

ps̥cœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 15, Nº 26, enero-junio 2021

Editorial

Con gran satisfacción por el trabajo realizado durante estos meses, nos permitimos abrir el número 26 de nuestra revista *Psicoespacios* con este editorial en el que intentaremos dar cuenta de los avances, los sueños y las metas que nos estamos trazando para ser una publicación científica que cada día genere contenidos de mayor calidad, impacto y proyección.

En primer lugar, y después de un diagnóstico minucioso del estado de la revista, se actualizó todo el proceso de edición de los números y, a continuación, se generó un plan de cualificación en el que se revisó y ajustó cada uno de los elementos y fases editoriales, alineándolos con las directrices y estándares internacionales en edición científica.

Adicionalmente, se está poniendo gran empeño para que cada una de las fases se desarrolle con excelencia y rigurosidad, especialmente la evaluación por pares expertos, que conduce con efectividad a la calidad de los contenidos. Y en ese camino de cualificar la evaluación de los manuscritos recibidos, se propicia y se busca el apoyo de investigadores internacionales de gran nivel, que no solo ayudan con su conocimiento, sino que también encaminan la revista hacia una mayor difusión e internacionalización. Así, la publicación ha recibido evaluaciones de México, Chile, Argentina, España, Perú, Cuba, Puerto Rico, entre otros.

No menos importante, es muy grato comunicar y compartir el trabajo realizado en las distintas bases y directorios a las que ya pertenece la revista, en los cuales se han actualizado también las definiciones, alcances y números. Asimismo, se está ajustando la revista a los requerimientos y requisitos para poder hacer parte de otros, que le darán una mayor visibilidad.

Finalmente, queremos presentar este número 26, en el que se exponen trabajos e investigaciones de gran valor para el momento actual que vivimos, y que pone en evidencia la importancia de la evolución del conocimiento en psicología y su relación con las diferentes ciencias sociales y humanas, para que, en efecto, sepamos encarar y asumir cada vez mejor los retos que presenta la vida y la humanidad.

Así, los lectores podrán acercarse a una investigación de gran actualidad y relevancia, relacionada con la pandemia y la salud mental, en el marco colombiano. Otro estudio presentado analiza profundamente la migración actual venezolana en nuestro país y evalúa concretamente los procesos educativos primarios y secundarios. Un artículo más, desarrolla un estudio de caso de futbolistas antioqueños y su percepción del trabajo, desde la psicodinámica. También se publicó una indagación sobre la asociación entre inteligencia emocional, riesgo de depresión y condiciones sociodemográficas en estudiantes de psicología, y otra sobre la prevención de conductas de riesgo en adolescentes del Distrito de Aguablanca de Cali (Colombia). Finalmente, se expone un artículo de revisión sobre evaluación neuropsicológica en estados confabulatorios.

En conclusión, compartimos con todos nuestros lectores, no solo un número más, sino especialmente el resultado de un esfuerzo y un trabajo que propende cumplir unos sueños y unas proyecciones, para seguir mejorando y llevando a la excelencia cada uno de los elementos del proceso editorial, a la vez que se consigue un mayor impacto en la sociedad.

Juana María Alzate Córdoba
Editora

ps̥cœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 15, Nº 26, enero-junio 2021



Evaluación neuropsicológica en estados confabulatorios

Neuropsychological assessment in confabulatory states

JUAN CARLOS ORTIZ VALENCIA

jortiz_valencia@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8360-1693>

Recibido: 1 de mayo de 2021 • Aceptado: 15 de junio de 2021 • Publicado 12 de julio de 2021

Cómo citar este artículo: Ortiz Valencia, J.C. (2021). Evaluación neuropsicológica en estados confabulatorios. *Psicoespacios*, 15(26). <https://doi.org/10.25057/21452776.1405>

Resumen

En la confabulación se presentan fallos para reconocer el orden cronológico de la información almacenada, inhibir algunas respuestas, monitorear el comportamiento y beneficiarse de claves externas. La aparente anosognosia de quien la padece se ha relacionado con fallos en la memoria y en las funciones ejecutivas, lo cual puede evidenciarse por medio de diferentes pruebas específicas de memoria y/u otras neuropsicológicas de uso frecuente. El objetivo del artículo es conocer las presentaciones, la etiología y los correlatos neuroanatómicos de la confabulación y su comportamiento a través de diferentes protocolos de evaluación neuropsicológica. Como metodología se acude a la revisión descriptiva de información no mayor a cinco años (desde 2015 hasta 2020), obtenida a través de bases de datos como Google Scholar, Redalyc.Org, Researcher-app, Pub Med y Scielo. Se encuentran alrededor de cincuenta artículos de publicaciones recientes en los que la confabulación es el eje de estudio o por lo menos está implicada en los criterios de inclusión de los estudios realizados. La confabulación se ha constituido en un fenómeno heterogéneo. En términos de clasificación, parecería más práctico y brindaría más información la forma de orden sugerida por Schnider para la confabulación en sus cuatro vertientes. El daño orbitofrontal o de lóbulo frontal no es la única etiología de la confabulación y se presume que las pruebas de función ejecutiva usadas en neuropsicología no tienen la sensibilidad suficiente para desvelar la disfunción frontal específica que subyace a las confabulaciones tal como la poseen las pruebas de memoria.

Palabras clave: procesos cognitivos, evaluación de procesos cognitivos, confabulación, memoria, evaluación neuropsicológica en confabulación.

Abstract

The confabulation responds to failures to recognize the chronological order of the stored information, to inhibit some responses, to monitor behavior, benefit from foreign keys with apparent anosognosia of those who suffer from it, which has been related to both memory failures and executive functions. This can be evidenced by means of different specific memory tests and/or other neuropsychological tests

frecuentemente usado. **Objective:** To know the presentations, etiology and neuroanatomical correlates of confabulation and its behavior through different neuropsychological evaluation protocols. **Methodology:** Descriptive review carried out through which information of no more than 5 years (from 2015 to 2020) was filtered through databases such as: Google Scholar, Redalyc.Org, Researcher - app, Pub Med and Scielo, **Results:** About 50 articles from recent publications were found in which confabulation was the axis of study, or at least was involved in the inclusion criteria of the studies carried out. **Conclusions:** Confabulation has become a heterogeneous phenomenon. In terms of classification, it would seem more practical and would provide more information the order form suggested by Schnider for confabulation in its four aspects. The etiology of the confabulation is not exclusive to frontal lobe or orbitofrontal damage and it is presumed that the executive function tests used in neuropsychology do not have sufficient sensitivity to reveal the specific frontal dysfunction underlying the confabulations as the tests of memory do.

Keywords: cognitive processes, evaluation of cognitive processes, confabulation, memory, neuropsychological evaluation in confabulation.

Introducción

La memoria es uno de los dominios cognitivos clasificados como superiores que está sujeto a diferentes procesos neuropsicológicos necesarios para la formación de la huella mnémica, esto es, para la codificación, el almacenamiento y la evocación. En forma transversal, estos procesos vienen influenciados por la emoción, cuya carga podría facilitar o, al contrario, deteriorar los recuerdos, lo que podría explicar de alguna manera la aparición de fenómenos confabulatorios (Celis-López et al., 2018).

Aunque muchas teorías intentan esclarecer la confabulación, con sus causas, dinámicas y sus síntomas, parece que el concepto global que la enmarca alude al cubrimiento de una brecha en la memoria mediante información ficticia o información real que está fuera de contexto; en suma, corresponde a fallos para reconocer el orden cronológico de la información almacenada, inhibir algunas respuestas, monitorear el comportamiento, beneficiarse de claves externas y a pérdida o falta de preocupación acerca de los desempeños erróneos (Gudjonsson, 2016; Shingaki et al., 2015).

En este sentido, pueden ser muchas las causas que precedan a los estados confabula-

torios, y obedecer a dinámicas tanto externas como internas al cerebro del sujeto que las presenta; también pueden desencadenarse las confabulaciones por defectos dentro del proceso de neurodesarrollo. Otra de las causas puede corresponder a daño vascular específico para la corteza frontal y prefrontal, bien sea por rupturas espontáneas o por traumas craneanos (Christensen y Sørensen, 2019); esto sin mencionar aspectos nutricionales, consumo de sustancias, entre otros. Sin embargo, se ha encontrado que la confabulación no es propia de estados patológicos, también se presenta en sujetos sanos, y no se da exclusivamente por daño orbitofrontal y ventromedial.

Por último, aunque el reconocimiento de las confabulaciones se da, en principio, a través de la observación, solo mediante cuestionarios y entrevistas estructuradas es posible cuantificarlas, sobre todo las de tipo provocada; para confabulaciones espontáneas hay muy pocas herramientas que permitan objetivarlas. A continuación se presentan algunos de los test más usados por los investigadores que han tratado de acercarse al universo de la confabulación en sus diferentes presentaciones.

Metodología

Para la realización de este trabajo de revisión descriptiva, se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica de información no mayor a cinco años (desde 2015 hasta 2020) relacionada con procesos cognitivos, evaluación de procesos cognitivos, confabulación, memoria, confabulación y memoria, evaluación neuropsicológica en confabulación, a través de bases de datos de libre acceso como Google Scholar, Redalyc.Org, Researcher-app, Pub Med y Scielo.

Para la organización de la información y la posterior redacción, se ha hecho uso de Microsoft Excel, Microsoft Word y Gestor bibliográfico, red social y base de datos Mendeley.

Desarrollo y discusión

La memoria es un elemento complejo que requiere diferentes procesos psicológicos y neurobiológicos, incluida la atención, indispensables para la conformación de una huella mnémica; se relaciona con el registro, la codificación y la organización de los datos recabados. Además de vincularse con tareas cognitivas (Celis-López et al., 2018; Lim et al., 2018), da cuenta de una actividad cognitiva dinámica y proporciona acceso a una realidad anterior y a una experiencia real de la cosa recordada (Kantzios, 2019). En contraste, se ha descrito el olvido no solo como el no recordar, sino también como un producto conductual y fenotípico de limpieza de la memoria (Terranova et al., 2019).

De esta, la memoria, también se han descrito otros tipos o formas de manipulación de la información, desde la entrada hasta la recuperación de la misma (Norris, 2017; Ríos-Flórez y López-Gutiérrez, 2018), que involucran por ejemplo a la memoria a corto plazo como mecanismo inicial para el almacenamiento, con modulación de cierta carga emocional. Dicha memoria de trabajo

tiene una capacidad limitada (15 a 20 segundos) para provocar una experiencia con significado en el sujeto. La carga emocional puede facilitar o deteriorar los recuerdos, según sea la situación, el momento y las características que acompañan la información, lo que podría explicar de alguna manera los efectos de primacía o de rescencia e incluso algunos fenómenos como la confabulación (Celis-López et al., 2018; Marschall, 2018).

El término confabulación viene del latín '*fabula*' que significa historia, y hace referencia a que los sujetos que la padecen pierden el acceso a *pedazos* de evidencia para la explicación de un hecho o evento y, en lugar de admitir la ignorancia al respecto, simplemente dicen algo (Ardila et al., 2015; Ichino, 2018). Otros autores la han definido como un signo de patología neurológica y neuropsicológica (Dalla Barba, Brazzarola, Barbera et al., 2018; Dalla Barba, Guerin et al., 2018; Shingaki et al., 2015) conformado por declaraciones incorrectas en tiempo y lugar, prominentes en desórdenes tales como demencia Alzheimer y síndrome de Korsakoff (Rensen et al., 2015; Rensen et al., 2020). Algunas veces la confabulación es definida como un síntoma, visto solamente en una condición neuropsicológica: la amnesia (Coltheart, 2016).

La confabulación ha sido definida como una "falsificación de la memoria que ocurre bajo claridad de la conciencia" (Berlyne, 1972, en Spitzer et al., 2016. p. 2); y a su vez alude a algún estado de anosognosia puesto que el sujeto no reconoce su severidad, ni que exista algún déficit, así como tampoco ninguna intención de engañar al interlocutor (Bajo et al., 2016; Rensen et al., 2015; Spitzer et al., 2016; Tagai et al., 2020). En la confabulación pueden presentarse afirmaciones y acciones inintencionalmente incongruentes con el pasado, el presente y el futuro del paciente, y aunque es una alteración poco frecuente de la memoria y generalmente se encuentra en pacientes con afectación de

esta, también puede encontrarse en sujetos con memoria y habilidades de aprendizaje normales (Dalla Barba et al., 2020; Dalla Barba, Brazzarola, Marangoni y La Corte, 2018; García Barco, 2020; Martín Juan et al., 2018; Zoladz et al., 2017).

Solo a principios del siglo xx, Wernicke propuso el término confabulación para referirse a emergencias de la memoria de eventos y experiencias que nunca ocurrieron, reemplazando así el término *pseudoreminiscencias* propuesto por Kosakoff, con el cual aludía a la situación concebida por un paciente sin haberla experimentado realmente, solo en su mente (Dalla Barba, Brazzarola, Marangoni y La Corte, 2018; Schnider et al., 2016). La confabulación ha tenido múltiples formas de denominación a través de los años, pero ha persistido la explicación clásica de Bonhofffer de que es secundaria a la amnesia, con lo cual representa una forma de llenar vacíos motivada por la vergüenza (Turnbull y Salas, 2016); otros han presentado a la confabulación como un sesgo emocional positivo, lo que sugiere que emana de una tendencia a embellecer la situación o la discapacidad en términos de desventaja (Liverani et al., 2016). Puede presentarse que el contenido de las confabulaciones corresponda a la verdad de los hechos pero recuperados de forma desordenada y fuera de contexto (Bajo et al., 2016; Rensen et al., 2020).

Otros se han acercado al significado de la confabulación a través de la relación de esta con fenómenos intrusivos que pueden definirse como el recuerdo no intencional de respuestas poco apropiadas observadas en situaciones experimentales (Rensen et al., 2015). También se han establecido vínculos entre alucinaciones y confabulaciones de tipo fantástico que se caracterizan por inverosimilitud en la descripción de falsas realidades; de esta manera, ambas involucran narraciones extrañas, estrafalarias y poco plausibles y falta de corrección del relato a pesar de la

evidencia (Fujikawa et al., 2016; Fustinoni, 2016). En contraste con las alucinaciones, la confabulación corresponde a recuerdos falsos que crean una autonarrativa coherente de uno mismo en presencia de amnesia o en el contexto de una experiencia imaginada (Mendez, 2019) o es un efecto secundario de una facultad interpretativa que da sentido al mundo, al racionalizar la experiencia en el contexto de una narrativa personal y cultural (Bergamin, 2018).

Se aprecia hasta aquí que la confabulación es un fenómeno aparentemente heterogéneo que puede variar entre las características de su contenido, modo de aparición, etiología, entre otros (Christensen y Sørensen, 2019; Turnbull y Salas, 2016) o, de acuerdo con otros autores citados por Liverani et al. (2016), su interpretación podría responder a la combinación de amnesia y disfunción ejecutiva o a fallas en el monitoreo de la evocación o a afectación en el sentido del tiempo o a un deseo de evitar la vergüenza del olvido y mantener la autoconcordancia. Según Green y Loprinzi (2019), la confabulación se debe a un monitoreo de fuentes de una realidad imperfecta frente a una expectativa cultural determinada. El término falsa memoria también ha sido usado para describir un amplio rango de este fenómeno, e incluye mal recuerdo de las listas de palabras, falsos reconocimiento y distorsiones en la memoria autobiográfica y falsas creencias, pero relatadas de una forma más elaborada (McLachlan et al., 2019; Robins, 2018).

No obstante lo heterogéneo de las confabulaciones, se presentan en ellas algunas características comunes: en cualquiera de sus dos formas hay en el sujeto un sesgo hacia la identificación de eventos imaginarios y la tendencia a cumplirlos como si estuviesen ocurriendo externamente. De igual forma, la falsa memoria se superpone a la confabulación, y puede ocurrir en el mismo paciente, con lo cual cada reconsolidación de la me-

moria puede llevar a la evocación de información distorsionada (Mendez, 2019). Así mismo, los pacientes con confabulación comportamental espontánea tienen la tendencia a pensar que están en reuniones familiares o de negocios (Liverani et al., 2016), lo cual se explica por la creación de un falso objetivo, con atributos de primera persona y propiedad, sinceramente creídos por el paciente (Bergamin, 2018; Bernecker, 2017) y a veces con tendencia a negar los propios daños de la memoria, reacción defensiva para protegerse a sí mismo de sentimientos disfóricos, lo que facilita la aparición de estados confabulatorios (Tagai et al., 2020). Finalmente, Ichino (2018) considera que, al igual que las confabulaciones paradigmáticas, las supersticiones parecen implicar distorsiones de la realidad.

Basados en tales características, ya en 1901 Bonhoeffer había observado dos formas de confabulación: 1. Confabulación momentánea o “fuera de vergüenza”, usada para llenar una brecha en la memoria y 2. Confabulación fantástica, que va mas allá de llenar un vacío en la memoria (Schnider et al., 2016). A finales del siglo xx, Kopelman habló de confabulación provocada y espontánea. La primera, considerada como la respuesta incorrecta a una pregunta o situación en las que el sujeto se siente obligado a decir algo. La confabulación espontánea, por su parte, se da sin ningún detonante obvio, y se ha relacionado con el deterioro en el monitoreo de la realidad y la fuente de memoria, resultado de la superimposición frontal en una amnesia orgánica; este tipo de confabulación a menudo resulta difícil de distinguir de las alucinaciones, hecho que sugiere un solapamiento entre ambas (Bajo et al., 2016; Dalla Barba et al., 2020; Coltheart, 2016; Dalla Barba, Guerin, et al., 2018; Dalla Barba et al., 2017; Kopelman, 2019; Mendez, 2019; Rensen et al., 2016; Rensen et al., 2020, Rensen et al., 2015; Shingaki et al., 2015).

Otra forma de ordenar las confabulaciones la introdujo a principios del siglo xxi Schnider, quien diferenció cuatro formas de esta. 1. Confabulación provocada simple o intrusiones observadas en pruebas de memoria. 2. Confabulaciones momentáneas o declaraciones verbales falsas cuando se incita al paciente a responder. 3. Confabulaciones fantásticas, sin bases claras hasta ahora, absurda en sí misma e incoherente, observada en estados de psicosis y demencia avanzada. 4. Confabulación espontánea comportamental, común en pacientes amnésicos y desorientados, lo que los lleva a actuar según sus falsas ideas y tiene correspondencia con el síndrome originalmente descrito por Korsakoff (Kopelman, 2019; Rensen et al., 2015; Schnider et al., 2016). Por último, Ichino (2018) se refiere a las confabulaciones paradigmáticas como típicamente infundadas, sin intenciones engañosas, que involucran un componente motivacional, y desempeñan una función de relleno de vacíos.

Etiología

La formación y evocación de recuerdos ha sido una pauta fundamental en el estudio de la neurociencia moderna, al igual que el hipocampo como región crítica para la formación de recuerdos episódicos (Molina, 2016; Terranova et al., 2019; Voss et al., 2019; Zoladz et al., 2017). El daño en esta estructura puede provocar la incapacidad de formar nuevos recuerdos, sin perjuicio de las memorias previamente adquiridas. De igual forma, la inactivación farmacológica de subregiones corticales como la corteza prefrontal medial (mPFC) y la corteza cingulada anterior (ACC), dañan la evocación de recuerdos remotos (Terranova et al., 2019).

