueba estadística: chi cuadrado

Nivel de confianza: $\alpha 0.05$

Región de rechazo:

Rechazar la Ho $p \leq 0.05$

Aceptar la Ho $p > 0.05$

Deterioro Cognitivo Vs Alcohol

Tabla 21

Tabla cruzada

Recuento		ALCOHOL	
		SI	Total
Deterioro probable normal	probable	28	28
	normal		
probable deterioro	probable	3	3
	deterioro		
Total		31	31

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021

Debido a los criterios de inclusión y exclusión, fueron 31 encuestados que respondieron que sí consumen alcohol, de los cuales 28 son probables normal y tres personas en probable deterioro.

No se calcularon las medidas de asociación para la tabulación cruzada de deterioro alcohol. Como mínimo, una variable en cada tabla bidimensional sobre la que se calculan las medidas de asociación es una constante.

Deterioro cocaína

Tabla 22

Tabla cruzada

Recuento		COCAÍNA		Total
		NO	SI	
Deterioro	probable normal	13	15	28
	probable deterioro	1	2	3
Total		14	17	31

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021

De las 31 personas entrevistadas, 28 dieron como resultado “probable normal”. De los cuales, 15 presentaron consumo de cocaína y 13 presentaron no consumir cocaína. Dentro de los entrevistados, tres dieron como resultado “probable deterioro cognitivo”. De las cuales, dos presentaron que consumieron cocaína y uno presentó no consumir cocaína.

Tabla 23

Pruebas de chi cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado	.188 ^a	1	.665
Razón de verosimilitud	.192	1	.661

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021

De acuerdo al valor de chi cuadrado de 0.188, con un grado de libertad de 1, y un p valor de 0.665 mayor al nivel de alfa 0.05. Pero como los valores esperados en las casillas son menores a 5, lo cual indica que los resultados de las tablas son menores, se usó la razón de verosimilitud, indicando que su valor es de 0.192, con un grado de libertad de 1, y un p valor de 0.661. Lo que demuestra que hay evidencia suficiente para rechazar H_0 , que coincide con la relación entre el consumo de cocaína y el deterioro cognitivo. Por lo que se acepta, indicando que no existe relación significativa del deterioro cognitivo y la cocaína.

Deterioro marihuana

Tabla 24

Tabla cruzada

Recuento		MARIHUANA		Total
		NO	SI	
Deterioro	probable normal	16	12	28
	probable deterioro	1	2	3
Total		17	14	31

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
De las 31 personas entrevistadas, 28 dieron como resultado “probable normal”. De los cuales, 12 presentaron consumo de marihuana y 16 presentaron no consumir marihuana. Dentro de los entrevistados, tres dieron como resultado “probable deterioro cognitivo”. De las cuales, dos consumieron marihuana y uno no consumía marihuana.

Tabla 25

Pruebas de chi cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado	.620 ^a	1	.431
Razón de verosimilitud	.622	1	.430

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021

De acuerdo al valor de chi cuadrado de 0.620, con un grado de libertad de 1, y un p valor de 0.431 mayor al nivel de alfa 0.05. Pero como los valores esperados en las casillas son menores a 5, lo cual indica que los resultados de las tablas son menores, se usó la razón de verosimilitud, indicando que su valor es de 0.622, con un grado de libertad de 1, y un p valor de 0.430. Lo que demuestra que hay evidencia suficiente para rechazar H_0 , que coincide con la relación entre el consumo de marihuana y el deterioro cognitivo. Por lo que se acepta, indicando que no existe relación significativa del deterioro cognitivo y la marihuana.

Discusión

En la hipótesis estadística se establece que existe una relación entre el deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana en adultos del albergue Juan Pablo II, en la ciudad de Panamá.

Según lo escrito en Papalia (2009), la etapa de la adultez media en términos cronológicos es entre los 40 y 65 años. Sin embargo, Papalia (2009) escribe posteriormente que no hay un consenso acerca de cuándo empieza o termina, por lo que en el presente estudio utilizamos una muestra de personas de 36 hasta 65 años que pertenecen a esta etapa. Como se expone en Bejarano (2006), la edad mediana constituye en una época donde se reevalúa la existencia, si no es un momento de reajuste dinámico con la familia, lo que puede ser significativo para las conclusiones de esta investigación, ya que los resultados son levemente mayores en los rangos de edad de 51-55 años (26%) y de 61-65 años (26%), al resto. Estos resultados difieren de los obtenidos en González (2012), que señalan que la edad promedio es de 33,8; y en lo expuesto en CONAPRED (2017), que presenta que el rango de edad oscila entre el 39% y 45%, esto quiere decir que se encuentran entre los grupos de edad de 18 a 44 años.

En el estudio hay patrones de datos sociodemográficos, observándose una alta frecuencia en los participantes que no culminaron el colegio, del cual los resultados se asemejan a los obtenidos en los trabajos de González (2012), que manifiestan que existe un alto porcentaje en personas que tienen bajos niveles de escolaridad. Sin embargo, difiere de los obtenidos en Lira (2013), que sostiene que en general los consumidores tienen buena escolaridad.

En cuanto a la ocupación, se muestran resultados similares en González (2012), pues se encontró un alto porcentaje de sujetos con experiencia en ocupaciones como empleados por cuenta ajena en ocupaciones que no requieren un estudio complejo para ser ejercidos (como Construcción 23%, Estibador 13%, y Seguridad 13%). También, similares en Lira (2013), del cual se expone que un alto porcentaje tiene una ocupación del cual el consumo de sustancias hace que se le dificulte cualquier actividad compleja.

En cuanto a la prevalencia de consumo de las sustancias de estudio, esta investigación tiene similitud con la realizada por CONAPRED (2017), que presenta un alto porcentaje de 72% de personas que declaran haber consumido alcohol al menos, alguna vez en su vida. Los resultados obtenidos también tienen similitud al trabajo realizado por Lira (2013), y se expone que una alta cantidad de usuarios que consume alcohol junto con la cocaína. Esto último también se ve expuesto en el consumo de drogas de esta investigación, ya que el alcohol es una sustancia con un 100% de consumo, mientras que la cocaína y la marihuana tiene menor nivel de consumo. Es común observar antecedentes de consumo de dos o tres sustancias de estudio a la vez, en donde el alcohol se encuentra presente en todos los sujetos y es acompañado con otras sustancias. Esto, según lo expuesto en Cañuelo y Garda (2002), mencionados por Lira (2013), quien afirma que el consumo de alcohol puede ser el estímulo iniciador o desencadenante de la búsqueda del efecto. Lo que también manifiesta la propuesta de la droga dominante mencionada por Salado (2017), quien establece que una de las

sustancias es de mayor dependencia, mientras que las otras sustancias no son totalmente necesarias y pueden ser reemplazables.

Mientras que, en esta investigación, las drogas ilícitas de estudio son la cocaína y la marihuana y se presenta que la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo, seguida por la cocaína. De igual forma, difiere de lo expuesto en CONAPRED (2017), en donde la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en Panamá.

El inicio del consumo de alcohol, con similitud a lo expuesto en Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (2013), presenta que la edad de inicio de consumo de alcohol es entre los 16 y 18 años. Sin embargo, difiere en los resultados de esta investigación con un inicio de consumo de marihuana promedio de los 17.6 años y un promedio de 19.7 años en el consumo de cocaína; mientras que el rango de edad del inicio de consumo de marihuana es desde los 20-24 años (53%) y de los 10-14 años (44%) en cocaína.

Esta investigación tiene un alto porcentaje en el 2020, como última vez de consumo de todas las sustancias de estudio y similitud con lo expuesto en González (2012), que presenta que la prevalencia de consumo de alcohol se da en el último mes y en las otras sustancias en los últimos 6 meses.

El resultado de la dependencia hacia el alcohol en esta investigación difiere con los resultados del Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (2013), puesto que un bajo porcentaje manifiesta comportamientos indicativos de la dependencia del alcohol. Sin embargo, hay similitud entre ambos estudios con respecto a la dependencia de la cocaína y la marihuana, debido a que manifiesta que la población que ha consumido la sustancia muestra signos de dependencia o la han consumido de manera abusiva.

Los resultados del análisis concuerdan con lo mencionado en Cogollo (2011), en que el consumo prolongado de las sustancias produce alteraciones que van desde el estado de ánimo hasta una crisis de ansiedad, de pánico, delirios y otros. En esta investigación, según el Protocolo de Examen del Estado Mental, los resultados inapropiados con mayor porcentaje fueron las experiencias perceptuales, la conducta motriz (como lenta, esforzada, hiperactiva o con gesticulaciones), la memoria rápida, las creencias irracionales, el estado de ánimo y afecto, el funcionamiento intelectual, y el juicio.

Estos resultados también son similares a lo mencionado en Pradat-Diehl (2003), Gilbert (2004), Bramham (2004), Astigarraga (2005) y Bramati (2002); mencionan que las personas que consumieron por primera vez en el periodo de la inmadurez se ven expuestos a ser más vulnerables o con mayor dificultad de manejar problemas de control de impulsos, ya que se ve afectada la corteza prefrontal debido a los resultados que nos permiten observar el mal funcionamiento en la función de planificar, resolver problemas, y controlar impulsos, como podemos observar un alto porcentaje en la velocidad inapropiada en el proceso del pensamiento, creencias irracionales, e ideas sobre evaluadas las más afectadas.

El deterioro cognitivo de la muestra obtuvo una media de 31.32 puntos, lo que corresponde a una media estadística con un rango de «posible normal» en el MEC (Lobo, 1999). Según el Protocolo del Examen Mental, sobresalen en las experiencias perceptuales, la apariencia y conducta con mayor cantidad de resultados «apropiados»; mientras que sobresalen en el

estado de ánimo, el sentido del sí mismo, los procesos y contenidos del pensamiento, y el funcionamiento intelectual con mayores resultados «inapropiados». Esta no se valida, ya que no se observó una relación significativa entre el deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana. Estos son parecidos a la investigación realizada por Carcelén (2020), donde no se evidenció deterioro cognitivo grave ni moderado, siendo el deterioro cognitivo leve el más frecuente con un franco predominio del grupo etario de entre 18 y 24 años con 18 casos (64,3%), seguido del grupo de 25 a 29 años con el 14,3%. Un estudio similar fue el de Mariño (2012) donde el análisis de los resultados evaluados, a través de la prueba de chi cuadrado evidenció que no hubo relación con el tipo de droga consumida; no siendo así con el tiempo de consumo, contrario a lo citado en la literatura.

Estos son diferentes al realizado por Coullaut (2011), donde demostró una correlación entre el deterioro cognitivo y el consumo de diferentes sustancias psicoactivas. Otros estudios cuyos resultados son diferentes a los encontrados en esta investigación, fueron el realizado por Arbaiza (2014), indica que se ve afectada la memoria de trabajo y funciones ejecutivas y Pérez (2002), encontró que el impacto de los deterioros neuropsicológicos está asociado al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. García (2019), muestra que los resultados de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentan más dificultades en el desempeño cognitivo.