Se han considerado múltiples causas que desencadenan o llevan consecuentemente a alguno de los estados confabulatorios, entre ellas la intoxicación crónica

con solventes (Juárez-Pérez et al., 2019) y el infarto de la arteria de percherón que, considerado infrecuente y de difícil diagnóstico, se caracteriza por la triada: 1. trastornos del nivel de consciencia, 2. trastornos oculomotores y 3. alteraciones cognitivo conductuales, incluida la alteración de aprendizaje, memoria y confabulación (Tapia Guerrero et al., 2018). Por su parte, la psicosis de Korsakoff es considerada una de las causas más frecuentes de amnesia con la confabulación como una de sus características y sin otras afectaciones cognitivas ni deterioro del funcionamiento intelectual, aunque puede cursar con confusión. Si bien la confabulación casi siempre se presenta en este cuadro, no es requerida para el diagnóstico, puesto que no se da en todos los pacientes (González López et al., 2017).

De igual forma, la disfunción del lóbulo frontal en el síndrome de Wernicke-Korsakoff, luego de una hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma en arteria comunicante anterior, es una precursora de las confabulaciones fantásticas, típicamente con producción de descripciones bizarras de realidades falsas (Fujikawa et al., 2016; Ospina-García et al., 2018; Rensen et al., 2020). También en un daño agudo y focal en el cerebro que provoque fallas en la función orbitofrontal para el filtro de la realidad es posible encontrar confabulaciones comportamentales espontáneas y desorientación (Rensen et al., 2015; Schnider et al., 2016). No obstante, la confabulación no se asocia a la lesión de alguna región cerebral específica o única y, aunque frecuentemente se relaciona con lesiones orbitofrontales, se ha encontrado también en pacientes con lesiones en más de 20 regiones cerebrales, anteriores y posteriores (Dalla Barba et al., 2016; Terranova et al., 2019; Voss et al., 2019); de igual manera se ha observado confabulación en pacientes amnésicos luego de daño cerebral (Shingaki et al., 2015; Turnbull y Salas, 2016).

Por su parte, las alucinaciones han sido asociadas a anomalías en el lóbulo frontal, especialmente el derecho, y a pacientes con síndrome de Wernicke-Korsakoff, así que, con respecto a las confabulaciones provocadas y fantásticas, estas tienen en común la disfunción frontal-ejecutiva (Fujikawa et al., 2016; Mendez, 2019). Se sabe además que las respuestas confabulatorias en la amnesia orgánica son en parte inducidas por alteración en tiempo, conciencia y control atencional debido a daño severo en la memoria verbal y que tanto la confabulación como la falsa memoria podrían estar moduladas por diferentes sistemas cognitivos como disfunción en el dominio ejecutivo (Chan et al., 2019; Rensen et al., 2015; Shingaki et al., 2015). Sin embargo, también hay evidencia de factores emocionales que pueden influir en el contenido de las confabulaciones y en el deseo de expresarlas (Brewin, 2018; Ichino, 2018; Liverani et al., 2016).

Asimismo, se ha encontrado que los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen mayor tendencia a confabulaciones provocadas que un grupo control, y que la confabulación se incrementa cuando la información sobreaprendida reemplaza pobremente a la información codificada por bajo monitoreo en la memoria, lo que deja ver de alguna manera que se requiere cierto grado de adecuada función del hipocampo para generar confabulaciones (McLachlan et al., 2019; Molina, 2016; Terranova et al., 2019; Zoladz et al., 2017).

Además de considerar las posibles relaciones etiológicas de la confabulación planteados por diversos autores —el síndrome de Korsakoff, la ruptura de aneurisma de arteria comunicante anterior, la hemorragia subaracnoidea, la encefalitis, el trauma craneano, la encefalopatía de Binswanger, la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal y la afasia—, Dalla Barba, Brazzarola, Barbera et al. (2018) enfatizan en que

la confabulación también puede observarse en personas sanas y además abren la idea de observar comportamientos confabulatorios en pacientes con desconexión intrahemisférica y con heminegligencia. No obstante, hay quienes argumentan que la confabulación es un efecto secundario del funcionamiento normal de la facultad racional e interpretativa del ser humano (Bergamin, 2018).

Si bien ya se ha hablado del papel de las lesiones orbitofrontales o ventromediales como predictores de estados confabulatorios (provocados y espontáneos) y falsa memoria, se ha visto que estas también se dan en presencia de lesiones talámicas o hipotálamicas, lo cual sugiere la relevancia en la causalidad de las confabulaciones de la disfunción orbitofrontal asociada a la disrupción de circuitos fronto-subcorticales (Bergamin, 2018; Fujikawa et al., 2016; Mendez, 2019). Pero no solo la disfunción o lesión en lóbulos frontales y estructuras relacionadas tienen que ver con la confabulación, sino además el desarrollo atípico de estas estructuras (Spitzer et al., 2016) puesto que son las encargadas del mecanismo de filtración de la realidad a través del llamado “filtro de la realidad orbitofrontal”, y si este falla, induce a confusión unida a confabulación y desorientación (Kopelman, 2019; Liverani et al., 2016; Mendez, 2019).

Otros estudios imagenológicos han mostrado hallazgos relacionados con el lóbulo temporal medial y la conectividad reducida entre corteza orbitofrontal derecha, hipocampo derecho, uncus y corteza orbitofrontal izquierda, parahipocampo izquierdo, y giro fusiforme en pacientes confabuladores; además el hipometabolismo en regiones entorrinal y perirrinal izquierda y en corteza dorsolateral derecha, se correlacionan con errores de intrusión; el volumen del cíngulo anterior parece correlacionarse negativamente con la confabulación (McLachlan et al., 2019; Terranova et al., 2019; Voss et al., 2019; Zoladz et al., 2017).

Evaluación Neuropsicológica

Aunque el primer reconocimiento de las confabulaciones se basa casi siempre en las observaciones, la pericia y el interés del neuropsicólogo (Galaburda y Wong, 2017), por el momento solo los cuestionarios y las entrevistas estructuradas pueden cuantificar las confabulaciones provocadas, puesto que no se han desarrollado herramientas para medir confabulaciones espontáneas (Rensen et al., 2015). En este sentido, se presentan algunos de los test más usados por los investigadores que han tratado de acercarse al universo de la confabulación en sus diferentes presentaciones, incluyendo los inventarios que proveen una visión más ecológica de los síntomas del usuario (Huertas-Hoyas et al., 2016).

En un estudio para evaluar la memoria episódica verbal y los errores de esta en pacientes que consultaban por quejas de memoria se utilizaron Test de Aprendizaje Verbal de Rey, Trail Making Test, Figura Compleja de Rey (González Viéitez, 2019), Fluencia Verbal, Test de Vocabulario de Boston, Dígitos y Dígito símbolo, por medio de los cuales se encontró que más del 30 % de lo evaluados presentaron errores, y que el error más frecuente fue la confabulación, sin déficit en el aprendizaje ni asociación a enfermedad de Alzheimer (Mandich et al., 2016).

Con respecto a la confabulación fantástica, al aplicar la Escala de Inteligencia de Weschler III y la Escala de Memoria de Weschler Revisada, Fujikawa et al. (2016) encontraron bajas puntuaciones en el índice de memoria verbal y en el índice de recuerdo retrasado; además, abundantes respuestas confabulatorias en la prueba de denominación de figuras, en la paciente valorada.

En algunos casos de confabulación espontánea se realizaron ensayos de provocación de la confabulación, tareas de monitoreo de la fuente, tareas de contexto temporal, tareas de monitoreo de la realidad y pruebas

de memoria episódica y función ejecutiva en cuatro adolescentes con trastorno del espectro autista, de quienes había quejas de confabulación en su cotidianidad, y se encontró que, aparte de las dificultades en las tareas de contexto y función ejecutiva, en el cuestionario de provocación de confabulaciones dos de los participantes produjeron un número anormal de confabulaciones (Spitzer et al., 2016).

Si bien las pruebas de memoria demuestran una significativa asociación entre la deficiente capacidad de extinción y la confabulación conductual espontánea y la desorientación, no se encuentra vínculo con las confabulaciones momentáneas o intrusiones; así, los confabuladores conductualmente espontáneos por lo general no pueden colocar recuerdos en su contexto temporal similar a otros amnésicos que suelen fallar en tareas de memoria (Schnider et al., 2016).

Otra de las pruebas usadas en la evaluación de individuos confabuladores es la Lista de Confabulación Nijmegen-Venray o la Nijmegen-Venray Confabulation List-20 (NVCL-20), que consiste en 20 ítems que consideran varios aspectos del comportamiento confabulatorio y funcionamiento de la memoria; dicho sea de paso, es la primera herramienta que incluye elementos que abordan la confabulación espontánea (Rensen et al., 2015). Esta prueba fue completada por cuidadores profesionales para 28 pacientes con Korsakoff, y 24 alcohólicos crónicos con deterioro cognitivo, y se observó que todos estos pacientes presentaban confabulación conductual y, además, todos los que produjeron confabulaciones espontáneas también produjeron confabulaciones provocadas. Respecto a las intrusiones obtenidas en el Test de Aprendizaje Verbal de California TAVEC (CVLT en inglés), usadas para medir la confabulación provocada por el recuerdo (Coltheart, 2016), no se encontraron relaciones significativas con las confabulaciones conductuales espontáneas. Los puntajes en confabulaciones

espontáneas no se relacionaron tampoco con medidas de función ejecutiva y memoria; no obstante, las confabulaciones conductuales provocadas sí estuvieron asociadas con disfunción ejecutiva y bajos rendimientos en memoria (Rensen et al., 2016).

En otro estudio en pacientes con síndrome de Korsakoff y alcohólicos crónicos con deterioro cognitivo se aplicó el NVCL-20 y se correlacionó con la Batería de Confabulación de Dalla Barba, el Test de Confabulación Provocada (que son muy usados en investigación, pero no se conoce mucho de su validez y no cubren aspectos importantes de la confabulación espontánea). Otras pruebas neuropsicológicas estándar encontraron que los pacientes con Korsakoff confabularon más, tanto de forma espontánea como provocada, y tuvieron más problemas de memoria y orientación. La correlación con las pruebas neuropsicológicas usadas mostró que las confabulaciones se asociaban a déficit de memoria, pero no a intrusiones ni a otras pruebas de función ejecutiva, lo que deja pensar que posiblemente las pruebas usadas para función ejecutiva (TMT, TOL, Stroop Test, y Laberintos) podrían no revelar la disfunción frontal específica subyacente al comportamiento confabulatorio, contrario a lo que ocurrió con los test de memoria (Rensen et al., 2015).

En pacientes amnésicos se observaron las características neuropsicológicas y de falsa memoria por medio de la aplicación de múltiples pruebas neuropsicológicas para medir orientación, lenguaje, atención, memoria, función de lóbulos frontales y control de impulsos. Se utilizó la versión japonesa modificada de la Batería de Confabulación (CB) para medir la severidad de la confabulación y siete pruebas neuropsicológicas: la versión japonesa de Examen del Estado Cognitivo Neuroconductual (COGNISTAT), Test de Aprendizaje Verbal de Rey (RAVLT), Figura Compleja de Rey (ROCFT) (González Viéitez, 2019), Batería de Medición Frontal, Sistema de Inhibi-

ción Conductual, Cuestionario de Agresión de Buss-Perry y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Para evaluar la falsa memoria se usó el Paradigma Deese-Roediger-Mcdermott (DRM). Los hallazgos evidenciaron que los pacientes amnésicos con confabulación tuvieron peor desempeño en medidas de orientación temporal, atención y memoria verbal que aquellos sin confabulación. Los pacientes confabuladores estuvieron significativamente afectados en memoria verbal según la RAVLT, pero no tanto en memoria visual según ROCFT. Se encontró también que las memorias falsas según DRM no eran moduladas por la severidad de la confabulación. Así, los pacientes confabuladores mostraron daño significativo en orientación temporal, atención y funciones de memoria verbal (Shingaki et al., 2015).

Por último, con respecto a la CB, a partir de las experiencias de investigación en que se ha usado, se puede decir que no solo provee medidas detalladas de la confabulación, sino que además se puede usar en tratamientos y rehabilitación, a pesar de que los confabuladores son, a menudo, poco conscientes de su afectación. Las respuestas de estos pacientes obtenidas durante el proceso de rehabilitación son útiles para explicar tanto al paciente como a los cuidadores qué es una confabulación y qué tipo de confabulación tiene el individuo (Dalla Barba, Brazzarola, Barbera et al., 2018; Dalla Barba, Guerin et al., 2018; Dalla Barba et al., 2016; Dalla Barba, Brazzarola, Marangoni y La Corte, 2018).

Conclusiones

Partiendo de la anterior revisión es posible determinar que la memoria de trabajo resulta muy relevante para la consolidación de nueva

información y, como dominio funcional que subyace a la confabulación, es importante su comprensión. Por su lado, la confabulación se ha constituido en un fenómeno heterogéneo tanto desde sus definiciones como desde su etiología y correlatos neuroanatómicos; heterogeneidad que también es evidente en las clasificaciones trazadas por quienes han introducido la problemática desde sus inicios. No obstante, en términos de clasificación, parecería más práctico y brindaría más información la forma de orden sugerida por Schnider para la confabulación en sus cuatro vertientes (provocada, momentánea, fantástica y espontánea comportamental), toda vez que abre mayores posibilidades de análisis y de estudio.

Se concluye también que el daño orbitofrontal o de lóbulo frontal no es la única etiología de la confabulación, puesto que es posible encontrar estados confabulatorios por daño tanto en regiones cerebrales anteriores como posteriores, en porciones corticales como en subcorticales, con componentes mayormente cognitivos o mayormente emocionales.

Por último, la evaluación objetiva de las confabulaciones ha mostrado que en pacientes confabuladores hay mayor afectación en memoria verbal que en visual; que las confabulaciones se asocian con problemas de memoria pero no en forma de intrusiones; que con la disfunción ejecutiva sí se asocian las confabulaciones conductuales provocadas; y se presume que las pruebas de función ejecutiva usadas en neuropsicología no tienen la sensibilidad suficiente para desvelar la disfunción frontal específica que subyace a las confabulaciones tal como la poseen las pruebas de memoria.

Referencias

- Ardila, A., Arocho Llantín, J. L., Labos, E. y Rodríguez Irizarry, W. (2015). *Diccionario de Neuropsicología*. https://www.researchgate.net/publication/268926205_Diccionario_de_Neuropsicologia.
- Bajo, A., Fleminger, S., Metcalfe, C. y Kopelman, M. D. (2016). Confabulation: What is associated with its rise and fall? A study in brain injury. *Cortex*, 87, 31-43. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.06.016>
- Bergamin, J. A. (2018). An Excess of Meaning: Conceptual Over-Interpretation in Confabulation and Schizophrenia. *Topoi*, 39, 163-176. <https://doi.org/10.1007/s11245-018-9609-6>
- Bernecker, S. (2017). A causal theory of mnemonic confabulation. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01207>
- Brewin, C. R. (2018). Memory and forgetting. *Current Psychiatry Reports*, 20(87), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0950-7>
- Celis-López, E., Herrera-Meza, G., Peredo-Rivera, E., Sánchez-García, Á. J., Rebolledo-Hernández, D., Golubov, J. y Martínez-Chacón, A. J. (2018). Evaluación de la memoria emocional después de una prueba Stroop en estudiantes universitarios con estrés académico. *Eduscientia*, 1(1), 30-44. <https://eduscientia.com/index.php/journal/article/view/3>
- Chan, E., Paterson, H. M. y van Golde, C. (2019). The effects of repeatedly recalling a traumatic event on eyewitness memory and suggestibility. *Memory*, 27(4), 536-547. <https://doi.org/10.1080/09658211.2018.1533563>
- Christensen, J. N. y Sørensen, T. A. (2019). Confabulation Resilience of the Developing Brain: A Brief Review. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 25(4), 426-431. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000134>
- Coltheart, M. (2016). Confabulation and conversation. *Cortex*, 87, 62-68 <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.08.002>
- Dalla Barba, G., Brazzarola, M., Barbera, C., Marangoni, S., Causin, F., Bartolomeo, P. y Thiebaut de Schotten, M. (2018). Different patterns of confabulation in left visuo-spatial neglect. *Experimental Brain Research*, 236(7), 2037-2046. <https://doi.org/10.1007/s00221-018-5281-8>
- Dalla Barba, G., Brazzarola, M., Marangoni, S. y Alderighi, M. (2020). Confabulation affecting Temporal Consciousness significantly more than Knowing Consciousness. *Neuropsychologia*, 140, 33. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2020.107367>
- Dalla Barba, G., Brazzarola, M., Marangoni, S., Barbera, C. y Zannoni, I. (2017). A longitudinal study of confabulation. *Cortex*, 87, 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.05.009>
- Dalla Barba, G., Brazzarola, M., Marangoni, S. y La Corte, V. (2018). Screening for confabulations with the confabulation screen. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(1), 116-129. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1464475>
- Dalla Barba, G., Guerin, B., Brazzarola, M., Marangoni, S., Barbera, C. y La Corte, V. (2018). The confabulation battery: Instructions and international data from normal participants. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(10), 1625-1636. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1436446>
- Fujikawa, M., Nishio, Y., Kakisaka, Y., Ogawa, N., Iwasaki, M. y Nakasato, N. (2016). Fantastic confabulation in right frontal lobe epilepsy. *Epilepsy and Behavior Case Reports*, 6, 55-57. <https://doi.org/10.1016/j.ebcr.2016.08.003>
- Fustinoni, O. (2016). *Semiología del Sistema Nervioso de Fustinoni* (15.ª ed.). Editorial El Ateneo.