Conclusión

Se concluye con esta investigación que no existe relación entre el deterioro cognitivo y el consumo de drogas en los adultos varones que habitaron el Albergue Juan Pablo II en Panamá durante 2020.

Dentro de las variables sociodemográficas encontramos que la droga de mayor consumo es el alcohol, ya que existe una totalidad porcentual de personas que han admitido haberla consumido por lo menos una vez en su vida en esta investigación. Esta sustancia es la única droga legal y depresora estudiada y la mejor aceptada dentro de la cultura. El alcohol es la droga dominante más común dentro de este estudio. La cocaína obtuvo la mayor frecuencia de inicio de consumo en edades tempranas. La sustancia psicodélica (marihuana) es la menos consumida entre las otras drogas observadas. La marihuana tiene una frecuencia de inicio de consumo mayor que las otras dos drogas. El consumo de cualquier droga ilícita, como la cocaína, en edades tempranas tiene una alta posibilidad de desarrollar tolerancia. Según los datos obtenidos en esta investigación, el mayor porcentaje de personas que consumieron una de las drogas del estudio en edades tempranas, desarrollaron tolerancia posteriormente. Incluso puede que desencadene un deseo de experimentar con otras sustancias o realizar combinaciones en edades próximas.

Las personas que consumieron por primera vez alguna de las drogas estudiadas antes de alcanzar la madurez se ven expuestas a ser más vulnerables para crear una tolerancia.

Prevalece una baja frecuencia en los puntajes de “probable déficit cognitivo”, siendo el resultado de “probable normal” la norma del estudio.

Existe una alta frecuencia inapropiada en los resultados de “Apariencia y conducta”, “Proceso y contenidos del pensamiento”, “Estado de ánimo”, “Funcionamiento intelectual”, y el “Sentido del sí mismo”.

El deterioro cognitivo de la muestra obtuvo una media de 31.32, lo que representa un resultado muestral de “Probable normal”. Por lo que, las personas que han consumido las tres sustancias tienen la mayor cantidad de resultados en “Probable deterioro” (de dos personas con posible deterioro cognitivo), mientras que el grupo de personas que consumieron solamente alcohol tienen el menor resultado de posible deterioro cognitivo (una persona con posible deterioro cognitivo).

No se validan los resultados de chi cuadrado ni los de la Razón de verosimilitud, demostrando que no hay un grado de asociación, por lo que se acepta hipótesis nula.

Referencia

1. Acosta, J. C. (2009). Perfil del MINI-MENTAL en policonsumidores de 25 A 50. *Psicogente*, 12(22), 316-325.
2. Álaba, J. A.-O. (2011). Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(3), 131-138.
3. Allegri, R. y. (2001). La corteza prefrontal en los mecanismos atencionales y la memoria. *Revista de Neurología*, 32(5), 449 – 453.
4. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Panamericana.
5. Arbaiza, M. (2014). *Alteraciones cognitivas, conectividad funcional y personalidad en el drogodependiente*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
6. Arbaiza-Díaz, I. B.-B.-V.-V.-R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de sustancias psicoactivas. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(3), 168-73.
7. Astigarraga, E. G. (2005). Only spontaneous counterfactual thinking is impaired in patients with prefrontal cortex lesions. *Brain Res Cogn Brain Res*, 24(3), 723-726.
8. Aznar, S. d. (1999). Revalidación y estandarización del minexamen de cognición (primera versión en español del Mini-Examen de Estado Mental) en la población geriátrica general. *National Center For Biotechnology Information*, 112(29), 767-74.
9. B., R. C. (2004). Sequential memory: a developmental perspective on its relation to frontal lobe functioning. *Neuropsychol Rev*, 14(1) 43-64.
10. Bejarano, J. F. (2006). El consumo de drogas en hombres y mujeres costarricenses. Análisis de una década en personas de 25 a 59 años de la población general. *Costarric. salud pública*, 15(28).
11. Bramati, I. G. (2002). Functional networks in emotional moral and nonmoral social judgments. *Neuroimage*, 16(3), 696-703.

12. Bramham, J. B. (2004). Reward-related reversal learning after surgical excisions in orbito-frontal or dorsolateral prefrontal cortex in humans. *J Cogn Neurosci*, 16(10) 1796-804.
13. Carcelén, R. G. (2020). Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes. *Correo Científico Médico*, 24(2).
14. Castro, M. y. (2014). *Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014*. Universidad de Costa Rica.
15. Cea, S. E. (2016). Relación Entre Coeficiente Intelectual, Inteligencia Emocional, Dominancia Cerebral y Estilos de Aprendizaje Honey-Alonso en Estudiantes de Educación Física de Chile. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(4), 1207-1209.
16. Cimadevila, C. (2008). Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en población gallega mayor de 65 años. [Tesis de doctorado, Universidad de Santiago de Compostela]. <https://books.google.com.pa/books?id=ohpUv2vKcBAC&lpg=PA179&dq=deterioro%20cognitivo&hl=es&pg=PP2#v=onepage&q=deterioro%20cognitivo&f=false>.
17. Cogollo, Z. y. (2011). Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de Cartagena, Colombia. *Colomb. Psiquiat*, 40(4).
18. CONAPRED. (14 de diciembre de 2017). *Ministerio Publico de Panamá*. Obtenido de <https://ministeriopublico.gob.pa/informe-conapred-control-del-abuso-drogas-panama-evento-conexos/>
19. Coullaut, R. A. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(3), 168-73.
20. Crozier S., D. B. (2001). The role of dorsolateral prefrontal cortex in the preparation of forthcoming actions: an fMRI study. *Cereb Cortex*, 11(3) 260-266.
21. D. Salado, A. D. (2017). *Psicofisiología Humana (1ed.)*. Universidad de Panamá.
22. Damasio, H. (1989). *Lesion Análisis in neuropsychology*. Oxford University Press.
23. Domínguez, M. L. (2009). Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del norte de México. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(1), 119-135.
24. E., G. W. (2001). Functions of the medial frontal cortex in the processing of conflict and errors. *J Neurosci*, 21(23) 9430-9437.
25. Esteban F., E. D. (2018). Locus de control según estadios de cambio en usuarios del centro "Proyecto Esperanza". *Revista Killkana Salud y Bienestar*, 2(1), 1-8.
26. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (08 de mayo de 2018). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Obtenido de <https://www.emcdda.europa.eu/drug-profiles>
27. Fidel, E. y. (2019). *Detetioto cognitibo en jovenes por el consumo excesivo de drogas*. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro.

28. Folstein, M. F. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients. *J. Psych. Res.*, 12(3) 189-98.
29. García, M. y.-M. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral*, 3(6), 43-52.
30. García, V. (2019). Consumo de sustancias psicoactivas asociado al desempeño cognitivo, la depresión y otras variables psicosociales. Colombia: Universidad de Córdoba.
31. Gilbert, D. T. (2004). Looking forward to looking backward: the misprediction of regret. *Psychol Sci*, 15(5), 346-350.
32. González, J. R. (2012). Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas . *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(3).
33. Lira, J. O. (2013). Perfil sociodemográfico y patrones de consumo de drogas de pacientes de cocaína y crack. *Diversitas*, 9(2).
34. Lobo, A. y. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. (112), 767-774.
35. M., B. (2018). Inteligencia emocional y drogodependencias: Factores de riesgo psicosociales [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Barcelona]. Obtenido de https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2018/194373/TFG_mbuendiapoyo.pdf
36. Mariño, N. C. (2012). Funcionamiento ejecutivo en policonsumidores de sustancia psicoactivas. *Revista de psicología Universidad de Antioquía*, 4(2), 49-64.
37. Ministerio de Justicia y del Derecho. (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013. Colombia: Gobierno Nacional de la República de Colombia.
38. Monroe, T. y. (2012). Uso del Examen Folstein Mini Mental State (MMSE) para explorar problemas metodológicos en la investigación del envejecimiento cognitivo. *Eur J Envejecimiento*, 9(3), 265-274.
39. National Institutes of Health. (20 de Agosto de 2020). National Institute on Drug Abuse. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/sustancias-de-abuso-habitual>
40. Navas, E. y. (2004). El síndrome disejecutivo en la psicopatía. *Revista de Neurología*, 38(6), 582 – 590.
41. Organización Mundial de la Salud. (2008). Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
42. Papalia, D. &. (2009). *Psicología del Desarrollo (11ed.)*. México: McGrawHill.
43. Pérez, M. L. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Adicciones*, 14(3).
44. Pradat-Diehl, P. S. (2003). Perception of action boundaries in patients with frontal lobe damage. *Elsevier Science Ltd*, 41(12), 1619-1627.
45. R., S. (2014). Metodología de la Investigación. McGrawHill.

46. Wechsler, D. (2005). *Protocolo de Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV*.
El Editorial Moderno

REVISTA REDEPSIC ISSN L 2805-1904 Acceso Abierto. Disponible en: https://revistas.up.ac.pa/index.php/redepsic	Volumen 1, Número 2 Julio - Diciembre 2022 Recibido: 4-5-2022 Aceptado: 11-2022 pp. 82-91
---	---

NACIMIENTO DE UN HIJO CON DISCAPACIDAD, SU IMPACTO Y EL DERECHO A LA SALUD MENTAL FAMILIAR

Yorbalinda Velasco Poveda. Universidad de Panamá. Facultad de Psicología, Dirección de Investigación y Postgrado. Panamá. E-mail: ysvelasco@gmail.com **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1451-3379>

Fecha de recepción: 4 de mayo de 2022

Fecha de aceptación: 11 de mayo de 2022

Resumen

Este trabajo desarrolla la responsabilidad social y humana de garantizar a un infante nacido con discapacidad los cuidados integrales correspondientes, conforme lo prevén el derecho internacional y nacional, respecto a la familia, su evolución y desarrollo humano. Para ello se realizó una revisión documental de las normas y prácticas y se propuso un conjunto de acciones de obligado cumplimiento.

Palabras clave: nacimiento, hijo, discapacidad, impacto y derecho.

Abstract

This work develops the social and human responsibility of guaranteeing an infant born with a disability the corresponding comprehensive care, as provided by international and national law, regarding the family, its evolution and human development. For this, a documentary review of the rules and practices was carried out and a set of mandatory actions was proposed.
Key words: birth, child, disability, impact and entitlement.

Introducción

La atención oportuna de las familias con un miembro con discapacidad debe considerarse como un asunto de derechos humanos dada la potencial vulnerabilidad de las familias que se incrementa en caso del integrante con discapacidad.

El diagnóstico de discapacidad, ya sea física o emocional en un hijo puede ser interpretado por los padres y parientes como una situación amenazante, un desafío o como una pérdida, y en consecuencia generar una serie de crisis que impactan en sus sistemas personales, sociales y familiares (Slaikou, K., 2000, p.78).

Este impacto resulta evidenciable en los estudios de Núñez (2003), cuyos aportes asocian la resolución inadecuada de estas crisis con el desarrollo de conflictos vinculares que son observados en la dinámica familiar durante la atención clínica (p.133-141).

Objetivos

Ante esta inquietud, el propósito del ensayo se centra en valorar la importancia de la intervención en favor de la salud mental preventiva de los padres que afrontan el nacimiento de un hijo con discapacidad, mediante el análisis del impacto que tiene el evento, sus factores protectores y de riesgo para el desarrollo de los vínculos familiares y el derecho a la salud mental de todos los miembros de la familia.

Esto nos lleva a repensar la importancia de los roles atribuidos a los padres, definidos en la norma jurídica internacional y reconocidos por la mayoría de los países, incluyendo el nuestro. Así, encontramos en los artículos 10 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Organización de Naciones Unidas, 1966), responsabilidades como la gestión de la educación y el cuidado de la salud para el sano desarrollo de los hijos.

Centrar la mirada oportunamente en los aspectos que favorecen y los que afectan la salud mental de las familias en los momentos de crisis desde un enfoque de Derechos Humanos resulta de importancia, dada la concepción de la familia como “elemento natural y fundamental de la sociedad”, consagrada en el Artículo VI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Organización de Estados Americanos, 1948).

Metodología

Para iniciar la reflexión, nos parece obligada la comprensión de lo que sucede cuando los padres reciben la noticia del diagnóstico o el nacimiento de un hijo con discapacidad, desde la visión de las pérdidas.

Concebidas como “cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que hemos establecido un vínculo emocional”, las pérdidas se asocian a situaciones de privación de algo que se tuvo, el fracaso en la consecución o conservación de algo valioso para la persona, una disminución conmensurable (como la de una capacidad), o la destrucción o la ruina (Neymeyer, R., 2002, p. 47); por tanto, las pérdidas generan un impacto en quienes

las vivencian.

Perdemos también intangibles. Freud, (1917 [1915]) definió el duelo “como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”; y, aunque aparece generalmente como un proceso adaptativo normal tras la muerte de familiares, dados los primeros estudios, Worden, (2017) afirma que el concepto es aplicable a otros tipos de pérdidas (p, 33).

El mismo autor plantea la realización de tareas del duelo, propuesta que atiende al concepto de trabajo de duelo de Freud, y que implican un trabajo activo por parte de quienes lo afrontan. De esta forma, se plantea que quien afronta el proceso de adaptación a una pérdida, aborda las siguientes tareas: aceptar la realidad de la pérdida, elaborar el dolor producido, adaptarse a un mundo sin lo perdido, ubicar lo perdido en la vida emocional para seguir viviendo en forma eficaz (Worden, J., 2017, p.55-71).

Al respecto, Payás, (2016), analiza la utilidad de los modelos conceptuales del duelo destacando la importancia de contar con una teoría que explique claramente el final del proceso, donde termina, así como para qué del duelo, refiriéndose a su función (p. 29). Ello nos plantea las siguientes interrogantes: si no hay una muerte, ¿qué diferencia el proceso de duelo cuando aparece como respuesta ante el nacimiento de un hijo con discapacidad? ¿Qué pierden entonces los padres y cómo influye esto en la familia?

En cuanto al modelo que explica el proceso de duelo, Quirós, M., (2017), advierte el reduccionismo producido con la interpretación del proceso de duelo por etapas (tradicionalmente utilizado para describir las pérdidas por fallecimiento) en la vivencia de la discapacidad de los hijos, pues el hijo con esta condición se mantiene vivo y la dinámica familiar cambia con los nuevos retos que se presentan a las familias. Por ello recomienda el abordaje considerando el concepto de “pérdidas ambiguas”, propuesto en los años noventa por Pauline Boss para designar el proceso de aflicción o duelo experimentado por las familias de los soldados norteamericanos que murieron en Irak.

García, R. & Suárez, M., (2007), plantea en cuanto a la pérdida ambigua, que resulta necesario la construcción de otra metáfora que permita dar cuenta del espacio o vacío dejado en la vida de la familia, en las que las ausencias no se definen fácilmente y que por su ambigüedad suelen tener mayor impacto social.

Por su parte, Boss, (2001), sostiene que el concepto de familia cambia en la mente de quienes la integran respecto a la presencia o ausencia de sus miembros; mientras en el caso de las muertes, la pérdida es definida y su aceptación es ayudada por los rituales; cuando la ausencia es psicológica y la persona físicamente está presente, la situación indefinida de pérdida se prolonga agotando física y emocionalmente a sus miembros.

En consecuencia, la autora afirma que el dolor no solucionado puede mantener paralizadas a las personas manteniéndose a la espera que la diferencia entre la realidad y sus expectativas finalice, lo que incide en la familia o la pareja desapareciendo la claridad de los límites y el cuestionamiento de las relaciones íntimas, manteniendo sentimientos de confusión que se mezclan con miedo y rabia.

Finalmente, destaca que ante la incertidumbre, las familias pueden tomar soluciones extremas actuando ya sea como si la ausencia fuese definitiva, o por el otro lado, como si nada hubiera pasado, impidiendo así la adaptación a la ambigüedad de su pérdida y la reorganización de los roles y normas de las relaciones con sus seres queridos, tendiendo así a congelar las relaciones en la situación que se vive y aferrándose a la esperanza que las cosas vuelvan a ser como antes, lo que propicia la aparición de depresión, ansiedad o conflictos relacionales.

Estos conflictos relacionales que se presentan en las familias con hijos con discapacidad son estudiados por Núñez, (2003), quien afirma que, aunque no surgen directamente como producto de la discapacidad, sino como posibles formas de adaptarse, ubican a las familias entre la población en riesgo pues suelen afectar el proceso de crianza efectiva y demandan una atención temprana, así como servicios de apoyo que permitan prevenir complicaciones en materia de salud mental. En la Tabla 1 se organizan las situaciones conflictivas según los vínculos.

La autora afirma sobre estas crisis, que constituyen “...un momento decisivo y crítico donde los riesgos son altos y donde el peligro para el surgimiento de trastornos psíquicos (Tabla 2) y la oportunidad de fortalecimiento, coexisten” (p. 134); e identifica una serie de situaciones conflictivas que llevan a las familias a la consulta clínica, observables en las relaciones conyugales, parentales con el hijo con discapacidad y fraternales.

Resulta importante el abordaje si consideramos los aportes de Schild, en Slaikeu, (2000), respecto a las actividades psicológicas a las que la familia con un niño con discapacidad deberá hacerle frente, como son: reafirmación de su autoestima, conocimiento de las limitaciones de la condición diagnosticada, así como la pérdida asociada, reajuste de los autoconceptos de los padres y el hijo con discapacidad, ajuste de las desviaciones producto de los paradigmas sociales asociados a la discapacidad diagnosticada y la apropiación de roles que incrementen continuamente el desarrollo personal (p. 76-78).

Apoyar a las familias durante el proceso de ajuste a las crisis generadas por la discapacidad podría contribuir a la realización de dichas actividades psicológicas, así como a aminorar el sufrimiento humano de los miembros de la familia, especialmente el de las personas con discapacidad, aspecto cuyo impacto fuera estudiado por Winnicott, en Schorn, M., (1999),

en el caso de una persona con discapacidad al “no ser deseado como se es” (p. 12).

Tabla 1

Situaciones de conflicto vinculares en familias con hijos con discapacidad

Vínculos		
Conyugal	Padres-hijo con discapacidad	Fraterno
Predominio de la vincularidad parental sobre la conyugal	Vínculos padres (deudor)-hijo (acreedor) con predominio de Culpa	Predominio intenso de culpa en el hermano por ser el “privilegiado”, “elegido”, hábil o sano
División rígida tradicional de roles entre los miembros de la pareja.	Hijo deudor-padres acreedores	Predominio intenso de ira, rivalidad, celos, envidia ante las mayores atenciones, privilegios, cuidados y provisiones materiales.
Alto nivel de recriminaciones, reproches (manifiestos o encubiertos) y proyecciones sobre el otro	Vínculo paterno-filial con ausencia de demandas.	Presencia de intensos sentimientos de frustración, aislamiento y soledad, como consecuencia de todas las limitaciones que se encuentran en la relación con este hermano
Intensos sentimientos de agobio y sobreexigencia ante las demandas de este hijo	Vínculo padres-hijo con negación e idealización del daño	Predominio de un exceso de responsabilidad ante el discapacitado, asumiendo funciones paternas
Incomunicación y distancia entre los miembros de la pareja.	Vinculación con el hijo sólo desde la parte dañada, sin reconocimiento de sus aspectos sanos.	Vínculo dominado por vergüenza y temor a la mirada de los otros y al rechazo del medio hacia su hermano, hacia sí mismo o hacia la familia

Aislamiento en relación al afuera	Vínculo padres-hijo en el que se remarcan las diferencias (sanos-enfermos)	Vínculo con intensa preocupación en torno al futuro.
	Vínculo padres-hijo en el que se anulan las diferencias.	
	Vínculo padre-hijo oscilante entre la permisividad y el descontrol agresivo.	

Fuente: Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. Elaboración propia.

Tabla 2

Indicadores de riesgo para el conflicto vincular

Tipo de vínculo familiar		
Conyugal	Padres-hijo con el hijo con discapacidad	Padres-hijo con el hijo con discapacidad
El niño tomado como "chivo expiatorio"	Relación estrecha madre-hijo.	Desinterés y desvinculación por atención al hijo con discapacidad.
Predominio de la vincularidad parental sobre la conyugal	Madre aferrada a ideología del sacrificio	No se le ofrecen espacios propios y momentos de atención exclusiva
Pérdida de los espacios de la pareja	Madre atrapada en la función de reeducadora del hijo	Se hacen recaer en él muchas exigencias y normativas, ceder ante el hermano.
División rígida de roles por género	Predominio de sentimientos de culpa paterna	Lo cargan de exceso de responsabilidades en relación con la edad cronológica
Estrecha relación madre-hijo	Hijo deudor-padres acreedores	Lo sobreprotegen, lo eximen de toda responsabilidad en relación con el hermano
Vínculo conyugal caracterizado por recriminaciones,	Predominio de desesperanza.	Le depositan exceso de expectativas de logros

Fuente: Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. Elaboración propia.

Desde el punto de vista legal, la importancia de la familia se encuentra definida en la norma jurídica internacional reconocida por el Estado panameño. Inherente a la familia, tanto la Declaración Americana de los Derechos y Deberes de Hombre, como la Declaración Universal de Derechos Humanos la conciben como “elemento fundamental de la sociedad” (Asamblea General de la ONU, 1948).

Este último instrumento define las responsabilidades familiares y del Estado para garantizar los derechos humanos; así, en su Artículo 25 consagra el derecho de las personas a: “...un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”

Podríamos argumentar que la familia tiene la función de gestionar la satisfacción de las necesidades de sus integrantes, asegurando a lo interno, los derechos humanos de sus miembros.