- Galaburda, A. M. y Wong, B. (2017). Neuropsicología: mirando hacia adelante. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 11(2), 1-5.
- García Barco, M. A. (2020). La evaluación neuropsicológica como herramienta en el diagnóstico de pacientes simuladores. *HAL*, 1-17. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02523954/document>
- González Viéitez, G. (2019). Relación entre recuerdo demorado en la Figura Compleja de Rey-Osterrieth y funcionamiento ejecutivo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9(1), 5-18. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v9i1.312>
- González López, I., Sierra Benítez, E. M., León Pérez, M. Q., Figueroa García, E. M., Aguilera Hernández, A. y Olivera Manzano, L. U. (2017). Psicosis de Korsakoff, a propósito de un caso interesante. *Revista Médica Electrónica*, 39(1), 772-780.
- Green, D. y Loprinzi, P. D. (2019). Experimental Effects of Acute Exercise on Prospective Memory and False Memory. *Psychological Reports*, 122(4), 1313-1326. <https://doi.org/10.1177/0033294118782466>
- Gudjonsson, G. (2016). Memory distrust syndrome, confabulation and false confession. *Cortex*, (87), 156-165. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.06.013>
- Huertas-Hoyas, E., Pedrero-Pérez, E. J., Martínez-Campos, M. y Laselle-López, M. (2016). Inventario de síntomas prefrontales (ISP) en el daño cerebral adquirido: concordancia entre puntuaciones de paciente, familiar y profesional. *Revista de Neurología*, 63(9), 385-392. <https://doi.org/10.33588/rn.6309.2016323>
- Ichino, A. (2018). Superstitious Confabulations. *Topoi*, (39), 203-217. <https://doi.org/10.1007/s11245-018-9620-y>
- Juárez-Pérez, C. A., Aguilar-Madrid, G., Sandoval-Ocaña, J., Cabello-López, A., Trujillo-Reyes, O., Madrigal-Esquivel, C. y Wesseling, C. (2019). Neuropsychological effects among workers exposed to organic solvents. *Salud Pública de México*, 61(5), 670-677. <https://doi.org/10.21149/9800>
- Kantzios, I. (2019). Memory and forgetfulness in alcaeus. *Classical Philology*, 114(3), 322-343. <https://doi.org/10.1086/703683>
- Kopelman, M. D. (2019). Anomalies of Autobiographical Memory. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 25(10), 1061-1075. <https://doi.org/10.1017/S135561771900081X>
- Lim, S.-J., Wöstmann, M., Geweke, F. y Obleser, J. (2018). The benefit of attention-to-memory depends on the interplay of memory capacity and memory load. *Frontiers in Psychology*, 9(184), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00184>
- Liverani, M. C., Manuel, A. L., Guggisberg, A. G., Nahum, L. y Schnider, A. (2016). No influence of positive emotion on orbitofrontal reality filtering: Relevance for confabulation. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10(98), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00098>
- Mandich, V. C., Custodio, J. y Sánchez Negrete, M. G. (2016). *Errores en memoria episódica verbal y quejas mnésicas*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Marschall, S. (2018). Memory work versus memory-work and its utility in heritage tourism. *Current Issues in Tourism*, 22(14), 1659-1669. <https://doi.org/10.1080/13683500.2018.1544230>
- Martín Juan, A., Madrigal, R., Porta Etessam, J., Sáenz-Francés San Baldomero, F. y Santos Bueso, E. (2018). Ceguera de Anton-Babinski, a propósito de un caso. *Archivos de La Sociedad Española de Oftalmología*, 93(11), 555-557. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2018.04.004>

- McLachlan, E., Rai, S., Al-Shihabi, A., Huntley, J., Burgess, N., Howard, R. y Reeves, S. (2019). Neuroimaging correlates of false memory in 'Alzheimer's disease: A preliminary systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 269, 1 - 30. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2019.111021>
- Mendez, M. F. (2019). Frontolimbic affective bias and false narratives from brain disease. *Medical Hypotheses*, 128, 13-16. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.04.020>
- Molina, M. (2016). El rol de la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico y en el seguimiento de las demencias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 319-331. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.06.006>
- Norris, D. (2017). Short-term memory and long-term memory are still different. *Psychological Bulletin*, 143(9), 992-1009. <https://doi.org/10.1037/bul0000108>
- Ospina-García, N., Román, G. C., Pascual, B., Schwartz, M. R. y Preti, H. A. (2018). Hypothalamic relapse of a cardiac large B-cell lymphoma presenting with memory loss, confabulation, alexia-agraphia, apathy, hypersomnia, appetite disturbances and diabetes insipidus. *BMJ Case Reports*, 1-7. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-217700>
- Rensen, Y. C. M., Oosterman, J. M., Walvoort, S. J. W., Eling, P. A. T. M. y Kessels, R. P. C. (2016). Intrusions and provoked and spontaneous confabulations on memory tests in Korsakoff's syndrome. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39(2), 101-111. <https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1204991>
- Rensen, Y. C. M., Oosterman, J. M., van Damme, J. E., Griekspoor, S. I. A., Wester, A. J., Kopelman, M. D. y Kessels, R. P. C. (2015). Assessment of confabulation in patients with alcohol-related cognitive disorders: The Nijmegen-Venray confabulation list (nvcl-20). *The Clinical Neuropsychologist*, 29(6), 804-823. <https://doi.org/10.1080/13854046.2015.1084377>
- Rensen, Y. C. M., Oudman, E., Oosterman, J. M. y Kessels, R. P. C. (2020). Confabulations in Alcoholic Korsakoff's Syndrome: A Factor Analysis of the Nijmegen-Venray Confabulation List. *Assessment*, (11), 1-11. <https://doi.org/10.1177/1073191119899476>
- Ríos-Flórez, J. A. y López-Gutiérrez, C. R. (2018). El rol de la neuropsicología y la interdisciplinariedad en la etiología y neurofuncionalidad del Déficit de Atención e Hiperactividad. *Psicoespacios*, 12(20), 73-93. <http://revistas.iue.edu.co/revistas/iue/index.php/Psicoespacios/article/view/992/1304>
- Robins, S. (2018). Mnemonic Confabulation. *Topoi*, 39, 121-132. <https://doi.org/10.1007/s11245-018-9613-x>
- Schnider, A., Nahum, L. y Ptak, R. (2016). What does extinction have to do with confabulation? *Cortex*, 87, 5-15. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.10.015>
- Shingaki, H., Park, P., Ueda, K., Murai, T. y Tsukiura, T. (2015). Disturbance of time orientation, attention, and verbal memory in amnesic patients with confabulation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 38(2), 171-182. <https://doi.org/10.1080/13803395.2015.1094027>
- Spitzer, D., White, S. J., Mandy, W. y Burgess, P. W. (2016). Confabulation in children with autism. *Cortex*, 87, 80-95. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.10.004>
- Tagai, K., Nagata, T., Shinagawa, S. y Shigeta, M. (2020). Anosognosia in patients with Alzheimer's disease: current perspectives. *Psychogeriatrics*, 20(3), 345-352. <https://doi.org/10.1111/psyg.12507>
- Tapia Guerrero, A., García Gutiérrez, G., Rodríguez Molina, A., Peñuela Ruiz, L., García Gallardo, M. y Aguilar Cuevas, R. (2018). *Lo que el radiólogo debe saber sobre el infarto de la arteria de Percherón*. Sociedad Española de Radiología Médica. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/1457>

- Terranova, J. I., Ogawa, S. K. y Kitamura, T. (2019). Adult hippocampal neurogenesis for systems consolidation of memory. *Behavioural Brain Research*, 372, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112035>
- Turnbull, O. H. y Salas, C. E. (2016). Confabulation: Developing the 'emotion dysregulation' hypothesis. *Cortex*, 87, 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.09.024>
- Voss, M. W., Soto, C., Yoo, S., Sodoma, M., Vivar, C. y van Praag, H. (2019). Exercise and Hippocampal Memory Systems. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(4), 318-333. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.01.006>
- Zoladz, P. R., Cadle, C. E., Dailey, A. M., Fiely, M. K., Peters, D. M., Nagle, H. E., Mosley B. E., Scharf A. R., Brown C. M., Duffy T. J., Earley M. B., Rorabaugh B. R. y Payment, K. E. (2017). Blunted cortisol response to acute pre-learning stress prevents misinformation effect in a forced confabulation paradigm. *Hormones and Behavior*, 93, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2017.04.003>

ps̥cœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 15, Nº 26, enero-junio 2021



La escuela y la migración: experiencias de niños venezolanos en Colombia

School and migration: experiences of Venezuelan children in Colombia

KATY LUZ MILLÁN OTERO^a

Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-8895-7098>

NICOLASA MARÍA DURAN PALACIO

Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-5492-6931>

LAURA ANDREA RODRÍGUEZ MARÍN

Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-4123-7058>

ANDREA GARCÍA HINCAPIÉ

Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-5760-468X>

^aAutor de correspondencia: katy.millanot@amigo.edu.co

Recibido: 26 mayo 2021 • Aceptado: 23 agosto 2021 • Publicado: 24 septiembre 2021

Cómo citar este artículo: Millán Otero, k.L., Durán Palacio, N. M., Rodríguez Marín, L.A. y Hincapié García, A. (2021). La escuela y la migración: experiencias de niños venezolanos en Colombia. *Psicoespacios*, 15(26).
<https://doi.org/10.25057/21452776.1410>

Resumen

En los últimos años las transformaciones sociales, económicas y políticas de Venezuela han afectado la dinámica doméstica de la región y se han extrapolado más allá del continente, siendo la migración uno de sus efectos de mayor importancia histórica y coyuntural. El éxodo de los venezolanos hacia Colombia ha modificado no solamente la dinámica social del país de acogida, sino también las interacciones en las instituciones educativas, tras la incursión de niños y niñas migrantes. Esta investigación buscó analizar la experiencia de los niños venezolanos en las aulas de clase en la ciudad de Medellín. El horizonte de la investigación es cualitativo enmarcado en el método de estudio de caso que aporta descripciones densas con el propósito de interpretar y teorizar sobre la situación que es objeto de estudio. Se usó la entrevista

semiestructurada y el mural de situaciones para la recolección de la información. Los hallazgos evidencian los desafíos que deben enfrentar los participantes en el nuevo país. En primer lugar, la xenofobia que por su condición de migrantes experimentan por parte de sus pares, quienes replican los estereotipos de los adultos exponiendo a los niños y niñas venezolanos a experiencias de “matoneo”. En segundo lugar, las dificultades para adaptarse al currículo colombiano y finalmente los tipos de duelo migratorios que deben elaborar, principalmente el duelo a la familia y amigos, a la lengua, la tierra y la cultura. Se discute el papel de la escuela como facilitador del proceso de inclusión de los estudiantes extranjeros.

Palabras claves: migración, escuela, duelo migratorio, socialización secundaria, Venezuela.

Abstract

In recent years, Venezuela's social, economic and political transformations have affected the domestic dynamics of the region and have extrapolated beyond the continent, with migration being one of its most important historical and conjunctural effects. The exodus of Venezuelans to Colombia has modified not only the social dynamics of the host country, but also the interactions in educational institutions, following the incursion of migrant children. This research sought to analyze the experience of Venezuelan children in classrooms in the city of Medellín. The horizon of the research is qualitative framed in the case study method that provides dense descriptions with the purpose of interpreting and theorizing about the situation that is the object of study. The semi-structured interview and the situation mural were used to collect information. The findings show the challenges faced by the participants in the new country. In the first place, the xenophobia that they experience from their peers, who replicate the stereotypes of adults, exposing Venezuelan children to bullying. Secondly, the difficulties in adapting to the Colombian curriculum and finally, the types of migratory mourning that must be elaborated, mainly the mourning of family and friends, language, land and culture. The role of the school as a facilitator of the inclusion process of foreign students is discussed.

Keywords: migration, school, migratory grief, secondary socialization, Venezuela.

Introducción

La migración humana no es un fenómeno nuevo, pero ha cambiado significativamente en número y naturaleza con el crecimiento de la globalización, la facilidad del transporte y las comunicaciones internacionales, los efectos del cambio climático, los conflictos armados internos, entre otros (Zimmerman et al., 2011).

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2006) conceptualiza la migración como el desplazamiento de una población hacia otro Estado o dentro del mismo territorio. La decisión de la movilidad se puede dar de forma libre y voluntaria o, por el contrario, ser forzada por situaciones o personas que comprometen la integridad del

sujeto en el país de origen. Aunque existen múltiples categorías en torno a la migración, en Colombia se toma el estatus de irregular y regular. El primero hace alusión a la situación de las personas que ingresan a un país sin el cumplimiento de los requisitos legales o que dejan de tener estatus legal debido al vencimiento de su visado. Por el contrario, el migrante regular es aquel que entra y permanece al país receptor por los canales legales y cumple con los requisitos nacionales para residir en el territorio (OIM, 2006).

Durante los siglos XIX y XX Venezuela fue un país receptor de inmigrantes, pero en las últimas décadas más de un millón quinientos venezolanos han emigrado al exterior. El patrón migratorio cambió “motivado por una crisis nacional que incluye un cambio en el

modelo político, un desequilibrio económico que se ha ido incluso ‘institucionalizando’ durante los últimos años, y una descomposición social inédita para la historia de Venezuela” (Castillo Crasto y Reguant Álvarez, 2017, p. 13).

Si bien Colombia ha sido tradicionalmente un país expulsor de personas a causa del conflicto armado interno, ante la llegada masiva de venezolanos ha pasado a ser receptor. Aspectos como la cercanía geográfica, la relación histórica-cultural con Venezuela y la flexibilidad en la regulación migratoria han convertido a Colombia en uno de los principales destinos para migrar por parte de los venezolanos (Restrepo Pineda y Jaramillo Jaramillo, 2020).

Migración Colombia (Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, 2021) reportó durante el 2020 el ingreso de 1 729 537 venezolanos, de estos 762 823 son regulares y 966 714 irregulares, ya sea porque superaron el tiempo de permanencia o porque ingresaron sin autorización. En el caso de los menores de edad, se estima que el 8 % (274 683) del total de los migrantes corresponde a niños y niñas entre 5 a 17 años.

Bauman (2016) señala que en el mundo globalizado el otro diferente es un extraño que llama a la puerta y que se puede reducir a una condición inferior a los autóctonos que han sido relegados y confinados en el país. Estas diferencias traspasan los diferentes escenarios de la acción social, entre ellos el ambiente escolar. Ante los cambios globales, la escuela puede ser considerada ajena a los problemas del mundo exterior y los procesos de socialización que subjetivizan a los estudiantes (Bauman, 2013), por lo que puede parecer desacoplada a las condiciones que presenta la cultura.

No hay que olvidar que cuando los contextos sociales cambian de manera fundamental o inesperada los acontecimientos importantes, las instituciones sociales y la

personalidad pueden informar la previsión de patrones futuros del curso de la vida, es decir, “los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean o configuran tanto las vidas individuales como los agregados poblacionales denominados cohortes o generaciones” (Blanco, 2011, p. 6). En este sentido, el curso de vida como perspectiva teórica permite comprender el impacto de la migración como proceso macrosocial en las trayectorias de la vida de los sujetos.

Uno de los principales espacios donde el niño migrante se va a desenvolver y va a ir adaptándose al proceso de migración es en la escuela; allí va a socializar con pares y personas adultas diferentes a su familia. Suárez-Orozco y Suárez-Orozco (2008) hablan de que la escuela cumple un rol fundamental en el proceso de integración de las niñas y los niños migrantes, porque se puede decir que ahí es donde pasan la mayor parte del tiempo, aprenden el idioma o las expresiones locales y las normas del lugar de destino, teniendo así la posibilidad de crear vínculos entre pares.

La socialización secundaria, según Berget y Luckman (1968), permite que los sujetos incorporen nuevos roles y se introduzcan a los contextos de su sociedad. El niño o adolescente lleva lo aprendido en el hogar a un nuevo espacio y lo une con los nuevos aprendizajes que reciba allí en el aula de clase. Uno de los aspectos que problematiza la socialización de los estudiantes extranjeros es la discriminación por parte de los nacionales, quienes expresan los discursos y prácticas que se arraigan en la sociedad. El espacio escolar puede reproducir, entonces, interacciones de dominación y diferenciación que expresan las desigualdades y vulneraciones de las que puede ser víctima un migrante (Joiko y Vásquez, 2016; Matus y Rojas, 2015; Pavez Soto, 2012a).

Cuando las niñas y los niños participan en procesos de movilidad familiar, la sociedad

de destino utiliza variados y contradictorios criterios para construir y posicionarlos en la categoría sociológica de “inmigrantes”. Al igual que ocurre con las personas adultas inmigrantes, las niñas y los niños se consideran culturalmente diferentes (alteridad) respecto de la sociedad anfitriona (homogénea supuestamente); y por haber participado en una socialización y educación en valores de las familias de origen inmigrante, se piensa que comparten los rasgos que les hacen diferentes (Pavez Soto, 2012a, p. 80).

La experiencia de socialización en el aula puede afectar y entorpecer la integración y la autoestima del estudiante migrante. Si es tratado de manera positiva el sujeto se siente dignificado y competente, lo que favorece la adaptación. Por el contrario, las respuestas ante las expresiones negativas pueden variar desde la construcción de una identidad desvalorizada o desarrollar resistencia a la escuela y los procesos de enseñanza aprendizaje (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2003).

La interseccionalidad coadyuva a explicar cómo la contribución única de un factor sociodemográfico, como ser extranjero, puede incidir en los vínculos con los otros. Es decir, las identidades interseccionales contornean las experiencias de vida en un contexto social particular (Kelly, 2011). En este sentido, la condición de ser venezolano de los niños puede circunscribir las relaciones con los otros en el contexto de llegada.

Por ejemplo, la incorporación de los niños al sistema educativo en el país de llegada puede estar mediada por obstáculos, que se destacan en la literatura y se asocian a las dificultades en la comprensión del idioma (López Castro, 1999), conflictos en la matrícula, la validación de sus estudios en el país de llegada y la adaptación a las diferencias culturales y curriculares del nuevo sistema educativo (Vargas Valle y Camacho Rojas, 2016; Cerón et al., 2017); “los bajos resultados académicos como las dificultades en los procesos de adaptación cultural contribuyen

a ensanchar aún más las brechas y desigualdades en el plano escolar” (Jiménez et al., 2017, p. 106).

Achotegui (2010) considera que la migración confronta al sujeto a niveles de estrés que pueden superar su capacidad de adaptación; migrar supone diversas pérdidas significativas que enfrentan al sujeto con estresores que lo obligan a expandir sus recursos psicológicos adaptativos que están en el límite entre la salud mental y la enfermedad. Algunas de estas pérdidas son: duelo por la familia y amigos, por la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, contacto por el grupo étnico y riesgos para la integridad física (Millán Otero et al., 2021; Sánchez Mimbela, 2017).

Vera Noriega (2009) reseña diferencias entre los tipos de estresores y síntomas entre los niños y adultos migrantes. En el caso de los niños, ellos también elaboran el duelo tras la separación de sus antiguos apegos emocionales, la reconstrucción de la identidad ahora como migrante, la separación de su lugar de origen y la adaptación a la nueva cultura (Chiu et al., 1992). Los síntomas que se pueden evidenciar son un posible fracaso escolar y variación en las relaciones de apego.

Los flujos de movilidad humana en el mundo han supuesto grandes desafíos para el sistema educativo. Se hace necesario comprender la experiencia de los niños migrantes para pensar estrategias concretas relativas a su acogida en los espacios escolares. Esta investigación se realizó con el fin de analizar la experiencia de los niños migrantes venezolanos en la institución Educativa Álvaro Marín Velasco del municipio de Medellín, se focalizó el análisis en los procesos de socialización secundaria y la experiencia de duelo migratorio.

Método

La investigación se basó en el enfoque cualitativo; aquel que estudia la realidad en su contexto natural, observando cómo sucede, interpretando los fenómenos de acuerdo con

las personas implicadas. Los datos emergieron a partir de las experiencias de los actores sociales (Taylor y Bogdan, 1989). Se empleó el estudio de caso como medio para analizar el fenómeno. El estudio de caso se asume como un sistema o fenómeno delimitado e integrado que ocurre en un contexto específico (Stake, 1999), y que aporta descripciones densas con el propósito de interpretar y teorizar sobre la situación que es objeto de estudio.

El espacio de la investigación fue la Institución Educativa Álvaro Marín Velasco, institución de carácter público, ubicada en la comuna Manrique en el extremo nororiental de la ciudad de Medellín. Las condiciones sociales de la población son de alta vulnerabilidad, en su mayoría desplazados. En el ámbito educativo algunas instituciones carecen de un tratamiento de contextualización con un enfoque poblacional incluyente y diferenciador (Ortiz Giraldo, 2012).

Las técnicas de recolección de información empleadas fueron la entrevista en dupla,

que se realizó con los niños y las niñas, al igual que el mural de situaciones en la institución. En el caso de los docentes, se implementó la entrevista semiestructurada. La selección de los participantes se hizo de forma intencional a partir de la inmersión en campo. Como criterio de inclusión se estableció: que los niños y niñas fuesen de nacionalidad venezolana, estudiantes de básica primaria de la Institución Educativa Álvaro Marín Velasco y que sus padres autorizaran mediante la firma del consentimiento informado la participación de los menores de edad. En el caso de los docentes, el criterio para hacer parte del estudio fue que tuvieran interacción permanente en la institución con los niños y niñas, y aceptar la participación en la investigación.

Como se muestra en la tabla 1, fueron en total 10 los estudiantes participantes (5 niños y 5 niñas), con edades entre 8 y 11 años de edad, de los años tercero, cuarto y quinto. Por parte del cuerpo docente se vincularon 3 adultos a la investigación.