Conclusiones

La familia influye en la salud de sus integrantes. Louro Bernal, I., (2003) nos dice que tal como los rasgos propios del contexto social son manifestados en el hogar al influenciar lo material y espiritual. Así, el rol de la familia tiene que ver con la función en bienestar físico y mental de los miembros, al mediar en los procesos de salud – enfermedad de sus integrantes. De tal manera, el funcionamiento familiar que sintetiza los procesos psicológicos en las familias, funciona como su fortaleza, posibilitando el desarrollo saludable y convirtiéndose en barrera protectora del estrés y los acontecimientos adversos.

Ante el impacto que produce la discapacidad de un hijo, la capacidad de responder por parte de los miembros de la familia se ve afectada, lo que tiene el potencial de incidir en el desarrollo de sus miembros. Ello nos lleva a preguntarnos: ¿Cuál es el papel del Estado respecto a la salud de estas familias?

El Estado panameño contempla el derecho a la salud desde su Carta Magna. El Artículo 109 de nuestra Constitución consagra la función del Estado, de velar por la salud de la población, reconociendo el derecho de los individuos “...a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud...”. Igualmente, el Artículo 110 comprende las funciones de prevención, curación y rehabilitación como actividades para garantizar el

derecho a la salud, realizando acciones, entre las que figura la atención integral desde la gestación hasta la adolescencia, tanto del niño como de la madre (Asamblea Legislativa, 2004, p. 50-51).

A fin de garantizar los derechos de las personas con discapacidad, nuestro país ha formulado una serie de normativas específicas que parten de la Ley 42 de 1999 que establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, reformada por la ley N15 de 2016 y reglamentada mediante el Decreto Ejecutivo N°333 de 2019 (Asamblea Legislativa, 2019).

Sobre este último, el Art. 9 establece como responsabilidad del Estado la promoción de un presupuesto adecuado al Ministerio de salud para brindar "...atención especializada a todas las personas con discapacidad profunda en los centros y hospitales subsidiados o del sector público...".

El mismo apartado especifica que dicho presupuesto ha de permitir el acceso, entre otros a: la "promoción, prevención, atención especializada, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas que presten los servicios de salud" (Acápito 1), así como a "...programas de soporte psicológico y capacitación periódica para personas con discapacidad y sus familiares, direccionándolos hacia una mejor comprensión del manejo integral de la discapacidad" (Acápito 5).

Adoptar un enfoque de derechos humanos en salud mental precisa concebirla como un derecho humano fundamental, entendido como el "goce del grado máximo de salud, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (OMS, 2006), a lo que sumamos la discapacidad, incluida en el artículo 19 de nuestra Constitución desde el 2004, como estrategia para asegurar la universalidad del derecho y la no discriminación, independientemente de la condición de salud mental, a este grupo reconocido como vulnerable.

Dada la interdependencia de los derechos humanos, la salud no se limita a estar sano, sino que resulta de otras condiciones relacionadas con factores determinantes de salud como el trabajo, la vivienda, la alimentación o la disponibilidad de atención en salud, entre otras, consagrado en instrumentos internacionales entre los que podemos citar la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en nuestro país Ley 25 de 10 de julio de 2007 que aprueba además, su Protocolo Facultativo para garantizar el ejercicio pleno de todos los derechos y libertades fundamentales, así como el respeto a su dignidad inherente, sin discriminación (Asamblea Nacional, 2007).

Por lo expuesto, considerando la crisis potencial que puede significar el nacimiento de un miembro con discapacidad en la familia; ante el aumento del riesgo para el desarrollo integral de los integrantes

de la familia, dados los conflictos vinculares que suelen aparecer; y ante la doble vulneración que la situación representa para las personas con discapacidad, se hace necesaria la atención de la situación familiar para cumplir con lo dispuesto en la norma respecto a los programas de soporte psicológico que acompañen a la familia mientras reorganizan sus roles para desarrollar a sus miembros.

Ya que la salud mental constituye un derecho que se puede ver amenazado ante el diagnóstico de la discapacidad, con consecuencias que pueden mermar el goce de otros derechos si consideramos la interdependencia de los mismos, es preciso el apoyo a las familias para el afrontamiento positivo de las crisis que se genera, de forma tal que se asegure la salud mental y el desarrollo de sus miembros.

Referencias

Asamblea General de la ONU, (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Asamblea Legislativa (2007). Ley 25. Por la cual se aprueban la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo facultativo. República de Panamá. Recuperado de: <https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2017/07/Manual-de-citacio%CC%81n-APA-v7.pdf>

Asamblea Legislativa (2004). Constitución Política de la República de Panamá. Recuperado de: <https://www.cijc.org/es/NuestrasConstituciones/PANAM%C3%81-Constitucion.pdf>

Asamblea Nacional, (2019). Decreto Ejecutivo 333. Que reglamenta la Ley 15 de 31 de mayo de 2016, que reforma la Ley 42 de 1999, por la cual se establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y se dicta otra disposición. Recuperado de https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28917_A/76057.pdf

Louro Bernal, I., (2003). La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(1):48-51 (p. 50-51)el texto a continuación. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu07103.pdf>

Boss, P., (2001). La pérdida ambigua. 1ª ed. Editorial Gedisa. Barcelona, España.

Freud, S., (1917 [1915]). Duelo y melancolía. Obras completas XIV. Recuperado de: <file:///F:/DUELO%20INVEST/freud.%20Duelo%20y%20Melancolia.pdf>

Neymeyer, Robert (2012). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Editorial Planeta. España.

Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. Arch.argent.pediatr, 101(2). Recuperado de : <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/133.pdf>

Slaikeu, K., (2000). Intervención en crisis. 2ª reimpresión, Editorial Manual Moderno, México.

OMS (2006). Carta 323 derecho a la salud. Nota descriptiva N°323 OMS. Recuperado de: <http://biblioteca.fdi.cr/wp-content/uploads/2018/02/244-OMS-Nota-descriptiva-323-2007-El-derecho-a-la-salud.pdf>

Organización de Estados Americanos – OEA, (1948). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Recuperado de:
https://www.oas.org/dil/esp/declaraci%C3%B3n_americana_de_los_derechos_y_deberes_d_el_hombre_1948.pdf

Organización de Naciones Unidas, (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

Gante, R. F., (1989). Estudio comparativo de la relación de pareja y actitud hacia la condición incapacitante de hijos físicamente incapacitados y padres de niños no incapacitados. Tesis de licenciatura Universidad Autónoma de México. Recuperado de:
<http://132.248.9.195/ppt1997/0728053/0728053.pdf>

Payás, A., (2016). Las tareas del duelo. Editorial Paidós. Barcelona, España.

Schorn, M., (1999). Discapacidad. Una mirada distinta, una escucha diferente. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

REVISTA REDEPSIC ISSN L 2805- 1904 Acceso Abierto. Disponible en: https://revistas.up.ac.pa/index.php/redepsic	Volumen 1, Número 2 Julio - Diciembre 2022 Recibido: 15-4-2022 Aceptado: 17-5-2022 pp. 92-110
--	---

PSICOLOGÍA DEL PODER EN EL SIGLO XXI: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA INDUSTRIAL, ORGANIZACIONAL Y SOCIAL

Alberto Gil Picota Batista. Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Industrial, Organizacional y Social. República de Panamá.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8290-1328>

E-mail: apicota@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de abril de 2022

Fecha de aprobación: 17 mayo de 2022

Resumen

Este artículo es una reseña del libro del mismo nombre publicado en mayo de 2022 en los Estados Unidos (Columbia, SC) por la editorial Amazon Kindle Direct Publishing (KDP), el cual recoge una investigación documental concretada entre enero de 2021 y marzo de 2022. Esta exploración pergeñada desde la óptica de la Psicología Industrial, Organizacional y Social buscaba identificar las raíces, evolución, aplicación, consecuencias y perspectivas del poder, entendido como una facultad decisoria en los diferentes escenarios de la vida social (Estado, gobierno, empresas, sindicatos y sociedad civil). Al fin y al cabo, la dirección política y hegemonía de factores dominantes constituye un fenómeno crucial y clave en la dinámica de toda sociedad del pasado y del presente. Para ello se consideraron las perspectivas de ciencias auxiliares de la Psicología y, a la par, se examinó su acción e influencia en la esfera nacional e internacional y el uso de los aparatos de gestión del poder. Al final, se realizó un balance empírico del impacto del poder en la colectividad. El trabajo, en suma, atisba hechos de gran impacto de la escena mundial y advierte de su trascendencia explotando la capacidad analítica y de previsión que le es consustancial a la Psicología como ciencia de la cultura, de la sociedad y de la producción social.

Palabras clave: poder, psicología, estudio, político, industrial, organizacional y empresa.

Abstract

This article is a review of the book of the same name published in May 2022 in the United States (Columbia, SC) by Amazon Kindle Direct Publishing (KDP), which includes documentary research carried out between January 2021 and March 2022. This exploration conceived from the point of view of Industrial, Organizational and Social Psychology sought to identify the roots, evolution, application, consequences and perspectives of power, understood as a decision-making faculty in the different scenarios of social life (State, government, companies, trade unions and civil society). After all, the political direction and

hegemony of dominant factors constitutes a crucial and key phenomenon in the dynamics of all societies, past and present. For this, the perspectives of auxiliary sciences of Psychology were considered and, at the same time, their action and influence in the national and international sphere and the use of power management apparatuses were examined. In the end, an empirical balance of the impact of power on the community was made. The work, in short, glimpses events of great impact on the world scene and warns of their importance by exploiting the analytical and foresight capacity that is consubstantial to Psychology as a science of culture, society and social production.

Key words: power, psychology, study, politics, industry, organization and business.

Introducción

William Shakespeare (1546- 1616), el gran bardo inglés, quien, según Harold Bloom, no solo cambió nuestra forma de presentar la naturaleza humana, si no es que cambió la misma naturaleza humana (Genios, 2012), en una de sus tres tragedias situadas en la Roma imperial, concluye: “El orgullo echa a perder al hombre favorecido por el éxito”. Es más, parece decir que no todos los hombres situados en posiciones de liderazgo son líderes. Cayo Marcio Coriolano, brillante general romano, quien por cubrirse de gloria era capaz de entrarle a patadas al propio útero de su madre, terminó muerto acusado de traidor. El aire de tragedia de su vida, sin embargo, no lo eximió de la responsabilidad de sus actos. Esta es la sustancia que se plantea examinar este trabajo acerca del poder político desde la óptica industrial, organizacional y social.