Tabla 1. Descripción de los participantes de la investigación

Código del participante	Edad en años	Género	Grado	Tiempo de permanencia en Colombia	Tipo de familia
LD11FE	11	Femenino	4to primaria	2 meses de residencia	Extensa
S8ME	8	Masculino	4to primaria	2 años	Nuclear
A8ME	8	Masculino	3ro primaria	2 años	Nuclear
Y9FE	9	Femenino	3ro primaria	1 año	Nuclear
D9FE	9	Femenino	3ro primaria	8 meses	Extensa
J10FE	9	Femenino	5to primaria	1 año	Extensa
D11FE	9	Femenino	5to primaria	1 año	Reconstruida
JJ10ME	10	Masculino	5to primaria	9 meses	Nuclear
J10ME	10	Masculino	4to primaria	15 meses	Extensa
Y10ME	10	Masculino	4to primaria	2 años	Nuclear
S52FD	Mujer, 52 años de edad. Docente desde hace 25 años. Lleva un año laborando en la institución educativa				
P54FD	Mujer, 54 años de edad. Docente de educación especial, lleva ejerciendo su profesión por 24 años, de los cuales 12 ha estado en la institución educativa, se desempeña como profesora de primaria				
S60FP	Mujer, 60 años. Lleva ejerciendo la docencia por 40 años. Docente de primaria				

Fuente: elaboración propia.

Procedimiento

El acercamiento al campo se hizo inicialmente por intermedio de una de las docentes de la institución. Una vez socializados los objetivos de la investigación con las directivas del colegio, se invitó a los niños y a los docentes a participar, siempre y cuando tuvieran los criterios de inclusión para vincularse.

Las entrevistas de los niños y las niñas fueron hechas en dupla en la institución educativa. El mural de situaciones se realizó en sesiones grupales y se orientaron los dibujos en tres momentos: la vida en Venezuela, la vida durante las trayectorias de la migración y la vida en Medellín. Se tomó registro de audio, vídeo y fotografías de todo el proceso de recolección de la información, previa autorización de los participantes. El consentimiento informado fue avalado por el comité de ética de la Universidad Católica Luis Amigó.

En el recorrido de la investigación, no se presentó ninguna dificultad con la población seleccionada, fue fácil el acceso a esta y a la hora de realizar las entrevistas hubo buena disposición por parte de los menores. La realización de las entrevistas en duplas permitió que los niños sintieran más confianza, lo cual causó respuestas más espontáneas.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se hizo a partir de las fases propuestas por Martínez Miguélez (2004) en clave al enfoque de interseccionalidad. Se trató de hacer una lectura de las experiencias de los estudiantes venezolanos con características diferenciales como el curso de vida y su condición de migrante en el contexto de una escuela pública en Colombia.

Resultados

Los resultados fueron agrupados en tres secciones a partir del análisis de las categorías.

En primer lugar, presentamos el proceso de adaptación escolar de los niños a la institución educativa. Posteriormente abordamos los hallazgos en torno al duelo migratorio y, por último, mostramos las formas del acompañamiento docente.

El tránsito escolar: entre la adaptación a los pares y los desafíos curriculares

La falta de alimentos o el encarecimiento de los mismos, la inseguridad, la imposibilidad para acceder a productos básicos de la canasta familiar son algunas de las causas que ocasionaron la salida de Venezuela en las familias de los participantes. Al indagar por los motivos del viaje a Colombia se destacan los siguientes testimonios:

Porque la situación estaba muy fuerte y todo estaba caro, fuerte quiere decir que muy mala, tiran bombas, cohetes y ellos veían eso, acá se sientes más seguros (D9FE, comunicación personal).

Porque Maduro es un loco, suben y bajan los precios. Estaba muy mal (A8ME, comunicación personal).

Los niños destacaron en sus dibujos la bandera de Venezuela (imagen 1) como un aspecto significativo dentro de su formación escolar, el cual asocian con sentimientos positivos a la patria. Ahora bien, ellos no solo reconocen las causas de la migración, sino que además relacionan la situación política de Venezuela como un elemento que condicionó la salida y expuso al núcleo familiar a situaciones de riesgos; el Estado se aprecia como un ente que persigue y expulsa a los ciudadanos.

La llegada a la nueva escuela implicó una ruptura abrupta con la trama relacional y escolar construida en su país de origen. Una de las necesidades más imperantes por parte de los estudiantes al incursionar en la nueva escuela fue sentirse aceptado e incluido en

la dinámica escolar, especialmente ser valorados por sus pares. No obstante, el proceso de adaptación a la nueva dinámica escolar no siempre es sencillo; estuvo mediado por la xenofobia, la distinción de clase y el proceso de aculturación.

Los niños deben, en primer lugar, adaptarse al contexto social, cultural y familiar, pero también sobrellevar el rechazo de los compañeros en la escuela. El uso de calificativos como “venezolanos” y en especial “veneco” tenía como propósito marcar distancia entre los nacionales y los extranjeros. El otro que llega se percibe como amenazante y perturbador de la dinámica escolar, y se le nombra a partir de adjetivos que son escuchados a los adultos y que se usan con la intención de violentar mediante la palabra.

Que los compañeros iban a ser buenos. No todos lo han sido, siempre me molestan todos los niños, menos mis amigos. Me molestan por ser venezolano (A8ME, comunicación personal).

Yo les digo a los profesores, ellos les dicen que no humillen y hacen caso (D11FE, comunicación personal).

A mí me dicen negra mujinga o veneca porque soy negra y venezolana. Yo me quedo callada, no le digo nada a nadie (D11ME, comunicación personal).

La trama socializadora en el aula de clase de las niñas fue más compleja y sintieron de manera más emocional las burlas de los compañeros. En el caso de los niños, las docentes expresaron que hacían uso de las agresiones físicas para defenderse de los comentarios de los nacionales. Los modelos interseccionales de desventaja social (Cole, 2009) sugieren que las categorías sociales se combinan para dar forma a las experiencias y los resultados de la vida de los individuos en todos los ámbitos. En este caso particular, la condición de migrante *per se* genera exclusión y rechazo, que se intensifica al ser mujer y afrodescendiente.

La migración opera en algunos contextos como un mecanismo de estratificación que impacta de manera diferencial a los individuos y grupos e influye en el acceso a los determinantes sociales (por ejemplo: trabajo, vivienda segura, derechos, seguridad). Tener el estatus de migrante contribuye a que la desigualdad se incremente y se refuercen los estereotipos negativos que son difundidos constantemente en medios de comunicación, en las interacciones sociales y que permean las aulas de clase.

Los niños locales introyectan los estereotipos de los adultos acerca de los extranjeros que se ponen en evidencia en la interacción escolar. La adecuada mediación por parte de la institución educativa pone límites a las agresiones verbales y facilita que venezolanos y colombianos se integren fácilmente.

Por otro lado, una de las dificultades en la adaptación escolar que relataron los participantes se relaciona con el currículo académico. Los contenidos escolares en las instituciones educativas de Colombia se distancian de las de Venezuela. Así, un niño que en el país de origen estuviera cursando cuarto grado de primaria sería un equivalente en Colombia a segundo o tercero de primaria. Esta distancia curricular afecta la valía de los niños migrantes, les genera inseguridad sobre sus conocimientos y competencias; a lo que se le suman comentarios despectivos por parte de los estudiantes nacionales que intensifican las conductas de acoso escolar.

Esta brecha académica entre estudiantes migrantes y colombianos se refuerza cuando las instituciones educativas, en particular las públicas, no hacen un acompañamiento cercano al proceso de enseñanza-aprendizaje a los estudiantes, en parte por la cantidad de niños en el aula, pero también porque no se cuentan con las competencias técnicas y pedagógicas necesarias para integración.

Duelo migratorio

El duelo migratorio se puede considerar muy complejo porque abarca pérdidas en todos los ámbitos, no solo en el cultural, también en lo social, educativo, familiar y personal a causa de una sola situación: la migración.

El duelo migratorio es complejo, difícil de llevar y más cuando las situaciones personales o sociales de los migrantes son problemáticas. El migrante no vive un solo duelo, sino que la experiencia de pérdida puede ser más amplia. En el estudio, los tipos de duelos que se evidenciaron con mayor intensidad en los niños fueron el duelo a la familia y amigos, a la tierra y el contacto con el grupo étnico.

Las decisiones respecto a la migración no suelen ser consultadas con los niños y tampoco mencionadas con antelación. Se toman de un momento a otro imposibilitando una despedida con el círculo más cercano de familiares o amigos. Esto dificulta que se elabore la separación con las personas significativas que se quedan en Venezuela.

La configuración de la familia tradicional cambia con la migración y toma el carácter de familia transnacional. La movilidad internacional de alguno de los miembros contribuye a dispersar tanto los hogares como los lazos familiares, “se cuestionan concepciones tradicionales asociadas a la presencialidad física, la relación cara a cara y la coresidencia, en tanto sus miembros establecen relaciones y vínculos desde la distancia física desplegando cierta creatividad en las prácticas familiares” (Zapata Martínez, 2021, p. 77). Es precisamente la familia lo que más extrañan los niños, según sus relatos:

Nos vinimos porque hacía mucha falta la comida y por eso nos íbamos a venir. Yo no me quería ir. Allá dejé a mi abuelo, a mi tío, amigos, mi escuela, mi vida.

Dejar a mi familia, mis abuelos, mis tías, mis primos. No me pude siquiera despedir de ellos (A8ME, comunicación personal).

Ante la movilidad a un nuevo país la vida social del niño se transforma, perdiendo autonomía. La posibilidad de compartir con los otros familiares y con sus amigos se encuentra coartada por la lejanía inevitable. Como elementos centrales de la percepción subjetiva del niño están el fin de la continuidad y de su identidad, que debe reconstruirse en un nuevo país.

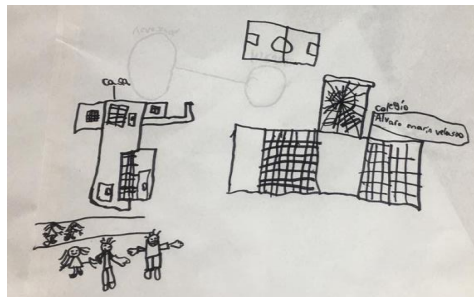
Berry (2002) conceptualiza la aculturación como el proceso por medio el cual los sujetos cambian su propia cultura, como resultado del contacto con otra cultura. En el caso de los niños, y considerando su momento vital, convertirse en uno más puede contribuir a una mayor aceptación en el país receptor.

La prosodia, el acento y el sentido diferente de las palabras que se encuentran en los modismos propios de un país obligan al migrante a irse aculturizando a la lengua del país de llegada. Ahora bien, hablar el mismo idioma, en este caso el español, permite que no haya una barrea idiomática que obstaculice la relación del migrante con los nacionales.

La tierra, el paisaje, los colores, los olores y la humedad son algunos elementos que generan una carga afectiva en las personas y que a menudo se suelen desconocer (Atxotegui, 2000). Los migrantes cuyo vínculo a la tierra es fuerte viven intensamente los cambios de paisaje. Uno de los hallazgos fue que el duelo por la tierra se pone en evidencia al nombrar los espacios físicos que se extrañan o tenían un significado especial para las personas. Los niños relataban que añoraban los espacios verdes de Venezuela, los cuales son distantes en su localidad y en su actual colegio. Como se aprecia en la imagen 1, este duelo en particular se hizo visible en las representaciones del espacio escolar: la ilustración de la escuela de origen era recreada con colores vivos, con mayores detalles que la escuela actual.



Escuela en Venezuela



Escuela en Colombia



Escuela en Venezuela

Escuela en Colombia

Imagen 1. La escuela en Venezuela y Colombia.

Fuente: elaboración de los participantes

El contraste plasmado en los dibujos sobre el espacio escolar en Venezuela y Colombia deja en evidencia varios aspectos. El primero de ellos es la disparidad en las características espaciales de la escuela que se detallan en mayor tamaño y colores en el país de origen, frente a un espacio más reducido y sombrío como es la representación de la escuela actual. En segundo lugar, junto con la representación espacial se puede asociar la disparidad en las condiciones económicas actuales, más reducidas que las que vivieron antes de la crisis en el vecino país. Finalmente, los dibujos también proyectan parte de la vivencia escolar que, como se mencionó anteriormente, se caracteriza por actos de discriminación y xenofobia.

Para los niños el ser aceptado por el grupo resulta fundamental en la construcción de una autovaloración positiva. Ellos comparan sus habilidades y logros con relación a los otros, buscando al mismo tiempo la aprobación de los pares. Esto permite que vayan adquiriendo una perspectiva de sí mismos más integrada y compleja, afianzando un sentido de identidad. Conforme a esto, el duelo por grupo étnico se hace presente cuando los niños venezolanos son objetos de burla por su nacionalidad.

A mí sí me siguen diciendo veneco o venezolano y no me gusta que me digan así, me siento mal porque no me gusta que me digan así sólo porque seamos venezolanos, la profe no deja que nos digan eso (S8ME, comunicación personal).

Atxotegui (2000) enuncia que uno de los elementos de la identidad se asocia a la conciencia de un “nosotros” ante un “ellos”. Es un sentimiento de pertenencia a un grupo o nación externa. El duelo migratorio puede generar desarraigo, categoría percibida por las docentes en los estudiantes venezolanos:

Es muy extremo, unos (niños venezolanos) son excelentes y otros son muy quedados. Es simplemente la situación de ellos, ellos viven hacinados, no se alimentan bien. Son muchas cosas, ellos vienen desarraigados, necesitan terapia, apoyo, entonces yo pienso que más bien lo que les afecta es ese desarraigo (S60FD, comunicación personal).

El relato de la docente expone las situaciones de vulnerabilidad de los niños migrantes y la necesidad de atención psicológica para dar trámite a las trayectorias en su curso de vida. El desarraigo se relaciona con un sentimiento de no-identificación, falta de interés o lazo con el entorno en el que está inscrito un sujeto, el cual siente añoranza por algo que no se tiene o que se perdió en el transcurso de la vida (Rodríguez Pérez, 2012). Aunque las docentes asocian la experiencia de los niños migrantes al desarraigo, es apresurado tal afirmación., dado el tiempo de permanencia en el país. Se considera que la experiencia está atravesada por un proceso de duelo migratorio muy propio en estas circunstancias. De la evolución de este duelo se podría revisar si son capaces de crear o no arraigo en el país.

El papel de la escuela

Las entrevistas con las docentes evidenciaron los esfuerzos de la institución educativa para nivelar a los estudiantes migrantes y así poderlos adaptar académicamente y garantizar el nivel académico colombiano. Es importante mencionar que la adaptación escolar en el ámbito académico no solo va a depender de los docentes y la institución educativa, los

padres de familia juegan un papel importante en el respectivo acompañamiento que se debe hacer desde el hogar.

En este proceso también se presentan factores que dificultan la adaptación de los niños migrantes tales como desconfianza hacia la institución educativa y los docentes.

La mayor dificultad ha sido con nosotros los profesores, el acercamiento, porque ellos se sienten rechazados o traen las consecuencias de su país y dicen que no los queremos, que no los aceptamos pero no es eso, porque de alguna manera ellos se ven sacados de allá y no de la mejor manera, entonces aquí se ven como arrimados, vine aquí porque me tocó pero lo otro es que cuando están interactuando con los demás van adquiriendo confianza, simpatizan y se vuelven hasta buenos compañeros y hacen trabajos cooperativos entre ellos (P54FD, comunicación personal).

El espacio escolar fue percibido como un lugar de estancia, en el que las condiciones materiales y de implementación tienen una apreciación positiva, aún con sus limitantes, al igual que el trato que reciben por parte de los docentes. En los relatos, los niños resaltan la defensa y los límites que el cuerpo docente instauraba hacia los comentarios recibidos por los compañeros.

Algunos de los agentes que facilitan la adaptación son el acompañamiento psicológico a los estudiantes y la debida mediación escolar de los docentes cuando se presentan casos de acoso. También se encontró que, si bien en Venezuela los niños tenían espacios más grandes y con zonas verdes en la institución, disfrutaban mucho de los espacios físicos que la institución actual les brinda: cancha, biblioteca, sala de computadores, tienda y demás, donde pueden jugar, llevar a cabo las actividades de ocio y tener una alimentación básica que en algunos hogares es limitada.

La inclusión de los niños en el sistema educativo no garantiza la superación de condiciones estructurales, pero sí se presen-

ta como un factor protector para ellos. Se destaca, así, que las instituciones educativas pueden ser actores que faciliten o no los procesos de adaptación de los niños migrantes. La adaptación debe involucrar un proceso de inclusión que va desde lo académico a lo social. De igual manera, se deben mediar oportunamente las situaciones de bullying y xenofobia.

Discusión

El propósito de la investigación fue analizar la experiencia de los niños venezolanos en las aulas de clase en la ciudad de Medellín, específicamente en la Institución Educativa Álvaro Marín Velasco.

La experiencia en las aulas de clase estará supeditada en primer lugar a los recursos personales y familiares con los que llegan los niños. Como lo señala Kaluf (2009), al incorporarse al sistema educativo del país de llegada, los niños migrantes pueden presentar mayores dificultades en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En la adaptación escolar influyen muchos factores, entre ellos las características étnicas, económicas y de género que facilitan o no sentirse aceptados y acogidos por sus pares y docentes. La acogida y la disposición de la institución educativa, en especial de los docentes que acompañen el proceso de enseñanza-aprendizaje, son claves para la inclusión de los menores en la dinámica escolar y tendrá efectos en el rendimiento académico y en los vínculos que se gesten con pares. Para Inzunza Gillibrand y Videla Contreras (2014), la visión acerca de los profesores es mayoritariamente negativa, algunos niños refieren que el trato es diferente con relación a los profesores del país de origen. Esto es totalmente opuesto a lo que encontramos en la investigación realizada, pues los niños se han sentido acogidos y aceptados por sus docentes.

Los pares tienen una alta influencia en la constitución de la autoestima del sujeto. Una mala recepción por parte del grupo podría comprenderse como la posibilidad de una desorganización en la configuración de una nueva identidad, ahora mediada por la migración. La conducta de discriminación y rechazo o las agresiones físicas tienen un impacto mucho mayor en las niñas migrantes y en su valoración personal. En el caso de los niños, el uso de la violencia se convierte en una defensa.

Los resultados visibilizaron la exposición de los niños venezolanos a actos de xenofobia o bullying por parte de sus pares a causa de su nacionalidad. Estos actos de discriminación se han puesto en evidencia en investigaciones similares. Inzunza Gillibrand y Videla Contreras (2014) destacan que, en cuanto a la recepción por parte de los compañeros del colegio, gran parte de las niñas y niños manifiesta haber sido víctima de molestias como, por ejemplo, burlas y malas palabras. Por su parte, Pavez (2012a) coincide en que en los estudiantes extranjeros recaen las imágenes estereotipadas que suelen hacerse a los colectivos de migrantes, en este caso la imagen de un otro que llega a usurpar y quitar derechos a los nacionales.

Esta investigación dio cuenta de la importancia de la complementación de diversos factores para llevar a cabo una adaptación escolar adecuada. Es relevante resaltar que la socialización con pares es el principal aliado a la hora de establecer relaciones seguras en el entorno con los docentes, el espacio físico y la nueva forma de aprendizaje. De igual manera, la comprensión de los diversos dueños que involucran la migración se deben leer como un estado normal ante la pérdida, pero es importante un acompañamiento psicológico para darle trámite.

Aunque la legislación colombiana ha mostrado importantes avances en políticas que han logrado garantizar la protección inte-

gral de los niños migrantes, aún persiste el reto de la promulgación de leyes que comprendan la realidad de los flujos migratorios, sobre todo en niños (López Villamil et al., 2018).

Para finalizar, es importante destacar las limitaciones de la investigación. En primer lugar, el número reducido de participantes y la no inclusión en la muestra de la percepción de estudiantes colombianos y de los cuidadores de los participantes. Ampliar estos dos elementos podría extender la comprensión del fenómeno estudiado. En segundo lugar, investigaciones longitudinales podrían mostrar la evolución de las relaciones entre los niños nacionales y los venezolanos, y la evolución de los duelos migratorios.