Los métodos que nos permiten entender y explicar la conducta humana no pueden emplearse con los fenómenos físicos, por lo que, consecuentemente, el término *explicar* conserva una carga de significado que no les es aplicable. Las acciones de otros hombres son, probablemente, las primeras experiencias ante las que los humanos preguntan por qué (Hayek, 2003). A la sazón, un simple vistazo a la actualidad nacional e internacional, de ordinario, provoca una gran zozobra. Uno se cuestiona cómo es posible que, impunemente, sociedades y pueblos enteros sean asolados por guerras, represiones, hambrunas, abusos de género, genocidios y terribles desafueros sin que pareciera que no hay dónde apelar. En la desesperación nos viene a la mente *Heraldos Negros*, el célebre poema de César Vallejo en que reclama como causa de sus males el odio de Dios. Vaya despiste. Aunque “Dios no rechaza al íntegro ni da la mano a los malvados” (Job, 8:20).

En verdad las raíces y superación de estas arbitrariedades están en el ser humano. Y no se trata del abuso de la razón, como diría Friedrich Hayek, en creer que la sola decisión humana puede, por sí y ante sí, modificar la historia, ya se trate de hechos sociales o naturales. No se trata de un artilugio mecanicista de esta especie. Se trata, sí, de que el accionar humano, global y local, con responsabilidad y democracia, puede contribuir a abolir estos morbos. En el caso de Panamá, en lugar de buscar las causas de las crisis de gobernanza entre las nubes, de una vez por todas, deberá entenderse que el desgobierno, la corrupción y el autoritarismo tienen cura nacional. Se llama pueblo de Panamá, electorado, opinión pública, acción popular, pensamiento crítico, inteligencia colectiva. Por cierto, la trayectoria nacional ha mostrado ya cómo se hace. Se trata de aprender de la historia. De entender y desentrañar los procesos del poder. Quienes están encaramados en la casa de mando, al decir de Maquiavelo, tienen como divisa no caerse. Es decir, a como dé lugar, por las buenas o por las malas, mantenerse en la casa presidencial y sus anexos orgánicos. Una forma de evitar los asaltos

en las calles, dicen los expertos en seguridad, es aprender artes marciales y, por cierto, bien. Un golpe contundente puede desactivar la bomba inesperada de un rufián. Es práctica y, vale decirlo, insufla una sensación de orgullo y amor propio que te deja feliz. Panamá y la humanidad deben corregir su historia de opresión, de abuso, de malsana sujeción. No se puede seguir siendo el rehén de un deletéreo síndrome de Estocolmo. Dándole una coartada historicista a los abusadores. Que así son las cosas, y punto. Sostiene Francisco Misiego en su obra *Neuromarketing político* (2011), que hay *votantes vagos*, no les interesa la política, pero, tienen un gran peso en las elecciones. Es decir, como ciudadanos no solo se desentienden del curso electoral, sino que con su proceder continúan reproduciendo *ad nauseam* las condiciones de su padecimiento social y humano. Es obvio que ignoran la carta magna, el Código Electoral, los deberes y derechos del ciudadano. O sea, son simples peones, peso muerto, en la tragedia nacional que les concierne. ¿De quién será la culpa de este estado de cosas? ¿Qué fue primero, el huevo o la gallina? Aunque sostiene Samuel Butler, que “la gallina no es más que la vía que tiene un huevo para hacer otro huevo” (Vander, 199).

En *El hombre doliente: Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Víctor Frankl, señala que el humano “es un ser abierto al mundo, pero no como el animal que está abierto a su entorno, a su medio ambiente específico. Frente al animal ligado a su medio ambiente, el hombre no posee un entorno, sino un *mundo*, irrumpe del medio ambiente *al mundo* y traspasa ese mundo trascendiendo al supermundo (Frankl, 1994). Este horizonte de visibilidad le posibilita al ser humano la opción de transformar su circunstancia, incluida la dirección política de los asentamientos y esquemas de funcionamiento.

Este es el problema que, desde la óptica de la psicología, se plantea este opúsculo. Reflexionar acerca del poder político y de su tejido de procesos concurrentes, sobre todo porque este asunto, como objeto de estudio, al menos en el plano nacional, no cuenta con investigaciones que, desde la perspectiva de la Psicología, evidencien que es un asunto de primordial interés. Que el poder político en Panamá esté en la mira de la Psicología. Lo que sí hay son análisis de factores aislados que, de un modo u otro, inciden en los ejes y engranajes del proceso político. Se pueden mostrar empeños en el campo industrial y organizacional, en la psicología social, en el marketing político, en sondeos de opinión respecto al estado de la nación o en la indagación de la administración pública. Algo que llama la atención pues, otras ciencias sociales, caso de la filosofía, la historia, la politología, la economía, la sociología y la antropología, sí han incursionado con relativa solvencia en la explicación del fenómeno político en mención. Los hallazgos de sus indagaciones, desde sus respectivas atalayas, se pueden encontrar en fuentes abiertas diversas. Estas vistas, a no dudarlo, arrojan luz auxiliar acerca de las variables y dinámicas psicológicas que operan en el poder político, pero, obligadamente, hace falta una aproximación de la psicología que, de lleno, sea capaz de dimensionar cómo actúan las variables psicológicas en la hegemonía política, las luchas intestinas de la clase gobernante y demás materias referidas al origen, naturaleza, patologías y atribuciones del poder.

Materiales y metodología

Aproximación multidisciplinar

Sucintamente, se examinaron las perspectivas de las ciencias sociales que han escrutado la índole del poder político como facultad inherente a las sociedades de todos los tiempos, a saber: la filosofía, la historia, la politología, la sociología, la antropología, la economía, la ingeniería y la administración pública. En suma, como balance, se asentó que el poder político requiere una reingeniería, una profunda reinención- palabra muy de moda-, pensada en beneficio de la población del globo que, según estimaciones de la ONU, para el 2025 será

de 8,500 millones de personas. Es un objetivo a lograr por la humanidad

Psicología y poder político

Desde hace milenios los humanos han utilizado el término psicología, sin embargo, su sentido moderno surge en 1506 con Marko Marulic, erudito renacentista nacido en Croacia, quien lo empleó en *De Institutione Bene Vivendi per Exempla Sanctorum*, una colección de estudios sobre moral. En 1524, el propio Marulic lo incluyó en el título de su libro *Psychologia de Ratione Animae Humanae* - Psicología del pensamiento humano (Pickren, p. 44). En todo caso, no fue hasta 1879 con la creación del primer laboratorio de psicología por Wilhelm Wundt en la Universidad de Leipzig, Alemania, que adquiere la psicología el estatuto de ciencia. Cinco años antes, la publicación por Wundt del libro *Principios de Psicología Fisiológica*, ya anticipaba la hazaña científica que lo convertiría en fundador de la psicología. A través de la introspección experimental, estudiaba las propiedades básicas de la mente humana adulta normal, como la sensación, la percepción y la atención.

Progresivamente, Wundt se vuelve más complejo. Se le hizo claro que funciones de orden superior, como el pensamiento, el lenguaje, la personalidad, el comportamiento social y las costumbres, no podían estudiarse con medios experimentales, aunque se tratara de materias de gran importancia, por no decir centrales, de la psicología científica. Era tal su interés por tales asuntos que, a la sazón, escribió *Völkerpsychologie* (Psicología Étnica). En esta obra de doce tomos describió cómo el estudio de los productos de la vida colectiva, como la religión, el idioma y las costumbres sociales, podían dar pistas para las operaciones más elevadas de la mente. Este aspecto de la obra de Wundt apenas mereció atención, hasta que los historiadores lo pusieron en relieve en la década de los 70 del siglo pasado. Así, Wundt no únicamente fue el creador de la psicología experimental, sino que, además, definió los límites de sus métodos.

Hechos los anteriores apuntamientos, es dable decir que el poder político, un problema tan complejo y punzante por su proximidad a la cotidianidad del ser humano quedaba a la vista, aunque la batería de instrumentos para su examen específico aún no existía. El laboratorio, ni material ni éticamente, parecía ser un medio apropiado. Por ello, una problemática de tanta importancia, la dirección política de una sociedad, no se abordó de inmediato desde la óptica de la Psicología, aunque como señala James W. Vander Zanden en su *Manual de Psicología Social* (1995), microsocionalmente, “los psicólogos se han centrado primordialmente en las personas que poseen poder como individuos”. Se trataba de un objeto que estaba esperando su tiempo de abordaje. Aunque, a la par, como ya se consignó, las demás ciencias sociales, según sus posibilidades, acometieron el empeño de elucidar su sustancia. Se lanzaron a tomar el toro por los cuernos.

En su historia de la Segunda Guerra Mundial, Winston Churchill incluyó una cita reveladora: “En una ocasión me dijo el presidente Roosevelt que estaba pidiendo públicamente que le hicieran sugerencias sobre cómo habría que llamar a esta guerra (la guerra mundial por venir de 1939- 1945). En seguida le propuse **la guerra innecesaria**”. No ha habido jamás una guerra más fácil de detener que la que acaba de arruinar lo que quedaba del mundo después de la contienda anterior” (Churchill, 2008). Esta visión retrospectiva del gran conductor de la Gran Bretaña en la lucha contra las potencias del Eje (Berlín, Tokio y Roma), lleva a preguntarse, ¿qué fuerzas actuaron en el proceso político que condujo a la Segunda Guerra Mundial, una conflagración que generó perjuicios que todavía retumban en el siglo XXI? Sostiene Churchill y, muchos otros analistas, que el Tratado de Versalles, el pacto que supuestamente debía sellar el fin de la primera guerra mundial, fue el detonador de la segunda. Los draconianos términos políticos, económicos, sociales y

militares impuestos a las potencias derrotadas, en particular a Alemania, fueron las raíces que explicaban la nueva gran conflagración.

Ahora, ¿quién debe controlar el poder político? ¿A quién corresponde hacerlo entrar en razón? ¿Cómo puede un líder o gobierno llevar a sociedades enteras como Japón, Alemania e Italia a una aventura bélica que, vistos los hechos, únicamente trajeron ruina y dolor colectivos? ¿Será algo simplista creer que hay factores en las sociedades que pueden constituir un núcleo suficientemente influyente para impedir decisiones inconvenientes o catastróficas? ¿Acaso la sociedad humana debe fatalmente disparar acciones negativas o simplemente onerosas sin que lo puedan impedir sus conciudadanos”? Sun Tzu, Maquiavelo y Carl von Clausewitz, entre otros, exponen condiciones en las cuales los gobernantes casi se mueven a su antojo. Clausewitz perjuraba que la guerra es la continuación de la política por otros medios. La gran interrogante sigue siendo: ¿qué pasa con los demás integrantes de una sociedad, a veces centenares de millones de individuos? ¿Será verdad que, las condiciones objetivas, irremediamente, modelan y condicionan el accionar de los pueblos? Thomas Hobbes sostenía que los individuos buscan y se pliegan al contrato social de que hablaba Juan Jacobo Rousseau, por miedo. Por otro lado, Karl R. Popper, conforme a lo que creía Platón, piensa que “la ley del destino histórico, la ley de la decadencia, podía ser superada por la voluntad moral del hombre, apoyada por las facultades de su razón” (Popper, p. 35). Que la sociedad no era una caverna insulsa e irracional que, a la deriva, pacientemente, puede ir a parar a los confines de su autodestrucción.