Las movilizaciones humanas, especialmente las que son forzadas, han puesto en evidencia una alteridad mediada por la vulnerabilidad personal y social; en el caso de los niños, aunque se hace más evidente, ha sido poco leída y comprendida. Es importante reivindicar en los estudios la experiencia de los niños en la migración, fomentar estudios futuros sobre las disparidades de la formación y la socialización infantil con incidencia en la etnia, el género, la raza y la cultura.

Referencias

- Achotegui, J. (2010). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio*. El mundo de la Mente.
- Atxotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguer Gil y J. M. Comelles (Coord.), *Medicina y cultura: Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp. 83-100). Bellaterra.
- Bauman, Z. (2013). *Sobre la educación en un mundo líquido*. Ediciones Paidós.
- Bauman, Z. (2016). *Extraños llamando a la puerta*. Ediciones Paidós.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Berry, J. W. (2002). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*, 57(3), 375-387. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00231>
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>
- Castillo Crasto, T. y Reguant Álvarez, M. (2017). Percepciones sobre la migración venezolana: causas, España como destino, expectativas de retorno. *Migraciones. Revista del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (41), 133-163. <https://doi.org/10.14422/mig.i41.y2017.006>
- Cerón, L., Pérez Alvarado, M. y Poblete, R. (2017). Percepciones Docentes en torno a la Presencia de Niños y Niñas Migrantes en Escuelas de Santiago: Retos y Desafíos para la Inclusión. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 11(2), 233-246. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782017000200015>
- Chiu, M. L., Feldman, S. S. y Rosenthal, D. A. (1992). The influence of immigration on parental behavior and adolescent distress in Chinese families residing in two western nations. *Journal of Research on Adolescence*, 2(3), 205-239. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327795jra0203_2
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170-180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Inzunza Gillibrand, K. M. y Videla Contreras, V. (2014). *Manifestación del duelo migratorio en niños y niñas inmigrantes peruanos residentes en Santiago de Chile* [tesina de grado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano]. Repositorio Institucional UAHC.
- Jiménez, F., Aguilera Valdivia, M., Valdés Morales, R. y Hernández Yáñez, M. (2017). Migración y escuela: Análisis documental en torno a la incorporación de inmigrantes al sistema educativo chileno. *Psicoperspectivas*, 16(1), 105-116. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v16n1/art10.pdf>
- Joiko, S. y Vásquez, A. (2016). Acceso y elección escolar de familias migrantes en Chile: No

- tuve problemas porque la escuela es abierta, porque acepta muchas nacionalidades. *Calidad en la Educación*, (45), 132-173. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-45652016000200005>
- Kaluf, M. (2009). *Niños inmigrantes peruanos en la escuela chilena*. [Tesis de Magister, Universidad de Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106235/Ninos-inmigrantes-peruanos.pdf?sequence=3>
- Kelly, U. A. (2011). Theories of intimate partner violence: From blaming the victim to acting against injustice: Intersectionality as an analytic framework. *Advances in Nursing Science*, 34(3), E29-E51. doi: [10.1097/ANS.0b013e3182272388](https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182272388)
- López Castro, G. (1999). *La educación en la experiencia migratoria de niños migrantes*. En G. Mummert (Ed.), *Fronteras Fragmentadas* (pp. 359-374). El Colegio de Michoacán-CIDEM.
- López Villamil, S., Rodríguez Lizarralde, C., Aristizábal González, L. D. y Barriga Durán, L. C. (2018). Infancias migrantes en Colombia: retos del derecho a la educación. *Hojas y Hablas*, (16), 10-26. <https://doi.org/10.29151/hojasyhablas.n16a1>
- Martínez Miguélez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Trillas.
- Matus, C. y Rojas, C. (2015). Normalidad y diferencia en nuestras escuelas: a propósito de la Ley de Inclusión Escolar. *Docencia*, 56, 47-56. https://www.revistadocencia.cl/web/images/ediciones/Docencia_56.pdf
- Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. (2021, 29 de enero). *Distribución de venezolanos en Colombia 2020*. Migración Colombia. <https://cutt.ly/OkLTJeS>
- Millán Otero, K. L., Duran Palacio, N. M. y Castaño Cano, L. M. (2021). Aproximaciones al Duelo Migratorio de los Venezolanos Residentes en la Ciudad de Medellín, Colombia: Un Estudio Cualitativo. *The Qualitative Report*, 26(6), 1830-1845. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.4814>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2006). *Glosario sobre migración*. Derecho Internacional sobre Migración, N° 7. http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf
- Ortiz Giraldo, A. (2012). Caracterización Comuna 3 Manrique De La Ciudad De Medellín. *Kavilando*. <https://www.kavilando.org/index.php/2013-10-13-20-05-51/informes/2324-caracterizacion-comuna-3-manrique-de-la-ciudad-de-medellin>
- Pavez Soto, I. (2012a). Inmigración y racismo: experiencias de la niñez peruana en Santiago de Chile. *Si somos americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, 12(1), 75-99. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482012000100004>
- Pavez Soto, I. (2012b). *Migración infantil: rupturas generacionales y de género. Las niñas peruanas en Barcelona y Santiago de Chile*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Restrepo Pineda, J. E. y Jaramillo Jaramillo, J. (2020). Percepción de líderes sociales y representantes de organizaciones públicas y privadas sobre la migración y los inmigrantes venezolanos en el municipio de Maicao (La Guajira, Colombia). *Migraciones. Revista del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (49), 119-145. <https://doi.org/10.14422/mig.i49.y2020.005>
- Rodríguez Pérez, M. A. (2012). El desarraigo y la crisis educativa. *Revista Científica de FAREM-Estelí*, (2). <https://rcientificaesteli.unan.edu.ni/index.php/RCientifica/article/view/468>
- Sánchez Mimbela, V. (2017). El duelo migratorio en estudiantes de primaria y su culturización. En R. I. Roa Rivera, E. Santillán Anguiano, D. Islas Cervantes y Y. A. López López (Aut.), *Migración, Educación y Sociedad: Visiones y experiencias desde la frontera* (pp. 129-140). Editorial Redipe.
- Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Ediciones Morata.
- Suárez-Orozco, C. y Suárez-Orozco, M. M. (2003). *La infancia de la inmigración*. Ediciones Morata.
- Taylor, S. y Bogdan, R. C. (1989). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

- Vargas Valle, E. D. y Camacho Rojas, E. (2015). ¿Cambiar de escuela? Inasistencia y rezago escolar de los niños de migración reciente de Estados Unidos a México. *Norteamérica, Revista Académica del CIESAN-UNAM*, 10(2), 157-186. <https://doi.org/10.20999/nam.2015.b006>
- Vera Noriega, J. Á. (2009). Depresión, ansiedad y estrés en niños y niñas jornaleros agrícolas migrantes. *Psico, Porto Alegre, PUCRS*, 40(3), 337-345. <https://n9.cl/loy1>
- Zapata Martínez. A. (2021). El hogar en contextos transnacionales: una reflexión desde la migración de madres/padres colombianos a Santiago de Chile. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (3), 75-96. <https://doi.org/10.7440/antipoda43.2021.04>
- Zimmerman C., Kiss L. y Hossain M. (2011). Migration and health: A framework for 21st century policy-making. *PLoS Medicine*. 8(5), 1001-1034. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>

ps̥cœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 15, Nº 26, enero-junio 2021



Fortalezas para la prevención de conductas de riesgo en adolescentes del Distrito de Aguablanca de Cali (Colombia)

Strengths for the prevention of risk behaviors in adolescents in Distrito de Aguablanca of Cali (Colombia)

NORMAN DARÍO MORENO-CARMONA ^A
Universidad San Buenaventura, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-8216-2569>

MAYELLI TASAMÁ RINCÓN
Casa de Justicia de Aguablanca, Secretaría de Seguridad y Justicia, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-2164-0432>

CARLOS ALBERTO ROJAS CRUZ
Secretaría de Seguridad y Justicia del Municipio de Santiago de Cali, Colombia
<https://orcid.org/0000-0003-0915-6653>

JOSÉ DARÍO SOTO SOTO
Corporación Juan Bosco, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-2277-9989>

^AAutor de correspondencia: norman.moreno@usbmed.edu.co

Recibido: 4 mayo 2021 • Aceptado: 6 agosto 2021 • Publicado: 29 agosto 2021

Cómo citar este artículo: Moreno-Carmona, N.D., Tasamá Rincón, M., Rojas Cruz, C.A. y Soto Soto, J.C. (2021). Fortalezas para la prevención de conductas de riesgo en adolescentes del Distrito de Aguablanca de Cali (Colombia). *Psicoespacios*, 15(26). <https://doi.org/10.25057/21452776.1406>

humano, así sean divergentes al discurso dominante de la salud como ausencia de enfermedad promulgado por el modelo biomédico. Respecto a la libertad, cada persona tiene autonomía para comportarse de acuerdo con su valoración de la salud, pero al mismo tiempo el Estado debe otorgar las oportunidades materiales para que se haga posible, por ejemplo, querer hacer deporte en espacios dispuestos para ello; de esto se desprende la capacidad de acción y agencia que tiene el sujeto en su dimensión racional, social y política para su propio bien y el de los otros, exigiendo al gobierno la garantía de sus derechos.

Finalmente, Sen propone el término objetividad posicional, para aclarar que, si bien el concepto de salud es determinado por cada individuo, este debe considerar tanto las visiones externas del saber experto del médico o del epidemiólogo, como las percepciones que las personas tienen de la salud. Este razonamiento ético es una forma de mediar entre la imposición de un discurso hegemónico centralizado en la ciencia y la decisión arbitraria por parte del individuo para decidir qué es bueno y de valor para él; de allí que Sen no se interese por una definición predeterminada y única de la salud sino por el reconocimiento de la diversidad en las valoraciones individuales respecto a ella, además de la capacidad para procurar el bien de los otros (Restrepo-Ochoa, 2013). En este escenario, la salud sería un objeto de preocupación de la racionalidad pública, de modo que el Estado se responsabilice por brindar las condiciones para que los sujetos desarrollen sus capacidades y puedan tener participación política en las discusiones para determinar lo bueno o conveniente para la salud de las poblaciones.

Amartya Sen posibilita una idea de salud pública distinta a la oficial, la cual, unida a la salud positiva, estaría orientada hacia la calidad de vida de las personas, no desde el bienestar sino desde la posición subjetiva del buen vivir y de la construcción propia de

hábitos, prácticas y comportamientos que integren ese significado, relacionado también con la creencia particular de salud. En este sentido, el compromiso ético de la salud pública no se limitaría a la asistencia sanitaria, ni a lo que Granda (2000) denuncia como enfermología pública, sino que debe ser consecuente con las capacidades de los sujetos para traducir el acceso a la salud en una oportunidad real, instalándose así en un terreno de justicia social, lo que implicaría el reconocimiento del entorno social, político, económico y cultural que los rodea.

Las ideas desarrolladas hasta aquí nos permiten proponer, para efectos pedagógicos, una clasificación de las visiones de la salud mental, diferenciadas según su sustento en: teorías de las ciencias sociales y de la salud, tales como la sociología funcionalista, la psicología crítica, la antropología cultural y la salud colectiva (Hernández-Holguín, 2020; Arias López y Hernández Holguín, 2020); planteamientos de la OMS (1950, 2001); y en conceptos de base filosófica (Lopera Echavarría, 2012; Restrepo-Ochoa, 2013). Reiteramos la validez de cada una de ellas y añadimos a este texto las reflexiones sobre el lugar de la salud mental en el escenario de la salud pública teniendo en cuenta las particularidades del contexto colombiano.

La salud mental en el escenario de la salud pública en Colombia

Según Restrepo-Espinosa (2012), cuando se da la relación entre salud mental y prácticas políticas, surge lo que se conoce como salud mental pública. Esto hace referencia al campo de la salud que trasciende las fronteras de la ciencia para orientar la toma de decisiones políticas con incidencia en las comunidades y los sujetos. Así, los discursos sobre la salud mental son usados para definir la forma de gastar los recursos públicos en poblaciones e individuos específicos predefinidos como

vulnerables, frágiles o en riesgo, y sobre ellos recaerá el ejercicio de poder del Estado biopolítico, es decir, de aquel que gobierna sobre la vida y lo viviente. Desde este punto de vista, la salud pública es un campo epistemológico de frontera entre el saber, el Estado, la economía y el poder (Restrepo-Espinosa, 2012).

Soportada en lo anterior, Restrepo-Espinosa (2012) cuestiona la atención diferencial en salud mental, pues se reconocen vulnerabilidades según el tipo de personas. Por ejemplo, si son víctimas del desplazamiento forzado, van a requerir un trato especial distinto al de otros grupos poblacionales en riesgo psicosocial. Sin embargo, esta característica propia de la gubernamentalidad contemporánea se basa en que dicho discurso de atención diferencial normaliza un sufrimiento y naturaliza la relación entre víctima, pobre y excluido. Siendo así, las víctimas del conflicto se ven obligadas a cumplir con unos requisitos y gracias a estos acceder a sus derechos, los cuales, independiente de su condición de vulnerabilidad deberían ser una garantía para todos. En esta dirección, Arias López (2013) aclara que el sufrimiento no es una enfermedad y atender a quien sufre desde otras categorías y no solo desde el trauma, permite valorar sus recursos propios y redes de soporte, que constituirían también la salud mental.

Sin embargo, los poderes políticos ajustan a sus prácticas reguladoras la versión de la salud mental que más les conviene. Ejemplo de esto, será lo que el movimiento de higiene mental estadounidense incentivará a finales de la Primera Guerra Mundial por mandato del gobierno de turno, para proveer tratamiento psiquiátrico a los soldados que volvían de la guerra con síntomas de estrés postraumático y cuyas bajas representaban un alto costo para el país, además del interés en corregirlos en ciertas conductas para la adaptación al medio social (Lopera Echavarría, 2012). Para el caso de Colombia y el

conflicto armado, esta lógica se despliega de la misma manera por medio de la ley de víctimas (Congreso de la República, Ley 1448, 2011), que exige a las personas su condición exclusiva de víctima, vulnerable y en riesgo, para que pueda ser beneficiada y atendida por el Sistema General de Salud y demás servicios del Estado.

En ambos escenarios la salud mental es para el Estado ausencia de enfermedad, y supedita a la aparición de esta el acceso a la atención. No obstante, las alteraciones de la salud mental no se deben solo al conflicto armado en sí mismo, sino a las circunstancias de inequidad y corrupción motivadas por los mismos gobernantes. Sucede que a las víctimas de estos hechos, casi por expiación, se les otorga en apariencia un trato especial, desconociéndose la complejidad y confluencia de diversos fenómenos. Comprender esto podría contribuir a la reflexión conceptual sobre la salud mental, toda vez que los discursos científicos o filosóficos requieren de una permanente discusión y actualización, pues el uso que de ellos se hace en las prácticas políticas, y en especial en la biopolítica, tiene efectos contraproducentes de exclusión y control social, más que de libertad para las comunidades.

Reconociendo la delicada línea que divide los discursos políticos y científicos sobre salud mental cuando se trata de su aplicabilidad en las vidas reales de los individuos, nos preguntamos cómo sus conceptualizaciones podrían relacionarse con fenómenos cotidianos de la vida característicos del contexto colombiano, por ejemplo, la violencia política y el conflicto armado. En el marco de estas situaciones, Arias López (2013) sostiene que la hegemonía del discurso biomédico para referirse al trauma y al síndrome de estrés postraumático como la única explicación etiológica válida ha obturado la posibilidad de los Estados para incluir en sus enfoques de atención la naturaleza colectiva que tiene

la guerra, sea entre naciones o producto de enfrentamientos internos de los países, como es el caso de Colombia. De ahí que nociones como trauma psicosocial, sugerido por Martín-Baró, y sufrimiento social basado en la antropología permiten una ampliación a la mirada biomédica del trauma. La primera encuentra en el socavamiento de las relaciones sociales el principal efecto de la guerra en la salud mental, entendiéndose así que esta es una dimensión de las interacciones sociales desplegada en la capacidad colectiva de amar y trabajar (Martín-Baró, 1984). Desde la perspectiva antropológica, el sufrimiento, similar a lo descrito por el modelo cultural, tiene en cuenta las influencias de los poderes macrosociales —economía, política— en los niveles microsociales de las relaciones interpersonales —familia, pareja, comunidad— (Arias López, 2013).

Lo anterior, nos lleva de nuevo a las aproximaciones basadas en las teorías individualistas y sociales, y aunque se evidencian como dos polos opuestos, destacamos las posibilidades de complementariedad entre los diversos énfasis. Siendo esto último importante, es más relevante el compromiso ético y político de los investigadores en la permanente autocritica de sus propias prácticas científicas y marcos comprensivos y explicativos, puesto que ya fue notorio el uso que del conocimiento científico se hace en las instancias decisorias de la política pública. Desafío que comienza a vislumbrarse en los argumentos de las autoras aquí revisadas (Restrepo-Espinosa, 2012; Hernández-Holguín, 2020; Arias López, 2013), quienes ven en el enfoque psicosocial de la salud mental inspirado en las reflexiones de Martín Baró (1984) el más pertinente para Colombia, así todavía no aparece en los discursos de la política pública en el país.

Y si bien este detalle no aparece en la Ley 1616 (Congreso de la República, 2013), en la Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) realizada en población colombiana se introduce el modelo de espectro-continuum que diferencia varios términos: la *salud mental* como asunto de relaciones, los *problemas en salud mental* referidos a dificultades de la vida cotidiana y el *trastorno mental* según los criterios clínicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM). De estas tres denominaciones subrayamos la *salud mental* soportada en las categorías subjetiva-relacional y social colectiva. Lamentablemente no se encuentra en este documento un referente teórico que las explique, pero vemos necesaria su articulación con lo ya puntualizado por la OMS (1950) y Martín-Baró, pues lo que se deduce de los resultados de este estudio es el interés por las relaciones sociales en los ámbitos interpersonal e intrapersonal.

Ahora bien, ¿cómo ese énfasis en las relaciones sociales puede materializarse en la realidad de las comunidades en Colombia? Para responder a esto, retomamos dos investigaciones de Beatriz Elena Arias López con poblaciones campesinas del oriente antioqueño, en Colombia (2014, 2016). En su estudio de 2014, ella identificó los actos de resistencia de estos grupos sociales ante los escenarios del conflicto armado prolongado, destacando que han sido respuestas creativas que potenciaron sus capacidades transformadoras. Algunas de las prácticas de resistencia consistían en reunirse y hablar con los jóvenes para que se negaran a ingresar a los grupos ilegales, no usar el color negro o verde en la ropa, llegaban a acuerdos tácitos para responder a lo que la guerrilla esperaba escuchar, se autoimpusieron colectivamente el toque de queda voluntario, y ante situaciones más amenazadoras, recurrían al silencio y a las prácticas religiosas en familia o pequeños grupos.

Otro modo de entender la abstracción propia a las concepciones sociales de la salud

mental se cimenta en elementos concretos tales como la riqueza cultural, las redes de apoyo social, las condiciones de vivienda y alimentación de las personas y sus sistemas simbólicos para entender y afrontar los conflictos sociales del país (Arias, 2016). En este estudio, Arias denuncia que la deuda histórica de una reforma agraria en Colombia ha obligado a los campesinos a construir de manera colectiva nuevos sentidos alrededor de la producción de alimentos, surgiendo así la soberanía campesina alimentaria para generar alternativas económicas que tengan como base los saberes comunitarios sobre las semillas, el uso de la tierra, la distribución, venta y preparación de alimentos. Las capacidades y el rol activo de este grupo social le han posibilitado mantenerse autónomo respecto a los poderes políticos y económicos para tener una vida digna, develando procesos específicos de salud mental en el contexto de las relaciones.

Lo que llama la atención de estos ejemplos es que la salud mental no la tiene un individuo o grupo en el sentido de posesión o de condición interna o externa que la determina; para estos casos, la salud mental aparece como un efecto del cuidado que los campesinos se proponen hacer de manera individual o conjunta por medio de prácticas concretas para minimizar la angustia ante situaciones de violencia social. Cabe añadir que ese efecto permite a la persona o grupo una modificación del entorno para adaptarse y continuar con su cotidianidad sin que precise del calificativo normal, pues ¿qué puede serlo cuando la vida está en permanente riesgo durante un conflicto armado inacabado?

Salud mental y covid-19

En Colombia, desde que en la primera semana de marzo de 2020 se detectara el primer caso de covid-19, se abrió, como en todos los demás países, un debate sobre las decisiones que debían tomarse (Rodríguez Pinzón,

2020). Dichas medidas propiciaron cambios y alteraciones en las dinámicas sociales, políticas y económicas que influyeron en las personas y sus territorios. Por ende, contribuiré a la reflexión conceptual realizar una lectura de lo expuesto hasta aquí en materia de salud mental a la luz de lo que sucede con ocasión de la pandemia. Es importante considerar que los discursos en los que se posicione el cuidado de la salud física y mental cobran especial relevancia para comprender cómo se direccionan las medidas de atención establecidas por el Gobierno en la problemática sanitaria por la covid-19 (Gómez, 2020).

En primer lugar, se esperaría que este tipo de emergencias fueran afrontadas desde aquello que la Declaración de Alma Ata (Conferencia internacional sobre atención primaria en salud, 1978) definió como atención primaria en salud, la cual consiste en una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías puestas al alcance de toda la comunidad, con costos accesibles para la misma que formen parte tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo socioeconómico de la sociedad en general. Sin embargo, Villarroel (2020) señala que el hospitalo-centrismo y el paternalismo biomédico, ambos términos centrados en la patología y la normalidad o anormalidad orgánica, están arraigados en las organizaciones que velan por la salud de los ciudadanos, en las cuales “la atractiva muerte contable siempre está más cerca de los hospitales que de la atención primaria” (p. 32).

En este sentido, se observa que en Colombia la atención primaria en salud no cumple con la cobertura que debería tener, demostrando que es la prevención terciaria, centrada en el tratamiento y la rehabilitación, la que ha primado (Montenegro Grisales, 2015; Franco, 2012). Esto evidencia una predominancia de la salud mental en su acepción biomédica, a lo que se suman las falencias de un sistema de salud que para

el caso de la prevención del contagio por la covid-19 ha incentivado el autocuidado, sin reconocer la corrupción y desigualdad social que ha caracterizado a los mandatos locales, regionales y nacionales.

Respecto al autocuidado de la salud mental, los documentos publicados en la web por el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) y otros autores (Castro Camacho, 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020) promueven acciones principalmente individuales para evitar la ansiedad, el estrés o la depresión, suscitadas o incrementadas a causa de la pandemia: higiene del sueño, autorregulación de emociones, práctica del *mindfulness*, alimentación saludable, ejercicio físico, entre otros. Pero no se encuentran alusiones a la construcción de tejido social o la reconstrucción de redes de apoyo que ayuden a afrontar la situación actual, supuestamente por una primacía del aislamiento y la evitación del contacto físico en las que no tendrían cabida las causas sociales y colectivas basadas en la solidaridad. Se observa entonces un interés político en los discursos biomédicos que priorizan un conjunto de intervenciones individuales centradas en la prevención del contagio por medio de cambios en las rutinas, descuidando las bondades de un énfasis en las relaciones sociales y la ayuda mutua focalizadas en la promoción de capacidades y recursos individuales y colectivos.

Frente a esto nos preguntamos: ¿las sugerencias útiles para practicar hábitos saludables y tener pensamientos positivos son suficientes? y ¿a eso se limita el cuidado de la salud mental? En este sentido, lo que se pone en cuestión no es la promoción de dichas acciones, sino la restricción del cuidado de la salud mental solamente a ellas, omitiendo la desigualdad social, la corrupción, el asesinato de líderes sociales y, en general, el socavamiento de las relaciones sociales, colectivas y comunitarias que también integran la salud mental, según la perspectiva psicosocial pro-

puesta por Martín Baró, el modelo cultural y el de la determinación social.

Esto deja en evidencia que la mayoría de las decisiones políticas, económicas y psicosociales para atender a la población en estos tiempos de pandemia se siguen sopor-tando en modelos tradicionales centrados en el individuo, en la enfermedad o en los cambios de comportamiento, elementos que han sido criticados por su poca relación con los contextos de países latinoamericanos como el nuestro; además de la paradoja de un sistema de salud colombiano sostenido en un enfoque de derechos y al mismo tiempo en una preocupación por la rentabilidad financiera (Hernández Holguín y Sanmartín Rueda, 2018). Ante este panorama, cabe preguntarnos: ¿qué consecuencias trae para las relaciones o tejidos sociales el aislamiento y el distanciamiento social?

Las relaciones sociales involucran, además de un contacto físico, una conexión simbólica y de permanente construcción de significados individuales y colectivos con los espacios que habitamos y con quienes convivimos. Por lo tanto, la coyuntura actual trasciende la pérdida del contacto físico, pues se trata, además de este, de los sentidos que tienen los lazos amorosos, sociales, familiares, filiales y de amistad a los que culturalmente hemos estado acostumbrados y las formas como los establecemos. Sin embargo, el silencio institucional ante las manifestaciones colectivas en tiempos de pandemia ha tenido efectos de discriminación, control social y rechazo a quien no lleva el tapabocas, se haya infectado o haga parte del personal de salud.

Hasta ahora no se ha indagado por los efectos que tendrán en las personas el cierre de múltiples lugares públicos y privados, la regulación de los horarios en los cuales se puede salir para las diligencias y la determinación de las actividades que pueden o no realizarse. Además, poco se ha reflexionado acerca de las razones por las que las perso-

nas no acatan las medidas decretadas en las normas, pese a la cantidad de excepciones (Decreto 593, Ministerio del Interior, 2020). Esta transformación de la cotidianidad, de difícil asimilación en tan corto tiempo, se ha pretendido facilitar por medio de las recomendaciones ya descritas y centradas en prácticas individuales, pero esto no siempre es posible, debido a que muchas de las personas y familias ni siquiera tienen una vivienda en la cual llevarlas a cabo, no tienen ingresos económicos suficientes, no cuentan con los elementos necesarios (computador, energía, internet, agua potable, etc.), la casa que habitan es pequeña, el barrio es peligroso o demasiado ruidoso, son familias numerosas o hay personas alejadas de sus seres queridos y territorio de origen. Descuidar lo mencionado anteriormente incrementa la inequidad social, económica y política que atenta contra la salud mental en sus diferentes matices: el despliegue armónico del ser (Lopera Echavarría, 2012; OMS, 1950), la expansión de la libertad (Sen, citado en Restrepo-Ochoa, 2013), y la autonomía en las decisiones y la capacidad de agencia de las comunidades (Martin-Baró, 1984).

Por su parte, autores como Agamben (2020) y Žižek (2020) manifiestan en el texto *La Sopa de Wuhan* que la pandemia ha dado lugar a una privatización y restricción de la libertad en nombre de la salud y seguridad pública, por las que los gobiernos se valen del miedo y el pánico colectivo para ejercer un control sobre los ciudadanos y sus relaciones, afectando las interacciones más elementales con otras personas y los objetos que nos rodean, incluidos nuestros propios cuerpos. Estos autores proponen que dichas disposiciones traen consigo un deterioro en las relaciones sociales, convirtiéndose todo en un círculo vicioso donde la limitación de la libertad impuesta por los gobiernos es aceptada en nombre de un deseo de seguridad ante una amenaza inducida por estos

mismos, los cuales ahora intervienen para contrarrestarla. Esto es notorio, específicamente, en las decisiones de ayuda económica o activación de servicios públicos a las comunidades que tenían el derecho a ello mucho antes de la pandemia, y a otra clase de medidas arbitrarias que dependen del grupo social al que se quiera beneficiar.

Ejemplo de ello fue el día sin IVA (Impuesto al Valor Agregado), autorizado por el gobierno local y nacional para que el pasado 3 de julio de 2020 los ciudadanos salieran sin ninguna restricción a comprar productos sin IVA. Desde esta fecha ha incrementado el número de casos positivos por coronavirus y, con ello, el miedo y el pánico colectivo, la desconfianza en el encuentro con otros, lo que trajo además, nuevamente, mayores niveles de coerción social, restricción de la libertad, cierre de espacios y lugares, medidas de aislamiento, multas y comparendos; todo en nombre de la seguridad y protección de la ciudadanía. Sin embargo, con esto se deja entrever un conjunto de propuestas ambiguas que ponen en duda el verdadero interés por cuidar a las personas.

Otras muestras de lo expuesto anteriormente pueden ser los recientes casos de corrupción dentro del sistema de salud conocidos como “El cartel de las UCI” (El Tiempo, 2020) en los que varias entidades recibían retribuciones económicas según la cantidad de pacientes internados por covid-19. Además, las irregularidades en la distribución de ayudas y subsidios solidarios que evidenciaron desfalcos en el gasto de los recursos públicos denunciadas por Sáenz (2020) en el periódico *El Espectador*. Estas y otras situaciones dan cuenta de una necesidad por afianzar, desde la academia y otros sectores sociales, las luchas colectivas en contra del actual Gobierno y sus políticas tributarias, en materia de seguridad, empleo, educación y salud, que por ocasión de la pandemia y la bioseguridad

se vieron diezgadas y que habían tenido gran impacto a finales del 2019.

Para finalizar, se considera importante destacar que, a pesar del panorama anterior, durante la emergencia también ha sido posible encontrar prácticas que dan cuenta de una apuesta por la salud mental, similares a las que implementaron los campesinos del oriente antioqueño. Por ejemplo, en la ciudad de Medellín, debido a la poca presencia del Estado en algunas comunidades, varios colectivos y corporaciones barriales tales como Unión Latina, Elemento Illegal, Casa la Loma, Sueños de Papel, entre otros, de forma autónoma o apoyados por organizaciones no gubernamentales y entidades de mayor nivel, gestionaron ayudas alimentarias, económicas, académicas y psicosociales a personas que lo necesitaban. También algunos barrios se manifestaron por medio de un trapo rojo en las ventanas de las casas, noticia destacada por Ramírez Gil (2020) en el sitio web de la FM, en la que informó que con dichos actos simbolizaban para los hogares más afectados por la pandemia un pedido urgente de ayuda. Esto evidencia cómo las personas adquieren códigos y significados de manera espontánea para promover el tejido social y demuestra la importancia de la dimensión colectiva en la salud mental.

Conclusiones

Tal como lo afirma Zweig (2020) en la cita con la que iniciamos este texto, la salud es un fenómeno naturalmente inherente a lo humano, y de lo humano distintos saberes y conocimientos han ofrecido sus explicaciones, reconociéndose así la diversidad de perspectivas que, identificadas y diferenciadas, facilitan el análisis, la crítica y la reflexión. Presentamos en este artículo una variedad de conceptos teóricos, técnicos y filosóficos sobre la salud mental y unas reflexiones contextualizadas a la salud pública, al contexto

de conflicto armado en Colombia y a la pandemia por la covid-19. Identificamos cinco perspectivas sobre la salud mental, sea para definirla en función de lo que una persona tiene (enfermedad o bienestar) o para dar cuenta de lo que la determina (condiciones sociales, políticas, económicas, culturales y relacionales). Luego reseñamos algunos elementos históricos asociados con la definición técnica propuesta por la OMS después de la Segunda Guerra Mundial, que exigió relaciones complejas entre la academia, la política, la economía y la ideología, siendo relevante que ella en su versión original de 1950, y no la modificada en 2001 y actualmente vigente, tenga una estrecha cercanía con las definiciones que priorizan las relaciones sociales de fuerte connotación filosófica, las cuales además no se alejan de lo promovido por la perspectiva psicosocial, cuyo principal representante, citado en la mayoría de las fuentes, es Martín-Baró.

Si bien hemos enfatizado en que dichos abordajes conceptuales de la salud mental se constituyen en discursos situados histórica y contextualmente, también fue evidente que de estos las personas, las organizaciones o los gobiernos hacen un uso ajustado a sus propios intereses e intencionalidades. Los ejemplos reales de los campesinos que han afrontado por mucho tiempo el conflicto armado y las acciones colectivas de entidades sociales y grupos organizados en los barrios de Medellín ante la emergencia de la covid-19 nos enseñan que la construcción de tejido social potencia la salud mental. La creación de redes de apoyo, sumada a la difusión de mensajes estatales que enfatizan en lo valioso de las relaciones colectivas, propiciarían el entendimiento de la salud mental a partir de diversas perspectivas sociales y complementarían los modelos biomédico-comportamental y del bienestar y las potencialidades; todo esto con impacto en las políticas públicas que la pandemia por la covid-19 ha denunciado

como urgentes y necesarias para la reparación del tejido social históricamente fracturado en nuestro país.

Finalmente, será importante analizar en posteriores investigaciones de qué forma puede transformarse el concepto de salud mental y cómo este se vivencia en Colombia, debido al inevitable cambio en las formas de relacionarse con el otro y con el entorno, lo cual se espera que se dé con el transcurso del tiempo. Así mismo, se plantea la cuestión acerca de cómo puede recuperarse el tejido social teniendo en cuenta el impacto aún vigente de la covid-19. En este sentido, también es relevante comprender el conflicto social del país para pensar de forma más profunda las nuevas desigualdades que ha aumentado la pandemia, lo cual sin dudas tiene y tendrá repercusiones en la concepción de la salud mental y en la salud mental misma de los ciudadanos.

Referencias

- Agamben, G. (2020). La invención de una epidemia. En P. Amadeo (Ed.), *Sopa de Wuhan* (pp. 17-21). ASPO. <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>.
- Ahumada, C. (2002). *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana*. El Áncora Editores.
- Arias López, B. E. (2013). Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 276-282. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70020-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70020-9)
- Arias López, B. E. (2014). La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. *Salud Colectiva*, 10(2), 201-211. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.222>
- Arias, B. E. (2016). Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Revista de La Universidad Industrial de Santander*, 48(2), 232-239. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016008>
- Arias López, B. E. y Hernández Holguín, D. M. (2020). Salud mental colectiva y cuidados transnacionales. Retos y desafíos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-12. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepsal/article/view/31370>
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3149>
- Cartagena, L. C. (2016). Los estudios de la violencia en Colombia antes de la violentología. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, 17(1), 63-88. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/18103>
- Castro Camacho, L. (2020). Mejorando la salud mental: más allá del COVID-19. *Colegio Colombiano de Psicólogos*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Mejorando%20la%20salud%20mental%20m%C3%A1s%20all%C3%A1%20del%20COVID%20-%20Doc.Leonidas%20Castro.pdf>
- Colombia. Congreso de la República. (2011, 10 de junio). Ley 1448. *Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 48 096.
- Colombia. Congreso de la República. (2013, 21 de enero). Ley 1616. *Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 48 680.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Tomo I. Minsalud-Colciencias.
- Colombia. Ministerio del Interior (2020, 24 de abril). Decreto 593. *Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia generada por la pandemia del coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público*.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Documentos técnicos Covid-19*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-tecnicos-covid-19.aspx>

- Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. (1978, 6-12 de septiembre). *Declaración de Alma Ata*. Alma-Ata, URRSS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- El Tiempo. (2020, 27 de mayo). Revuelo en el Valle del Cauca por presunto ‘cartel de las UCI’. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/columbia/california/corruccion-en-el-valle-del-cauca-con-pacientes-covid-19-500230>
- Franco, A. (2012). Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 83-94. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/7630>
- Guinsberg, E. (2007). “Salud mental” y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En E. C. Jarillo Soto. y E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 245-272). Lugar Editorial.
- Giraldo Osorio, A. (2018). Instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria de salud: perspectiva de los usuarios. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 498-504. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n4.60261>
- Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 83-100. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/994>
- Gómez, M. (2020). ¿De cuál salud mental hablamos en tiempos de Covid-19 y cómo promoverla? En D. P. Carmona Hernández (Coord.), *Polifonía para pensar una pandemia* (pp. 169-181). Fondo Editorial FCSH.
- Guerra, D. E. (2006). El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 142-146. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/253>
- Hernández-Holguín, D. M. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 929-942. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018>
- Hernández Holguín, D. M. y Sanmartín Rueda, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56. <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-35.psmc>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology, Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Lopera Echavarría, J. D. (2012). Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica*, (7), 60-75. <http://hdl.handle.net/10495/5816>
- Martín-Baró, I. (1984). Guerra y Salud Mental. *Estudios Centroamericanos*, 429/430, 503-514. <http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?pii=585>
- Mendoza Bermúdez, C. (2009). Sociología y salud mental: una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 555-573. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615422012.pdf>
- Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- Montenegro Grisales, D. (2015). Los niveles de prevención a la luz del ámbito colombiano. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(9), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/22436>
- Moreno-Viafara, F. (2010). El desarrollo del Estado liberal en Colombia. *Papel Político*, 15(1), 135-163. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122-44092010000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Muñoz, C. O., Restrepo, D. y Cardona D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*,

- 39(3), 166-173. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28310>
- Obando Silva, L. M., Viscaya Puentes, Y. C. y Fernández Cediell, M. C. (2016). Conflicto armado, problemática de poderes que ha vulnerado a la sociedad colombiana. *Revista Katharsis*, 21, 385-417. <https://doi.org/10.25057/25005731.774>
- Organización Mundial de la Salud (1950). Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. *Serie de Informes Técnicos*, N°. 31. OMS, Ginebra. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38043>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. OMS (Hoja informativa, N.º 220).
- Ramírez Gil, J. (2020, 9 de abril). El SOS con trapos rojos de familias pobres en Medellín. *LaFM*. <https://www.lafm.com.co/colombia/el-sos-con-trapos-rojos-de-familias-pobres-en-medellin>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Restrepo, D. y Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/10764>
- Restrepo-Espinosa, M. H. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Revista Gerencia Política Salud*, 11(23), 39-55. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.bepa>
- Restrepo-Ochoa, D. A. (2013). La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cadernos de saúde pública*, 29(12), 2371-2382. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069913>
- Rico-Velasco, J. (1997). Neoliberalismo, salud pública y atención primaria. *Colombia Médica*, 28(1), 27-33. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/44>
- Rodríguez Pinzón, E. (2020). Colombia: Impacto económico, social y político de la COVID-19. *Análisis Carolina*, (24), 1-14. https://doi.org/10.33960/AC_24.2020
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sáenz, J. (2020, 19 de abril). Corrupción, la pandemia en el COVID-19 que se busca frenar a tiempo. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/coronavirus/corruccion-la-pandemia-en-el-covid-19-que-se-busca-frenar-tiempo-articulo-915484/>
- Spink, M. J. y Medrado, B. (2013). Produção de Sentido no Cotidiano. En M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 22-41). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, P., Teixeira Ribeiro, M. A., Peixoto Conejo, S. y De Souza, E. (2014). Documentos de domínio público e a produção de informações. En M. J. Spink, J. I. Machado Bibragão, V. L. Vitoriano do Nascimento, M. P. Cordeiro (Org.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 207-228). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Uribe-Tirado, A., Yarce De los Ríos, A., De la Torre Urrea, A. E., Monterroza-Ríos, Á., Quintero-Posada, Á. Lissett Pérez, A., González-Agudelo, E. A., Saldarriaga-Ruiz, G. J., Vélez-Cuartas, G., Quintero-Pérez, G. I., Gutiérrez Avendaño, J., Sarrazin, J. P., Orrego-Arismendi, J. C., Jaén-Posada, J. S., Escobar-Gómez, L., Gallón, L., Galeano-Marín, M. E., Duque Roldán, M. I., Zuluaga-Callejas, M. I., Gómez, M., Ruiz-Orsorio, M. A., Botero-Jaramillo, N., Vain, P. D., Orozco-Arcila, S., Díaz Facio Lince, V. E. y Orsorio-Sánchez, Y. L. (2020). *Polifonía para pensar una pandemia*. Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