David Riesman (1909- 2002), sociólogo y psicólogo estadounidense que impartía clases en la Universidad de Harvard, en su libro: *La mayoría silenciosa: Un estudio del cambiante carácter americano*, pergeñó una investigación acerca del conformismo. En tal estudio concluyó una taxonomía que distingue dos tipos de personas; las que deben ser dirigidas y las que gustan dirigirse a sí mismas. Vista esta dicotomía, es obvio que el camino redentor y más elevado, es el del empoderamiento social, el ejercicio pleno de los deberes ciudadanos, la participación en la definición colectiva de su destino. Es cierto que las sociedades humanas son de una heterogeneidad mayúscula - política, militar, económica, geográfica, demográfica y cultural-, caso de Rusia, China, Estados Unidos, India, Sudáfrica, Brasil, México e Indonesia y, por otro lado, sociedades de antagónica pequeñez geográfica o demográfica (Suiza, El Salvador, Panamá o Liberia). Empero, en cada contexto, es factible esperar que el peso de la gente se haga sentir. No es un derrotero de encomio ser alguien invisible, mirar los toros desde la barrera en tu propio país. Por ejemplo, Jacob Zuma, en la Sudáfrica post-apartheid, un ex presidente de comprobada corrupción, por la presión del sistema, terminó en prisión en julio de 2021. La presión popular obligó a que respondiera por sus delitos contra el patrimonio público. Y, así, se advierten innumerables ejemplos en diferentes latitudes. Es viable que la energía y sentido de la historia de los gobernados genere transformaciones en la mecánica del poder político. Obviamente, para ello será preciso un cambio radical en el comportamiento de la población, pasando por la educación, la participación ciudadana, la generación de medios de agitación cívica y la cimentación de redes y reductos de expresión y criticismo. El pueblo, al participar creciente y fehacientemente en el proceso político, podrá regenerar su propio ser político y social. Como ocurrió en las luchas de los afroamericanos por los derechos civiles en los Estados Unidos. El progreso de sus cruzadas y bastiones de afirmación se alimentó de asertividad, logros de todo orden (académicos, científicos, políticos, sociales, deportivos y sociales) y de corresponsabilidad social. Jackie Robinson y Martin Luther King, fueron portaestandartes de la causa. Obama en la Casa Blanca fue un reconocimiento a ese empeño. Como pasó con

Nelson Mandela en Sudáfrica y, Mahatma Gandhi, en la India.

Las estructuras de poder, gobierno, órganos del Estado, parlamentos, grupos empresariales, aparatos ideológicos y demás agentes de la gobernanza, aunque puedan conformar un bloque histórico, vale decirlo, no implica que a los sectores gobernados les esté vedada lo que señala Max Weber: “la probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, aun contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad” (Benbenaste, Delfino y Vitale, 2006, s/n).

Dado que la Psicología es la ciencia de la mente, el psiquismo se constituye en la vertiente a explorar al considerar la dinámica del poder político. La calidad del poder político, en consecuencia, debe medirse por la pobreza o riqueza de las mediaciones simbólicas de la intersubjetividad en la vida pública. Dicho en otras palabras, un poder político positivo, enriquecedor, humanista, sería aquel que prohija relaciones, experiencias y desarrollos de solidaridad, avance social y pleno disfrute de las facultades humanas para todos en todos los campos. Algo que, eventos globales como los premios nobel en todas sus categorías, incluyendo el de la paz, los juegos olímpicos, el gran arte, la ciencia y los intercambios culturales y de interés humano promueven. La sociedad humana debe ser un reactor generador de energía constructiva y de beneficio. Los sistemas de Seguridad Social, la Salud Pública, los parlamentos funcionales, la libertad de culto, la democracia efectiva, el Estado de Derecho, el hábeas corpus, la libertad de cátedra, la libertad de expresión, el pensamiento crítico y los valores de la inteligencia, el debate y la tolerancia, son otros medios de su fomento y concreción. Esta protoplasmática red de vivencias y estructuras biófilas es el *plancton* de la libertad, la igualdad y la fraternidad.

Personalidad y poder político

En 1914, José Ortega y Gasset, en *Meditaciones del Quijote*, señaló: “Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo”. Esta sentencia es de gran provecho para entender la estructuración de la personalidad. Los dos casos que, someramente, examinaremos, pero permitirán visualizar el impacto del individuo en el plasma psicosocial de la historia.

Si se les aplicase hoy el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), desarrollado por el psicólogo J. Charnley McKinley (1891-1950) y el psiquiatra Starke R. Hathaway (1903-1984), podríamos sopesar su personalidad, características psicopatológicas globales y específicas y posibles alteraciones psicosomáticas. Martin Kitchen, en su trabajo acerca de Albert Speer, a quien califica como moral y emocionalmente vacío, sostiene que el Führer detestaba a los expertos, en particular a aquellos que tenían la impertinencia de contradecirle (Kitchen, 2017).

Para empezar, su personalidad, lo que Linda Davidoff denomina: “patrones de relativa consistencia y duración en el percibir, pensar, sentir y comportarse que proporciona a los individuos identidades independientes” (Davidoff, 2003) y, a su vez, Cattell, quien dice que la personalidad de un individuo es la suma total de todos los rasgos (Darley, 1990). Por cierto, en el género humano, lo único cierto son las diferencias individuales. Con todo, es esencial convenir con Allport lo siguiente: “la personalidad es la organización dinámica de dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular ajuste a su medio” (Díaz-Guerrero, 1972) y, respecto a las características de la personalidad (Allport, 1979), consignar como básicas las siguientes:

- Tienen existencia no solo nominal
- Son más generalizadas que los hábitos
- Son dinámicas, o por lo menos determinativas

- Se puede establecer por medios empíricos o estadísticos
- La independencia recíproca de las características es relativa
- Un rasgo de personalidad, psicológicamente considerado, no es lo mismo que una cualidad moral
- Los actos, como tampoco los hábitos, que no guardan correspondencia con una característica, no son prueba de que la característica no exista
- Las características pueden ser examinadas a la luz de la personalidad que las contiene o a la luz de su distribución en general en la población

El perfil de un líder idóneo para una democracia moderna, tal como se selecciona en una corporación, debe incluir los elementos siguientes:

- Integridad
- Salud física y mental
- Proactividad
- Asumir responsabilidad y empoderamiento
- Enfoque de equipo
- Enfoque en sociedad
- Resiliencia
- Capacidad negociadora
- Visión moderna

Decía John Wise, en 1717, que el “hombre no está tan casado con sus propios intereses como para hacer del bien común su propósito esencial” (Vander, 1995). Y, en verdad, la lógica de la bondad, muchas veces, lo que busca es la supresión del incómodo cuadro de miseria de los desamparados. Dicho esto, es de rigor decir que las posiciones de avanzada positiva deben acrecer su influencia y proyección. En tal sentido, la psicología social, hace suyo el parecer de Malcolm X: “El poder nunca da un paso atrás...salvo que se enfrente con un poder mayor” (Vander, 1995). Allí está cuestión.

Desde la ciencia y el arte, pasando por los colosales murales de Miguel Ángel hasta las investigaciones de Darwin, el género humano ha tratado de explicarse el origen del hombre y de sus asentamientos. No en vano el hombre es un animal territorial que, por cierto, intuye que su advenimiento procede del exterior de la antroposfera. Esta legítima curiosidad la canaliza Mary Shelley (1797- 1851) en su archifamosa novela gótica *Frankenstein o el moderno Prometeo*, la cual constituye otro génesis no divino. Ahora, desde su origen, las sociedades humanas se han construido o destruido por razones ignotas o impías. El mundo está lleno de huellas de esa pisada de Atila que es la especie humana. Roma, Constantinopla, los Mayas, la Isla de Pascua y el Imperio Azteca. Panamá puede mostrar algunos poblados perdidos: Acla, Portobelo, el Camino de Cruces o los poblados bajo el agua que son cauces del Canal de Panamá. La sociedad humana es deudora de fantasías, miedos o delirios. Lo que sucedió hace 60 millones de años a los dinosaurios con la caída de un asteroide oscuro, lo han vivido, guardadas las proporciones Hiroshima y Nagasaki y aldeas de Siberia o Laos. Para no hablar de las ciudades alemanas destruidas por los bombardeos en la Segunda Guerra Mundial.

El 23 de febrero de 1942, en sentido contrario al suicidio que perpetrarían tres años después Joseph y Magda Goebbels que alcanzó a sus seis retoños, el escritor e intelectual austriaco Stefan Zweig y su esposa Lotte Altmann, treinta años menor que él, se quitaron la vida en la ciudad de Petrópolis en Brasil, pues no querían vivir el apocalipsis que iba a asolar a su amada Europa. El notable narrador no se equivocó cuando atisbaba una devastadora catástrofe castigando al Viejo Continente y a gran parte del orbe. Por desgracia en años

sucesivo no dejarían de darse conflictos y carnicerías de ampulosa maldad. En la dividida Alemania, Walter Ulbricht, jefe de Estado de la República Democrática de Alemania, satélite político supeditado a la URSS, señaló; “Nadie tiene intención de levantar un muro”. Sin embargo, el 31 de agosto de 1961, en Berlín se vio el mismo. Y la denominación que le dio la RDA a aquella abominación: “muro de contención antifascista”. Fue una de las mentiras más descaradas de la historia alemana, ha lamentado en los actos recordatorios celebrados en Berlín, Frank-Walter Steinmeier el presidente alemán, destacando el dolor y los perjuicios que causan las mentiras de los gobernantes a los pueblos. No era creíble que el poder juzgase que los pueblos eran mascotas de su autodestrucción. Ya lo han sido demasiadas veces. A la sazón, es única la frase que, Ronald Reagan, le dirigió a Mijaíl Gorbachov frente a miles de personas en la cumbre bilateral USA-URSS de 1989 en Berlín: “Señor Gorbachov, ¡derrumbe ese muro!”.

Arte y poder: métrica psicosocial

El arte ha sido la consecuencia de la energía espiritual del hombre. En guerra o paz, de día o de noche, el ser humano como un condensador de condiciones únicas ha logrado a través del arte la notable hazaña de dar permanencia al momento que pasa. El arte ha hecho el pasado permanente presente. Él captura tiempo, sensación y emoción, gracias a la memoria, la cual recibió y conserva, lo que vemos y oímos, lo que nuestras manos tocan, lo que podemos degustar, indiferente a si sea bueno o malo. El trabajo del arte es tiempo solidificado en emoción y sensación que están aisladas por una necesidad aparentemente inexplicable. El arte nos comunica “algo” que nosotros necesitamos” (Álvarez, Carrillo et al, 1960, p. 5). En tal sentido, Mario De Micheli, dictamina que el “arte moderno no nació por evolución del arte del siglo XIX. Por el contrario, nació de una ruptura con los valores decimonónicos. Pero no se trató de una simple ruptura estética. Buscar una explicación a las vanguardias artísticas europeas investigando solo acerca de las mutaciones del gusto es una empresa condenada al fracaso. En efecto, a una investigación de este tipo se le escaparían inevitablemente las causas que generaron el fenómeno del arte moderno” (De Micheli, p. 13).