- Vázquez-Sixto, F. (1996). El análisis de contenido temático. *Objetivos y medios en la investigación psicosocial*. (Documento de trabajo) (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Villaruel, S. (2020). Hilos virales y líneas epidémicas. Tecno-políticas del COVID-19 en salud pública. *Cuadernos Médico Sociales, Especial Pandemia*, 60(1), 31-36. <https://cms.colegiomedico.cl/especial-pandemia-no1-2020/>
- Žižek, S. (2020). El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill. En P. Amadeo, *Sopa de Wuhan* (pp. 21-29). ASPO. <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>.
- Zweig, S. (2020). *La curación por el espíritu*. (J. Fontcuberta, Trad.). El Acantilado (original publicado en 1931).

ps̥cœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 15, Nº 26, enero-junio 2021



Asociación entre inteligencia emocional, riesgo de depresión y condiciones sociodemográficas en estudiantes de psicología

Association between Emotional Intelligence, Depression Risk and Sociodemographic Conditions in Psychology Students

SANDRA MILENA CASTAÑO RAMÍREZ^a
Institución Universitaria de Envigado, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-5466-2259>

BRIAN BAENA MÚNERA
Institución Universitaria de Envigado, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-4924-2751>

Recibido: 9 abril 2021 • Aceptado: 20 agosto 2021 • Publicado: 2 octubre 2021

Cómo citar este artículo: Castaño Ramírez, S.M. y Baena Múnera, B. (2021). Asociación entre inteligencia emocional, riesgo de depresión y condiciones sociodemográficas en estudiantes de psicología. *Psicoespacios*, 15(26).
<https://doi.org/10.25057/21452776.1399>

^aAutor de correspondencia: smcastano@correo.iue.edu.co

Resumen

El propósito del artículo es determinar la asociación entre inteligencia emocional, riesgo de depresión y condiciones sociodemográficas en estudiantes de psicología. Se evalúa con la escala de inteligencia emocional percibida (TMMS-24) y el inventario de depresión de Beck II (BDI-II) a 307 estudiantes (245 mujeres y 62 hombres) de psicología de la Institución Universitaria de Envigado, los cuales cumplen la mayoría de edad. Los resultados obtenidos permiten identificar que los estudiantes con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años presentan una poca claridad emocional en comparación con los participantes mayores de 35 años; dichos resultados sugieren que los jóvenes y los jóvenes adultos poseen un mayor riesgo de adquirir depresión que los de mayor edad. Además, se evidencia que, según el sexo, la regulación de las emociones podría variar. También se halla que existe menor riesgo de depresión para quienes tienen pareja sentimental en comparación con quienes no la tienen. Se encuentra que el riesgo a desarrollar depresión implica, entre muchas otras características, sentir y expresar las emociones percibidas adecuadamente. Los participantes de la muestra con riesgo de depresión prestan mucha atención a sus emociones y las expresan de una manera adecuada; sin embargo, tienen poca capacidad para comprenderlas y regularlas.

Palabras clave: Inteligencia emocional, depresión, atención emocional, reparación emocional, claridad emocional.

Abstract

Objective: To determine how emotional intelligence, risk of depression and sociodemographic profiles are related in psychology students. Methodology: 307 legal age psychology students (245 women and 62 men) from Institución Universitaria de Envigado (municipality of Envigado, Colombia) were assessed using the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) and the Beck Depression Inventory II (BDI-II). According with results, we could identify that students aged between 18 and 24 years (35.2%) display little emotional clarity compared to participants older than 35 years. These results suggest that youths and young adults have a greater risk of acquiring depression in comparison with older age participants. Furthermore, we observed that emotion regulation ability may vary according to gender. Also, we found less risk of developing depression in students with legally established marital relationships compared to those not having a romantic partner. Risk of developing depression involves to feel and express a set of perceived emotions in a correct manner, among many other factors. Participants in the sample who are at risk for depression pay closer attention to their emotions and express them in a proper way, however they have little capacity to comprehend and regulate them.

Keywords: Emotional intelligence, depression, emotional attention, emotional repair, emotional clarity.

Introducción

La inteligencia emocional (IE) alude a la capacidad que tienen los seres humanos de reconocer tanto los propios sentimientos como los de otros; además, a la facultad de manejar adecuadamente las relaciones interpersonales y sociales. Es un término que integra habilidades adicionales a la inteligencia académica, que se define como una capacidad cognitiva medida por el cociente intelectual (Goleman, 1998).

El abordaje de la IE se puede agrupar en tres líneas de actuación. Principalmente se desarrollaron numerosos modelos teóricos que abordaban las bases fundamentales de la IE, que describían los elementos esenciales que una persona emocionalmente inteligente debía poseer. Luego de tener claras y argumentadas las bases teóricas definidas por los diferentes autores aparece la siguiente línea orientada a la producción de instrumentos de medición y evaluación de la IE de manera confiable. Gracias a los intereses personales de algunos investigadores poco a poco se comienzan a clasificar los métodos fiables y válidos para la medición de la IE dándole paso a la tercera línea de actuación, en la cual se

exponen los estudios empíricos y posteriormente se explora la validez predictiva y la forma como se relaciona la IE con los diversos aspectos de la vida (Extremera Pacheco et al., 2004).

Salovey y Mayer (citados por Fernández Berrocal y Ramos Díaz, 1999) delimitan la inteligencia emocional como una parte de la inteligencia social, la que requiere de una capacidad para hacer control de las propias emociones, identificar las emociones de los demás y poder diferenciarlas; esto con el fin de usar la información que se obtenga para guiar los pensamientos y el comportamiento.

Según Mayer et al. (2001), las emociones contienen información acerca de las relaciones. En el momento en que existe un cambio en una relación con otra persona u objeto, también cambian las emociones. Esto sería independiente de si las relaciones son del pasado, del presente o a futuro (imaginadas). La información proveniente de estas relaciones puede ser usada, entonces, como base para razonar y resolver problemas que, posteriormente, se usarían para intensificar las actividades cognitivas.

Inicialmente Salovey y Mayer propusieron la existencia de la inteligencia emocional

en el año 1990, sin recibir mucha atención del medio. Fue en 1995 cuando Goleman desarrolló este concepto traído por ellos y tuvo una gran recepción por parte de la comunidad y, desde ello, no ha cesado. Goleman ha adaptado su modelo a una versión más eficaz para demostrar su utilidad en el mundo laboral (Caruso et al., 2019).

En 1983 Salovey y Mayer plantean que la inteligencia se relaciona con 3 componentes: las características cognitivas internas, el rendimiento y las diferencias individuales, por lo cual, la definen como “las características cognitivas internas relativas a las diferencias individuales en el rendimiento, para la resolución de problemas” (Molero Moreno et al., 1998, p. 22). Estos dos autores introducen el término de inteligencia emocional, al explicar que esta es la capacidad de reconocer las señales y los acontecimientos emocionales propios y los de los otros; capacidad que, a través de un proceso de elaboración y producción emocional, genera un comportamiento adecuado y efectivo para las metas propias y del entorno (Salovey y Mayer, 1990).

De la misma forma, Salovey y Mayer propusieron inicialmente lo que se considerarían 4 dimensiones para describir la IE, siendo estos: percepción, comprensión, facilitación y regulación emocional (Extremera Pacheco y Fernández-Berrocal, 2013).

Percepción emocional: es la capacidad de percibir las emociones ajenas o propias, además de percibir las provenientes de otros estímulos como la música, el arte, etc.

Facilitación emocional: tiene que ver con la habilidad para poder generar y sentir emociones que luego serán usadas en los procesos cognitivos que llevan a la toma de decisiones.

Comprensión emocional: trata de entender la información emocional, cómo se combinan e influyen entre sí las emociones, y apreciar los sentidos emocionales de las experiencias vividas.

Regulación emocional: hace referencia a la disposición que tienen los sujetos para experimentar estados emocionales positivos y negativos, para luego razonar sobre estos y determinar si la información que los acompañan es útil para sí mismo.

Actualmente la valoración de la IE se ha transformado en un aspecto crítico en la investigación sobre este tema. Se conocen diferencias individuales en las personas con respecto a sus competencias para poder atender a sus propios sentimientos y los de otras personas; además de comprenderlos de manera adecuada, modificar los estados de ánimo que provocan malestar y mantener por más tiempo los positivos. La importancia dada en los últimos años a los procesos internos como a la existencia de nuevos avances tecnológicos ha beneficiado el resurgimiento de la psicología de las emociones y su conexión con lo cognitivo. Durante décadas, en diversos ámbitos, se han tenido en cuenta las destrezas cognitivas, pues han adquirido un gran interés gracias a que la investigación sobre la inteligencia y la dicotomía entre lo emocional y lo racional ayudó a que el concepto de coeficiente intelectual (CI) se centrara en ellas (Fernández-Berrocal y Ramos Díaz, 1999).

La depresión es un trastorno psicológico que afecta en el mundo a 350 millones de personas; además, en Latinoamérica y el Caribe el 5 % de la población adulta la padece y solo seis de cada diez son tratados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la mayor causa de discapacidad en el mundo y cuando se presentan síntomas graves puede conducir al suicidio. Alrededor de 1 millón de personas se suicidan en el mundo al año. La adecuada atención a las personas con este trastorno tiene varias barreras, como la falta de capacitación y de servicios dedicados a la atención primaria y el estigma social que está ligado a los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2012). Con respecto a la

depresión y la edad, se evidenció que los pacientes jóvenes tienden a presentar depresión severa y moderada, la prevalencia de depresión en personas jóvenes se ha incrementado en los últimos años y es un trastorno que produce aislamiento social y puede, en casos muy severos, culminar en el suicidio (Acosta-Hernández et al., 2011). La depresión es un desorden que se presenta en alrededor de un 3 a 8 % en personas jóvenes, mientras que en los adultos se presenta en aproximadamente un 4,5 % de la población (Ossa Hernandez et al., 2016).

También es importante saber que la OMS indica que la depresión tiene mayor prevalencia en mujeres (5,1 %) que en los hombres (3,6 %) y que es un trastorno mental de alta frecuencia cuyos síntomas son alteraciones en el estado de ánimo, declive de interés o disminución de placer, puede acompañarse de culpa o pérdida de amor propio, también se presentan problemas en el sueño, en el apetito, problemas en la capacidad de concentración y sensación de cansancio. Implica afectación en el desempeño laboral o académico y en la forma para enfrentar la vida. En estados graves se evidencia ideación suicida. Cuando los síntomas son graves requieren acompañamiento farmacológico y psicología clínica (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Ahora bien, con respecto al DSM-5 (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014), la depresión está ubicada en el apartado “trastornos depresivos”, donde se pueden encontrar diversos tipos de trastornos: depresión mayor, distimia, trastorno disruptivo de regulación del ánimo, disforia premenstrual, trastornos depresivos inducidos por droga o medicación y trastornos depresivos debido a otras razones médicas.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015) en la Encuesta Nacional de Salud Mental, para el año 2015 en Colombia 25 576 mujeres fueron atendidas por depresión moderada y 10 753 hombres, com-

parado al 2009 cuando se atendieron 13 022 mujeres y 4071 hombres. En Antioquia, las cifras brindadas por el ministerio de salud en el año 2009 indican que las personas atendidas por depresión moderada eran de 7563, a diferencia de otros departamentos principales como Valle del Cauca y en la capital donde sus cifras fueron de 964 y 2456 respectivamente. Para el 2015 esta cifra aumentó ampliamente a 15 250 en Antioquia, 2560 en Valle del Cauca y 5199 personas atendidas en Bogotá. En esta se tamizó una población de 12 a 17 años, de 18 a 44 y de 45 años en adelante, detectando posibles casos de depresión y se encontró que la prevalencia de los síntomas fue mayor en los adolescentes (12 a 17 años) con un 15,8 % (de 4 a 6 síntomas de depresión); seguido de un 3,2 % de prevalencia en personas de 18 a 44 años (con más de 7 síntomas) y un 6,2 % en personas de 45 años o más (7 o más síntomas). En Medellín para el año 2018 se obtuvieron datos preliminares de las consultas externas a hospitales por distintos trastornos mentales. Entre estos datos se destaca que los casos referentes a trastornos del humor, o sea los afectivos, tuvieron una prevalencia del 35 %, lo que equivale exactamente a 57 574 pacientes que consultaron por lo anteriormente mencionado. Para el mismo año se habían notificado de 2269 intentos de suicidio, presentándose una tasa anual de 90 casos por cada cien mil habitantes. Para añadir a este dato, se estima que ocurrieron alrededor de seis intentos de suicidio por día (Secretaría de Salud de Medellín, 2016).

Por otro lado, el Estudio Poblacional de Salud Mental Envigado de 2017 reconoce la depresión mayor como uno de los trastornos más frecuentes. Se ubica en el cuarto puesto entre las causas de discapacidad a nivel mundial y se calcula que ocupará el segundo puesto para el año 2020. Este trastorno tiene una relevante morbilidad y mortalidad. Se describe entonces que el suicidio es una de

las causas de muerte en personas de 20 a 35 años, en las cuales el 50 % se debe a la depresión. Dicho trastorno también es fundamental en la morbilidad y la mortalidad en cuanto a otras afecciones físicas como el infarto agudo de miocardio. Igualmente, se asocia con un consumo elevado de alcohol y sustancias psicoactivas, lo que lleva a dificultades en las relaciones interpersonales, familiares y laborales. La prevalencia de la depresión en el último año incluido en el estudio es de 2,2 % a 6,7 %. En la población general la prevalencia del trastorno es entre 10 y 20 %, es más común en mujeres: dos por cada hombre y se presenta más en adultos jóvenes (Torres de Galvis et al., 2018).

Según Beck, en los trastornos del estado de ánimo hay una distorsión en la forma como se procesa la información del medio. En las personas depresivas existe este sesgo ante sucesos que pueden implicar una pérdida o privación, por la que valoran negativamente, de forma excesiva, estas situaciones y las consideran globales, irreversibles y frecuentes. Se genera así una triada cognitiva negativa que está compuesta de una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck et al., 2001).

En la actualidad, el espacio universitario, como el laboral o familiar, pone en el camino de los estudiantes una serie de obstáculos que les hacen requerir el uso de sus habilidades personales (emocionales, cognitivas, físicas). Estas características pueden desencadenar en esta población posibles caídas o colapsos que, sin la preparación personal adecuada, repercutirá en sus vidas no solamente en el ámbito académico sino también en su adaptación en general al medio. Por lo anterior, la inteligencia emocional sería de gran importancia, debido a que, según su nivel de desarrollo, los estudiantes resolverán de manera más acertada las situaciones de estrés, presión y frustración que soportan en la vida diaria.

Con relación a lo ya mencionado, las discusiones en investigaciones realizadas en los últimos años explican que los niveles de depresión bajos y el afrontamiento de situaciones de estrés implican un aumento en las habilidades de comprensión y manejo de las emociones. También concluyen que niveles de depresión altos implican una mayor tendencia a prestarle más atención a las emociones. Los resultados presentados en estas investigaciones aportan información relevante que visualiza la necesidad de fomentar la inteligencia emocional y sus habilidades, para con ello disminuir los síntomas anímicos negativos y con ello incrementar la percepción adecuada de manejo emocional (Barraza-López et al., 2017).

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones teóricas, el presente artículo busca determinar la asociación entre inteligencia emocional, riesgo de depresión y condiciones sociodemográficas en estudiantes de psicología.

Metodología

Participantes

Para la investigación se contó con una muestra de 307 estudiantes (245 mujeres y 62 hombres) de la Institución Universitaria de Envigado (Colombia).

La muestra se calculó con una probabilidad de éxito de 50 %, un nivel de confiabilidad de 95 % y un margen de error de 5 %. Para el estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión, respectivamente:

Criterios de inclusión: a) estudiantes de psicología, b) aceptar voluntariamente la participación, c) estudiar en la Institución Universitaria de Envigado.

Criterios de exclusión: a) edad inferior a 18 años.

Procedimiento

La investigación realizada es de enfoque cuantitativo, con un tipo de estudio descriptivo y un diseño transversal. Este proyecto fue liderado por el Semillero de Investigación de Neurociencias de la Institución Universitaria de Envigado. La participaron en el proyecto fue voluntaria por parte de cada estudiante que aseguró cumplir con los criterios de inclusión. La aplicación de las pruebas se realizó dentro de las aulas de clases, donde se les explico el fin de la investigación y se les proporciono el consentimiento informado, la encuesta sociodemográfica y los instrumentos BDI-II y el TMMS-24.

Instrumentos

Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)

Es un autoinforme que solo requiere el uso de lápiz y papel; está compuesto por 21 ítems en escala Likert que evalúa síntomas de tristeza, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, llanto, pensamientos de suicidio, culpa, entre otros. El inventario que fue propuesto por Beck ha sido uno de los instrumentos de más uso al momento de identificar y evaluar la severidad de la depresión. Este inventario se puede aplicar de forma individual o colectiva tanto de forma oral como escrita con lápiz y papel. Normalmente requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado, pero dependiendo de la severidad de la depresión se podría tomar más tiempo. Una de las instrucciones es que el encuestado tenga en cuenta que las afirmaciones cubren el periodo de tiempo de las últimas dos semanas incluyendo el día en que se realiza el test. Cada pregunta tiene una escala de 4 puntos de 0 a 3, siendo 0 la no identificación con el ítem y 3 la máxima identificación con este. La calificación mínima es 0 y la máxima es 63. El inventario posee unos puntajes de cor-

te que permiten clasificar a los evaluados entre 4 grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión severa. Para efectos de la investigación, al momento de realizar el análisis estadístico se tomó como “sin riesgo” los puntajes de 0 a 14 y a partir de 15 se contó el riesgo de desarrollar depresión (Melipillán Araneda et al., 2008).

Melipillán Araneda et al. (2008) hicieron un análisis de la consistencia interna del BDI-II; el resultado que obtuvieron en el coeficiente alfa de Cronbach correspondió a 0,91. Los autores replicaron este análisis para cada grupo participante por separado y observaron que valores en el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,91 en la muestra clínica, 0,89 en la muestra control y 0,89 en la muestra representativa. Para la validez se compararon los puntajes en la Escala BDI-II de los participantes pertenecientes a las muestras clínica y control y observaron que la muestra clínica presenta un promedio de 29,01 (DE = 13,49), mientras los de control un promedio de 19,18 (DE = 11,58). Lo cual permite concluir que los participantes que tienen puntajes altos en el BDI-II son quienes tienen mayor probabilidad de dirigirse a atención en salud mental por presentar síntomas depresivos.

La escala de inteligencia emocional percibida o Trait Meta-Mood Scale

El TMMS-24 está basado en el Trait Meta-Mood Scale de Salovey y Mayer; la escala original evalúa el metaconocimiento de las emociones mediante 48 ítems que miden la capacidad de regular las emociones, así como las destrezas que hacen que seamos conscientes de nuestras propias emociones. Su adaptación al español fue realizada por Fernández-Berrocal et al. (2004).

Esta escala está compuesta por 24 ítems de escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1

= Nada de acuerdo, hasta 5 = Totalmente de acuerdo), el test está compuesto por 3 dimensiones: atención emocional, que hace referencia a la percepción de las propias emociones, es decir, a la capacidad para sentir y expresar las emociones de forma adecuada; claridad de sentimientos, que alude a la percepción que se tiene sobre la comprensión de los propios estados emocionales; y reparación emocional como la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta, con 8 ítems cada una de ellas (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos 2004).