Lo real es que, como parte del entramado ideopolítico de toda formación social, está referido a la primacía de determinados factores o elementos de dominación y gobernanza. En Panamá, la arquitectura de edificios emblemáticos del nacimiento de la república, el palacio de gobierno y el palacio de las garzas, son parte de la iconografía del bloque dominante convertido en símbolo nacional.

Sumisión y poder

Stanley Milgram (1933-1984), el gran investigador estadounidense con estudios fundamentales en Ciencia Política, ha devenido un gran psicólogo del siglo veinte. Es famoso por su experimento de obediencia a la autoridad (1963), el cual consistió en solicitar a un considerable grupo de personas el descargar hasta 450 voltios a estudiantes que contestaran incorrectamente una serie de preguntas. En tal proceso, siguiendo las instrucciones, los participantes obedecían las órdenes de intensificar las descargas hasta límites de inusitada indolencia. Al final, la espantosa conclusión de los estudios de Milgram evidencia que, muchas personas normales y amables, en algunas circunstancias, obedecen a la autoridad que les ordena infligir daño a otra persona. Es decir, pueden quedar actuando como el germánico teniente coronel Adolf Eichmann, quien aducía como justificación de su proceder en el holocausto, precisamente, obediencia debida.

Poder político y pandemias

Constituye un verdadero desafío encontrar en Panamá la secuencia formal de gobiernos desde 1903 hasta el presente. Es un rompecabezas y, como tal, inextricable. Ni la prensa ni los archivos oficiales asientan evidencias concluyentes al respecto. Por consiguiente, a un Estado-nacional así no se le puede conceder mano libre para la gestión de una pandemia. Y menos una del alcance y letalidad de la Covid-19.

Sin embargo, lo real fue que el Gobierno debió enfrentar la Covid-19. Para ello se apoyó en las fortalezas y medios del sector público. Para empezar, en los últimos treinta años se ha dado una relativa estabilidad en la dirección de la cosa pública. Con errores y aciertos se concretó tal devenir. Y, otra cosa, Panamá casi siempre ha mostrado una respetable política de protección de la infancia y la población en general. Los esquemas de vacunación mostraban índices muy positivos y muchas enfermedades prevenibles y contagiosas habían sido erradicadas. Los que sí mostraban signos de deterioro eran cuestiones como el saneamiento ambiental, la nutrición y las condiciones de las viviendas. Las afecciones crónicas y catastróficas mostraban preocupantes signos de crecimiento (VIH, hipertensión, diabetes, renales, oncológicas, etc.). Para no hablar de unas cifras de discapacidad de gran pujanza.

Medidas autoritarias y casos de privación injusta de la libertad, reclaman enmiendas inmediatas. El abuso en tiempos de excepcionalidad no está justificado. Es una deplorable tendencia en la que suelen incurrir países y gobiernos, en especial aquellos con antecedentes negativos (Panamá incluido). Por consiguiente, curarse en salud es lo aconsejable. Es la forma de suprimir la corrupción, la arbitrariedad y el latrocinio. El poder despótico entre 1968 y 1989, ocupó espacios que, de no contenerse, podrían resurgir en el presente.

La gestión de una pandemia no se puede convertir en un foco de descontrol, robo y trapacerías. Por mencionar un caso exógeno, la operación de Estados Unidos en Afganistán derrochó centenares de miles de millones de dólares por la corrupción, la improvisación y el desgreño. Una masa dineraria inestimable fue a parar a los bolsillos de militares, ministros y señores de la guerra. El propio Hamid Karzai, ex primer ministro del país asiático, ha sido señalado de corrupción. En pleno septiembre de este 2021, la discusión de la nueva ley electoral ha puesto en el tapete prácticas inauditas de abuso y desprecio público. Se han abierto las compuertas a la corrupción y al latrocinio con la elevación de los topes de donaciones a las campañas, el blindaje ante acciones penales y la libertad de optar por varios puestos de elección popular. El pueblo llano es un mirón sin voz ni voto. El clientelismo y la postración económica los han convertido en figuras sin valor. En ciudadanos muertos en vida.

O sea, la cosa pública se ha transformado en botín personal de los cleptómanos de siempre. Sin embargo, son demasiadas veces para tener que tolerar otra más. La suerte está echada. Poner cara de póquer no es la solución.

Resultados y conclusiones

Estas reflexiones acerca de la vida política de Panamá desde la psicología, como ya se indicó, deseaban detectar el resorte psíquico del hacer político nacional. Dicho lo anterior, se pasa a asentar las conclusiones:

1. Resulta inaceptable que la clase gobernante, pese a su mediano desempeño, pretenda autoevaluarse de exitosa. Exitosa, ¿para quién?
2. Panamá es un don de su gente. Un resultado a pulso de generaciones y generaciones de nacionales.
3. Se dirá que hay países que viven condiciones peores. Es verdad, pero este enfoque, se anula con el saber popular: “mal de muchos, consuelo de tontos”.

4. Lo anterior aplica, porque también existen naciones con un nivel de vida mucho mejor. Hacia allá se deberán girar las velas. Empero, esas naciones solo pueden parangonadas si hacemos las cosas de manera diferente. Un camino del éxito es medirse con los mejores, como ya hacen nuestros atletas, científicos e inventores.
5. Se impone una “tolerancia cero” a la corrupción, la gestión mediocre, al hermetismo corrupto, la demagogia y las poses cínicas.
6. Se impone la municipalización de la vida institucional.
7. La educación se debe potenciar y, por, municipios.
8. Cada municipio debe gerenciar la cosa pública: educación, salud, empleo, etc. Lo macro debe estar al servicio de lo local. Lo macro no puede ser un pretexto para robar, robar y robar.
9. Se deben establecer asuntos unificadores; cultura, deportes, clubes, centros, emulación, excelencia y pasión por autodesarrollo.
10. Nadie debe ser dejado atrás. Las comunidades indígenas pueden aportar su identidad, amor propio e inteligencia colectiva para su propio desarrollo.
11. Los censos de todo tipo urgen.
12. La tecnología debe ser un frenesí de todos, y no solo para el consumo como ocurre en Uruguay.
13. Los colegios de primaria y secundaria deben operar como centros de desarrollo humano. La educación es la garrocha que nos dejará a todos en el primer mundo.
14. ¿Por qué Harvard llegó donde llegó? Porque hubo gente que la apoyó, se trata entonces, de invertir en educación, investigación y otras disciplinas. Guatemala obtuvo un premio nobel de literatura en 1963, porque hubo un señor llamado Miguel Ángel Asturias que hizo lo que había que hacer para descollar. No solo inauguró la novela sobre dictadores, sino que fue uno de los creadores, junto a Juan Rulfo, del realismo mágico. Y, además, fue un luchador político determinado y valeroso.
15. Panamá es una empresa colectiva que se puede empoderar de sí misma. Se debe abandonar la dependencia pública y profesar lo que decía John F. Kennedy: “No preguntes qué puede hacer tu país por ti, sino qué puedes hacer tú por tu país”. Con realismo se debe abandonar aquello de: ¿Qué hay para mí?, un sonsonete que todas las clases esgrimen ante el poder del Estado. Hay gente que ha salido adelante con su esfuerzo, es verdad, pero hace falta que sean más.
16. La vida política debe ser deber y derecho de todos, no de una elite que, una y otra vez, se sale con la suya. Y, para colmo, les rendimos pleitesía como en la época de las cavernas o del Dios Sol.
17. No robar es sanear el país, se impone ser transparente, justos, asertivos. No robarás, pero, tampoco, dejarás que te roben los de arriba, los primos o compinches del poder.
18. El pueblo es el poder, no los partidos, capitalistas o gerentes de la cosa pública. Una prueba de ello: cuando la cosa se pone fea, se mandan a cambiar al extranjero, como ocurrió con las vacunas contra el Covid-19. Miami o algún puerto lejano fueron la Meca de su pavor y mezquindad
19. Ser irracional y descreído solo les sirve a tus explotadores. A ellos les conviene tu insensatez y desenfreno.
20. Renunciar a los estudios es un monumento al vacío. Lo creas o no eso significa.
21. Un país culto es imbatible y poderoso. Eso lo entienden los jefes del país y los timadores de toda calaña.

22. La ciencia es un camino a seguir, es un derrotero liberador. Nadie le dijo a Einstein o a Sigmund Freud que debían investigar. De su libre albedrío surgió ese imperativo. Está a la mano.
23. Internet y sus aplicaciones pueden servir para avanzar o para tropezar, como le ocurre a quien chatea mientras conduce su auto particular o un tren de alta velocidad.
24. Un líder político debe ser admirado por su talento, empeño social e inteligencia de país, no por su mercadeo, zapatillas o gorra. Nayib Bukele, en El Salvador, el pulgarcito de América al decir de Gabriela Mistral, no solo es forma, es contenido. Es impulso liberador. Algunos lo cuestionan, ojalá también propugnaran lo que él propone: “que los ladrones devuelvan lo robado”.
25. El tamaño de un país corresponde al honor y visión de su pueblo. Y recordar esto: la visión es siempre un foco cierto y movilizador del querer ser. Japón es porque tuvo una visión de sí mismo. Quien no tiene metas, no tiene nada. Una fábrica refleja el ideal de sus dueños.
26. Lecciones como la *Vespa* deben alimentar la historia de Panamá. Nada insufla más endorfinas y adrenalina que el pasional amor de un pueblo en torno a sus metas. Como cuando se escogió en 1925 el poema de Jerónimo de la Ossa y la música de don Santos Jorge para ser el Himno de Panamá.
27. Un futuro luminoso se puede crear, lo crean cada día los hombres y mujeres que cumplen la inconmensurable proeza de levantar sus familias.

TABLAS**Tabla No. 1****CANCIONES QUE DEFINEN A PANAMÁ**

No.	COMPOSITORES	CANCIONES	RITMO
1	Jerónimo de la Ossa (panameño) y Don Santos Jorge (español)	Himno Nacional (1925)	Himno
2	Alberto Galimany e Ignacio de J. Valdés	La bandera panameña	Marcha
3	Eduardo Maduro y Alberto Galimany	Marcha Panamá	Marcha
4	Carlos Eleta Almarán	Historia de un amor Perdónala, señor	Bolero
5	Avelino Muñoz Barrios	Irremediablemente solo Maldición gitana	Bolero
6	Arturo “chino” Hassan	Soñar Mi último bolero La guayabita	Bolero Bolero Tamborera
7	Víctor Cavalli Cisneros	La cocaleca El hombre aparecido	Tamboreras
8	Gladys de la Lastra	Panamá soberana Tengo tengo	Tamborera
9	Martina Andrión	Al guacamayo	Bolero
10	Juan Pastor Paredes y Carmen Lagnón	El tambor de la alegría	Tamborito
11	Mario H. Cajar y Vicente Gómez G.	Suspiro de una fea	Pasillo
12	Ricardo Fábrega	Taboga, Panamá Viejo, Bajo el palmar, Santa Ana., Noche tropical Madrecita, Bajo el palmar., Cuando lejos de ti, Panamá Guararé	Boleros Tamborera
13	Mario H. Cajar y Máximo Arrates Boza (cubano)	La reina roja (Pescao)	Danza

Fuente: Rico, J. (1981). Las canciones más bellas de Panamá. Costa Rica: Editorial Latinoamericana, S. A.

Tabla No. 2**Presidentes de Panamá en el lapso 1990- 2022**

No.	Nombre	Periodo	Formación Profesional
-----	--------	---------	-----------------------

1	Guillermo Endara Galimany	1990-1994	Abogado
2	Ernesto Pérez Balladares González- Revilla	1994 - 1999	Economista
3	Mireya Moscoso Rodríguez	1999- 2004	Administración de Empresas
4	Martín Torrijos Espino	2004 - 2009	Administración de Empresas
5	Ricardo Martinelli Berrocal	2009 - 2014	Administración de Empresas
6	Juan Carlos Varela	2014 - 2019	Ingeniero Industrial
7	Laurentino Cortizo Cohen	2019 - presente	Ingeniero Agrónomo

Tabla No. 3

OBRAS SOBRE PANAMÁ CONSULTADAS (AUXILIARES)

I. HISTORIA

No.	Autor	Título	Fecha
1	Araúz, Celestino Andrés	La independencia de Panamá en 1821: Antecedentes, balance y proyecciones	1991
2	Castillero Calvo, Alfredo	Transitismo y dependencia: El caso del Istmo de Panamá Breves apuntes para la historia del pensamiento panameño	1973 1959
3	Castro, Nils	Justo Arosemena: Antiyanqui y latinoamericanista	1974
4	De la Rosa, Diógenes	Sobre el drama intelectual de pequeño burgués Tamiz de noviembre	1999 1960
5	Fábrega, José Isaac	Crisol: Panamá	2002
6	Figueroa Navarro, Alfredo	Dominio y sociedad en el Panamá colombiano	1978
7	Gasteazoro, Carlos Manuel	Introducción al estudio de la historia de Panamá	1956
8	Sisnett, Manuel Octavio	Belisario Porras o la vocación de nacionalidad	1959
9	Soler, Ricaurte	Idea y cuestión nacional latinoamericanas Panamá: nación y oligarquía	1980 1980

10	Sosa, Juan B. y Arce J., Enrique	Compendio de historia de Panamá	2003
11	Westerman, George W.	Los inmigrantes antillanos en Panamá	1980
12	Díaz-Espino, Ovidio	El país creado por Wall Street	2014

II. SOCIOLOGÍA

No.	Autor	Título	Fecha
1	Beluche, Olmedo	Estado, nación y clases sociales	1997
2	Castro, Carlos Q.	Notas para una sociología del negro antillano	1972
3	Gandasegui, Marco	La concentración del poder económico en Panamá La democracia en Panamá El debate sobre la ampliación del Canal de Panamá Las clases sociales en Panamá La fuerza de trabajo en el agro Las luchas obreras en Panamá 1850-1978	1965- 2019
4	Pinnock, Roberto y Elton, Charlotte	La evolución de la pobreza rural en Panamá	1983

III. CIENCIA POLÍTICA

No.	Autor	Título	Fecha
1	Arosemena, Justo	Estudios constitucionales	1888
2	Guevara Mann, Carlos	Ilegitimidad y hegemonía	1999

IV. FILOSOFÍA

No.	Autor	Título	Fecha
1	Arias Calderón, Ricardo	Reflexiones filosóficas sobre el ser panameño	1981
2	Camargo, Edilia	La panameñidad como estilo	1972
3	García, Isaías	Naturaleza y forma de lo panameño	1964
4	Moreno Davis, Julio César	La presencia de Panamá en la filosofía americana contemporánea	1968
5	Domínguez Caballero, Diego	Memoria de mi lectura de El Quijote	1980
6	Martínez, José de Jesús	Mi general Torrijos	1987

Referencias bibliográficas

- Allport, G. (1979). La estructura del ego. Buenos Aires: Siglo Veinte, pp. 116-122.
- Arendt, H. (2014). Los orígenes del totalitarismo. España: Alianza Editorial, p. 89).
- Benbenaste, N., Delfino, G. et al. (2006) La contribución de la psicología al concepto de poder. Argentina: Universidad de Buenos Aires. nvitale@psi.ubar.ar Página: (s/n).
- Bloom, H. (2012). Genios: Un mosaico de cien mentes creativas y ejemplares. España: Anagrama, p. 48.
- Buckley, F. (2004). La música salsa en Panamá y algo más. Panamá: Editorial Universitaria “Carlos Manuel Gasteazoro”.
- Bunge, M. y Ardila, R. (1988). Filosofía de la Psicología. Barcelona: Ariel Psicología, p. 19.
- Castillo, N. (2003). Cien años de música en Panamá. Panamá: Soka Gakkai Internacional de Panamá, pp. 21-22.
- Churchill, W. (2007). La segunda guerra mundial. Tomos I. España: La esfera de los libros, p. 71.
- Churchill, W. (2008). La segunda guerra mundial. T. I. España: La esfera de los libros, p. 35.
- Davidoff, L. (1989). Introducción a la psicología. México: McGraw-Hill, p. 513.
- De Micheli, M. (1984). Las vanguardias artísticas del siglo XX. España: Alianza Forma, p. 13.
- De Micheli, Mario (1984). Las vanguardias artísticas del siglo XX. Madrid: Alianza Forma, p. 287-383.
- Díaz-Guerrero, R. (1972). Teoría e investigación en psicología, Perú: Universidad Ricardo Palma, p 77.
- Fernández-Armesto, F. (2011). 1492: El nacimiento de la modernidad. Barcelona: Random House Mondadori, p. 9.
- Frankl, V. (1994), El hombre doliente: Fundamentos antropológicos de la psicoterapia, p. 274.
- Gamerro, C. (2003). Harold Bloom y el canon literario. España: Campo de Ideas, p. 33.
- Georg. R. (2003). Hitler: una biografía política. España: La esfera de los libros, p. 21.
- Godhagen, D. (1997). Los verdugos voluntarios de Hitler: Los alemanes corrientes y el

- holocausto. España: Taurus, p. 28.
- Grijelmo, A. (2000). La seducción de las palabras. España: Punto de Lectura, p. 278.
- Gutiérrez, S. (1984). La arquitectura de la época del canal (1880-1914). Panamá: Editorial Universitaria, p. 121.
- Hayek, F. (2003). La contrarrevolución de la ciencia. Madrid: Unión Editorial, p.39. Los métodos que nos permiten entender y explicar la conducta humana no pueden emplearse con los fenómenos físicos, por lo que, consecuentemente, el término *explicar* conserva una carga de significado que no les es aplicable. Las acciones de otros hombres son, probablemente, las primeras experiencias ante las que los humanos preguntan por qué.
- Hayek, F. (2003). La contrarrevolución de la ciencia. Madrid: Unión Editorial, p. 145.
- Jacobs, L. (1971). La azarosa historia del cine americano. Vol. I. España: Editorial Lumen, p. 21.
- Kitchen, M. (2017). Speer: El arquitecto de Hitler. España: Editorial Cedro, p. 23.
- Misiego, F. (2011). Neuromarketing político, España: Editorial Rasche, 31.
- Osborne, H. (1990). Guía del arte del siglo XX. Madrid: Alianza Diccionarios, p. 307.
- Pickren, W. (2014). El libro de la psicología: Del chamanismo a la neurociencia de vanguardia, 250 hitos de la historia de la psicología. España: Librero IBP, p. 44.
- Pickren, W. (2018). El libro de la psicología. Madrid: Libreo IBP, S., p. 56.
- Picota, A. (2021). La pandemia que no acaba: Alergia del poder a la transparencia. El Covid- 19 desde la óptica de la psicología. Estados Unidos: Amazon Kindle Direct Publishing (KDP).
- Popper, K. (2010). La sociedad abierta y sus enemigos. España: Ediciones Paidós Ibérica, p. 49.
- Rivas, J. (2002). Ciencia política. Una aproximación transdisciplinaria. Mérida-Venezuela: Centro de Investigaciones de Política Comparada Postgrado de Ciencia Política Universidad de Los Andes, p.74.
- Savater, F. (2011). La aventura de pensar. Barcelona: Random House Mondadori, p. 15.
- Schwartz, P. (2009). En busca de Montesquieu: La democracia en peligro. Madrid: Ediciones Encuentro, pp. 25-26.
- Scruton, R. (1985). La estética en la arquitectura. Madrid: Alianza Editorial, p. 59.
- Vallejo, César. Los heraldos negros. España: Espasa Calpe, p. 13.
- Vander, J. (1984). Manual de Psicología Social. España: Ediciones Paidós Ibérica, p. 523.
- Vander, J. (1995). Manual de psicología social. Barcelona: Paidós Básica, p.479 y 481).
- Vander, J. (1995). Manual de psicología social. Barcelona: Paidós Básica, p. 484.
- Vander, J. (1995). Manual de psicología social. España: Paidós Básica, p. 487.
- Vander, J. (1995). Manual de psicología social. Barcelona: Paidós Básica, p. 349.
- Vander, J. (1995). Manual de psicología social. Barcelona: Paidós Básica. P. 336. El personaje citado, Samuel Butler (1835-1902), es un autor iconoclasta victoriano (La gallina no es más que la vía que tiene un huevo para hacer otro huevo), se cita en p. 336, de la obra de J. W. Vander Zanden.
- Watson, P. (2010). Historia intelectual del siglo XX. Barcelona: Crítica, p. 263.
- Watson, P. (2010). Historia intelectual del siglo XX. Barcelona: Crítica, 43.
- Watson, P. (2010). Historia intelectual del siglo XX. España: Crítica, p. 337.
- Watson, P. (2015). La gran divergencia: Cómo y por qué llegaron a ser diferentes el

Viejo Mundo y el Nuevo. España: Ediciones Culturales Paidós, p. 32.
Wittkower, R. (1995). La escultura: procesos y principios. Madrid: Alianza Editorial, p. 15.
Wolfschoon, E. (1983). Las manifestaciones artísticas en Panamá. Panamá: Biblioteca de la Cultura Panameña, p. 9.