Según el coeficiente de Cronbach la escala TMMS-24 tiene una confiabilidad de 0,95 y sus subescalas se encuentran con una confiabilidad de 0,89 en comprensión, 0,86 en regulación y un 0,88 en percepción (Espinoza-Venegas et al., 2015).

Plan de análisis

Dentro de la investigación se realizó un análisis de datos por medio de técnicas de estadística descriptiva, ejecutando en primer lugar un análisis univariado para describir variables de la investigación como las condiciones sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, semestre y estrato socioeconómico), las dimensiones de la inteligencia emocional

(atención, claridad y reparación emocional, tratando los rangos poco, adecuado y excelente) y el riesgo de depresión, utilizando frecuencias y porcentajes. Luego de esto se llevó a cabo un modelo bivariado entre las variables sociodemográficas, las dimensiones de inteligencia emocional y depresión, además de asociaciones entre estas dos últimas, usando el estadístico Chi Cuadrado de Pearson, estableciéndose como significancia estadística un valor p menor a 0,05. El software usado para hacer la base de datos y el posterior análisis estadístico fue el IBM SPSS v24.

Resultados

Dentro de los resultados sociodemográficos se puede observar (en la tabla 1) mayor participación de mujeres (254) en comparación con hombres (62), siendo un total de 307 estudiantes. En su mayoría se encuentran sin pareja (divorciado, soltero, viudo), mientras que una minoría tienen una relación legalmente constituida con un 12,7 %. Casi un cuarto de los estudiantes que participaron en el estudio vive en estrato socioeconómico medio. Los estudiantes que pertenecen a los semestres de primero a quinto son un poco más de la mitad y de sexto a décimo el resto. La mayoría de la muestra tiene entre 18 y 24 años, y una minoría son personas mayores de 35 años.

Tabla 1. Descripción de las condiciones sociodemográficas.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	62	20,2
	Mujer	245	79,8
Estado civil	Sin pareja	268	87,3
	Con pareja	39	12,7
Estrato socioeconómico	Bajo	69	22,5
	Medio	232	75,6
	Alto	6	2
Semestre	Entre primero y quinto	179	58,3
	Entre sexto y décimo	128	41,7
Edad	Entre 18 y 24 años	227	73,9
	Entre 25 y 35 años	67	21,8
	Mayor a 35 años	13	4,2

En cuanto a dimensiones de inteligencia emocional, se observa (en la tabla 2) que más de la mitad de la muestra presentó adecuada atención emocional, adecuada claridad

emocional y adecuada reparación emocional. Se encuentra una menor proporción de participantes con un nivel excelente en estas dimensiones.

Tabla 2. Descripción de las dimensiones de la inteligencia emocional.

Dimensión	Atención emocional (AE)	Claridad emocional (CE)	Reparación emocional (RE)
Poco	79 (25,7 %)	101 (32,9 %)	69 (22,5 %)
Adecuado	180 (58,6 %)	163 (53,1 %)	187 (60,9 %)
Excelente	48 (15,6 %)	43 (14 %)	51 (16,6 %)

Luego de aplicar el BDI, se identificó (como se ve en la tabla 3) que la mayoría de la muestra estudiada no posee riesgo de desarrollar depresión, con un 68,1 % puntuado.

Tabla 3. Descripción de la variable de depresión.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	209	68,1
Con riesgo	98	31,9

Al realizar la asociación entre el sexo con las dimensiones de la inteligencia emocional y la depresión, se pudo hallar (como lo muestra la tabla 4) que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto al riesgo de depresión, la atención emocional y la claridad emocional; sin embargo, se encuentra una asociación significativa entre el sexo y la dimensión de reparación emocional, identificándose que las mujeres presentan mayor probabilidad de tener una excelente reparación emocional en comparación con los hombres.

Tabla 4. Sexo y las variables de inteligencia emocional y depresión.

Variable		Hombres	Mujeres	Prueba de Chi cuadrado	Valor P*
Atención emocional	Poco	11 (17,7 %)	68 (27,8 %)	4,339	0,114
	Adecuado	37 (59,7 %)	143 (58,4 %)		
	Excelente	14 (22,6 %)	34 (13,9 %)		
Claridad emocional	Poco	21 (33,9 %)	80 (32,7 %)	1,227	0,542
	Adecuado	35 (56,5 %)	128 (52,2 %)		
	Excelente	6 (9,7 %)	37 (15,1 %)		
Reparación emocional	Poco	14 (22,6 %)	55 (22,4 %)	8,220	0,016
	Adecuado	45 (72,6 %)	142 (58 %)		
	Excelente	3 (4,8 %)	48 (19,6 %)		
Depresión	Sin riesgo	38 (61,3 %)	171 (69,8 %)	1,647	0,199
	Con riesgo	24 (38,7 %)	74 (30,2 %)		

* Si valor $P < 0,05$ hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Por otra parte, según los resultados obtenidos, no existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable estado civil y las dimensiones de la IE, pero sí se encontró una asociación entre estado civil y

riesgo de depresión: los estudiantes sin pareja legalmente constituida poseen mayor riesgo de depresión en comparación con aquellos que tienen pareja.

Tabla 5. Estado civil y las variables de inteligencia emocional y depresión.

Variable		Sin pareja	Con pareja	Prueba de Chi cuadrado	Valor P*
Atención emocional	Poco	69 (25,7 %)	10 (25,6 %)	1,055	0,590
	Adecuado	155 (57,8 %)	25 (64,1 %)		
	Excelente	44 (16,4 %)	4 (10,3 %)		
Claridad emocional	Poco	94 (35,1 %)	7 (17,9 %)	5,950	0,051
	Adecuado	140 (52,2 %)	23 (59,0 %)		
	Excelente	34 (12,7 %)	9 (23,1 %)		
Reparación emocional	Poco	65 (24,3 %)	4 (10,3 %)	5,235	0,073
	Adecuado	162 (60,4 %)	25 (64,1 %)		
	Excelente	41 (15,3 %)	10 (25,6 %)		
Depresión	Sin riesgo	175 (65,3 %)	34 (87,2 %)	7,501	0,006
	Con riesgo	93 (34,7 %)	5 (12,8 %)		

*Si valor $P < 0,05$ hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Como se evidencia en la tabla 6, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones de la IE, y la depresión con la variable estrato socioeconómico;

lo que indicaría que el estrato socioeconómico de la vivienda no influye en la inteligencia emocional y tampoco en el riesgo de sufrir una depresión en la muestra de estudiantes.

Tabla 6. Estrato socioeconómico y las variables de inteligencia emocional y depresión.

Variable		Bajo	Medio	Alto	Prueba de Chi cuadrado	Valor P*
Atención emocional	Poco	15 (21,7 %)	63 (27,2 %)	1 (16,7 %)	4,572	0,334
	Adecuado	39 (56,5 %)	138 (59,5 %)	3 (50,0 %)		
	Excelente	15 (21,7 %)	31 (13,4 %)	2 (33,3 %)		
Claridad emocional	Poco	27 (39,1 %)	72 (31,0 %)	2 (33,3 %)	4,043	0,400
	Adecuado	35 (50,7 %)	126 (54,3 %)	2 (33,3 %)		
	Excelente	7 (10,1 %)	34 (14,7 %)	2 (33,3 %)		
Reparación emocional	Poco	18 (26,1 %)	50 (21,6 %)	1 (16,7 %)	2,340	0,674
	Adecuado	39 (56,5 %)	143 (61,6 %)	5 (83,3 %)		
	Excelente	12 (17,4 %)	39 (16,8 %)	0 (0,0 %)		
Depresión	Sin riesgo	45 (65,2 %)	159 (68,5 %)	5 (83,3 %)	0,925	0,630
	Con riesgo	24 (34,8 %)	73 (31,5 %)	1 (16,7 %)		

*Si valor $P < 0,05$ hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Por el contrario, se encontró que las dimensiones de claridad emocional, reparación emocional y depresión sí guardan una asociación significativa con la edad (ver tabla 7). Se pudo observar que los jóvenes entre 18 y 24 años de edad tienen más probabilidad de pre-

sentar poca claridad emocional y mayor riesgo de depresión, mientras que los estudiantes entre 25 y 35 años tienen más probabilidad de presentar poca reparación emocional en comparación con el grupo más joven y el de mayor edad.

Tabla 7. Edad y las variables de inteligencia emocional y depresión.

Variable		Entre 18 y 24 años	Entre 25 y 35 años	Mayor a 35 años	Prueba de Chi cuadrado	Valor P*
Atención emocional	Poco	62 (27,3 %)	14 (20,9 %)	3 (23,1 %)	1,986 ^a	0,738
	Adecuado	129 (56,8 %)	42 (62,7 %)	9 (69,2 %)		
	Excelente	36 (15,9 %)	11 (16,4 %)	1 (7,7 %)		
Claridad emocional	Poco	80 (35,2 %)	21 (31,3 %)	0 (0,0 %)	14,967 ^a	0,005
	Adecuado	118 (52,0 %)	38 (56,7 %)	7 (53,8 %)		
	Excelente	29 (12,8 %)	8 (11,9 %)	6 (46,2 %)		
Reparación emocional	Poco	53 (23,3 %)	16 (23,9 %)	0 (0,0 %)	14,874 ^a	0,005
	Adecuado	140 (61,7 %)	41 (61,2 %)	6 (46,2 %)		
	Excelente	34 (15,0 %)	10 (14,9 %)	7 (53,8 %)		
Depresión	Sin riesgo	151 (66,5 %)	45 (67,2 %)	13 (100,0 %)	6,375	0,041
	Con riesgo	76 (33,5 %)	22 (32,8 %)	0 (0,0 %)		

*Si valor $P < 0,05$ hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Por otra parte, como se evidencia en la tabla 8, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el semestre y las dimensiones de IE y depresión, lo que

indica que la inteligencia emocional y la depresión se dan independientemente del nivel de estudio en la muestra.

Tabla 8. Semestre y las variables de inteligencia emocional y depresión.

Variable		Entre primero y quinto	Entre quinto y décimo	Prueba de Chi cuadrado	Valor P*
Atención emocional	Poco	42 (23,5 %)	37 (28,9 %)	4,045 ^a	0,132
	Adecuado	103 (57,5 %)	77 (60,2 %)		
	Excelente	34 (19,0 %)	14 (10,9 %)		
Claridad emocional	Poco	62 (34,6 %)	39 (30,5 %)	0,628 ^a	0,731
	Adecuado	92 (51,4 %)	71 (55,5 %)		
	Excelente	25 (14,0 %)	18 (14,1 %)		
Reparación emocional	Poco	36 (20,1 %)	33 (25,8 %)	1,566 ^a	0,457
	Adecuado	111 (62,0 %)	76 (59,4 %)		
	Excelente	32 (17,9 %)	19 (14,8 %)		
Depresión	Sin riesgo	114 (63,7 %)	95 (74,2 %)	3,809 ^a	0,051
	Con riesgo	65 (36,3 %)	33 (25,8 %)		

*Si valor $P < 0,05$ hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Finalmente, se encontró que el riesgo de depresión se asocia con la atención emocional, la claridad emocional y la reparación emocional (valor $p < 0,05$). Como se ve en la

tabla 9, las personas con riesgo de depresión tienen más probabilidad de presentar una excelente atención emocional, pero poca claridad emocional y reparación emocional.

Tabla 9. Inteligencia emocional y depresión.

Variable		Sin riesgo de depresión	Con riesgo de depresión	Prueba de Chi cuadrado	Valor P*
Atención emocional	Poco	63 (30,1 %)	16 (16,3 %)	10,661a	0,005
	Adecuado	121 (57,9 %)	59 (60,2 %)		
	Excelente	25 (12,0 %)	23 (23,5 %)		
Claridad emocional	Poco	49 (23,4 %)	52 (53,1 %)	26,855a	0,000
	Adecuado	125 (59,8 %)	38 (38,8 %)		
	Excelente	35 (16,7 %)	8 (8,2 %)		
Reparación emocional	Poco	33 (15,8 %)	36 (36,7 %)	18,907a	0,000
	Adecuado	134 (64,1 %)	53 (54,1 %)		
	Excelente	42 (20,1 %)	9 (9,2 %)		

*Si valor $P < 0,05$ hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Discusión

En su investigación en estudiantes de Psicología, Aguilar-Luzón et al. (2012) encontraron diferencias significativas respecto a la edad. Hallaron que a mayor edad existe mayor claridad y regulación emocional; en el presente estudio se encontró que lo más jóvenes tenían más poca atención emocional y mayor riesgo de depresión.

García Cruz et al. (2017) encontraron que el sexo femenino tiene mayor vulnerabilidad ante la posibilidad de desarrollar depresión; asimismo, lo expusieron Gómez-Romero et al. (2018), quienes reportaron que las mujeres presentan más sintomatología depresiva que los hombres. Es importante mencionar que, en la presente investigación y respecto al sexo, las mujeres puntuaron mayor reparación emocional que los hombres. Ante esto, Goleman (1998) menciona que las mujeres que son emocionalmente inteligentes tienen una visión positiva de ellas mismas y poseen un sentido claro de la vida. Al expresar sus

sentimientos de forma adecuada y soportar bien la tensión, tendrían un equilibrio social. Son lo suficientemente seguras de sí mismas para mostrarse alegres, espontáneas y abiertas a nuevas experiencias.

Por transmisión cultural y familiar se les ha considerado a las mujeres como más emocionales. Esta afirmación se justifica en el hecho de que están en un mayor contacto con sus sentimientos, permitiéndose ser más expresivas y reconocer adecuadamente las emociones en los demás (Candela Agulló et al., 2002).

Sin embargo, los resultados de los autoinformes realizados a distintos grupos poblacionales y culturas dejan ver una diferencia en los resultados que no permite generalizar una premisa acerca de estas dos variables. En algunos de estos estudios, el sexo femenino se muestra con una excelente habilidad para dirigir y manejar las emociones propias y las del resto. Así mismo, existen otros en los que ocurre lo

opuesto, y este sexo muestra mayor capacidad en la atención emocional y percepción de la emocionalidad externa. Ante esta variedad de resultados, Sánchez Núñez et al. (2017) sugieren que se puede deber a las diferencias sociodemográficas y culturales en la muestra y también al instrumento que se use.

Siguiendo las ideas previamente mencionadas, Barraza-López et al. (2017), en su estudio sobre la relación entre IE y depresión-ansiedad y estrés, encontraron que, así como en la presente investigación, a menores síntomas de depresión mayor control y manejo de las emociones; también a mayor riesgo de depresión hay más atención emocional.

Rodríguez de Alba y Suárez Colorado (2012) se encargaron de investigar la IE y el riesgo de depresión también en estudiantes universitarios. Concluyeron que mientras más puntuaciones altas en claridad y reparación emocional, menor nivel de depresión es evidenciado en los participantes.

Batool y Khalid (2009) y Mamani-Benito et al. (2018) concluyeron en sus investigaciones que la inteligencia emocional sirve como predictor de la depresión. Esta conclusión se puede relacionar con el presente trabajo, teniendo en cuenta la asociación significativa que existe entre las tres dimensiones de la IE y la depresión. Las investigaciones mencionadas dejan claros los beneficios de la IE en términos de salud mental y ajuste psicosocial. Las personas que son inteligentes emocionalmente, al saber gestionar mejor sus inconvenientes emocionales, informan menos síntomas correspondientes a ansiedad, depresión, ideación suicida, entre otros.

Los bajos resultados en las habilidades emocionales podrían suponer una baja capacidad adaptativa en la vida cotidiana y más posibilidades de desarrollar conductas de riesgo. Se encontraron relaciones significativas entre depresión e IE, correlacionándose principalmente la dimensión de atención

emocional con el riesgo a depresión. Esto puede aumentar la conducta rumiativa, la cual se relaciona con pensamientos constantes sobre lo que se está sintiendo emocionalmente, pero sin pensar en ningún método efectivo para afrontarlo; el presentar pensamientos rumiativos como reacción a un estado emocional de tristeza, empeora y permite que se prolonguen los síntomas que acompañan a este estado. Esta respuesta trata de prestar atención de forma continua y recurrente a los sentimientos, además de las causas y consecuencias del estado de ánimo en el que se encuentre; esto sin tener especial cuidado por aliviarlos o resolver el problema de raíz. Este tipo de estilo tendría mayor vulnerabilidad a experimentar sintomatología ansiosa y depresiva (Extremera et al., 2006).

Por ello y luego de encontrarse una asociación significativa entre la variable de IE y el riesgo a depresión, se hace de suma importancia que, en la formación de los individuos desde su fase inicial en el crecimiento, se les brinde los recursos para lograr un aprendizaje que permita el desarrollo de competencias esenciales para su bienestar. La adaptación social y el permitirse crear asertivas soluciones a los conflictos interpersonales serían el resultado de un adecuado aprendizaje de las habilidades emocionales planteadas inicialmente.

Conclusiones

Los resultados de la investigación permitieron identificar que la IE es un factor clave para prevenir y mitigar el riesgo de desarrollar depresión. De esta manera, las tres dimensiones de la IE se asocian significativamente con la posibilidad de desarrollar o no la depresión. Se pudo corroborar que la atención emocional es una dimensión que los participantes con riesgo de depresión puntúan alta; por lo tanto, las personas que sienten y expresan las emociones y les ponen mucha atención y las rumian y hablan sobre ellas, tienen más ries-

go de tener depresión. De la misma manera, aquellas personas con alto riesgo de depresión poseen baja comprensión de las emociones que están sintiendo y se les presenta dificultad para manejarlas o regularlas. Las altas puntuaciones en atención emocional en las personas con riesgo de depresión se relacionaron con una baja habilidad para saber qué hacer con esas emociones.

Sería de gran aporte el desarrollo de programas de prevención e intervención sobre depresión, autoestima, entrenamiento en habilidades sociales y manejo de emociones, con el fin de fomentar un nivel socioemocional adecuado en los estudiantes, y de esta manera prevenir la aparición de problemas psicológicos y emocionales.

Igualmente, es importante realizar más estudios sobre la relación de la IE con otras variables psicológicas y educativas con el fin de dimensionar de una mejor manera causas originadas en otros factores psicosociales que afecten directa o indirectamente el riesgo a tener depresión. Como bien se estableció, esta es multicausal y a pesar de que la IE funcione como predictora de la depresión, no es la única variable para tener en consideración en cuanto a su desarrollo.

Futuras investigaciones longitudinales con la intención de aplicar estrategias que permitan el desarrollo de las habilidades emocionales serían valiosas para prevenir psicopatologías y mejorar la elaboración de las estrategias de afrontamiento y percepción del mundo y de sí mismo.

Finalmente, es recomendable replicar esta investigación en las diferentes facultades de la Institución Universitaria de Envigado y en las diferentes universidades de la ciudad y del país con el fin de analizar las diferencias o similitudes entre las carreras investigadas y cómo, en función de dicho contenido académico, se ven afectadas la inteligencia emocional y definir si existe o no riesgo de depresión.

Referencias

- Acosta-Hernández, M. E., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F. R., Cruz-Sánchez, J. S. y Duran-Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos de Neurociencias*, 16(3), 156-161. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32548>
- Aguilar-Luzón, M., Calvo-Salguero, A. y Monteoliva-Sánchez, A. (2012). La inteligencia emocional percibida y su relación con el apego adulto. *Psicología Conductual*, 20(1), 119-135. https://www.researchgate.net/profile/Maria_Carmen_Aguilar-Luzon2/publication/267515020-La_inteligencia_emocional_percibida_y_su_relacion_con_el_apego_adulto/links/560d091708aece4e70e06639/La-inteligencia-emocional-percibida-y-su-relacion-con-el-apego-adulto.pdf
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Barraza-López, R. J., Muñoz-Navarro, N. A. y Behrens-Pérez, C. C. (2017). Relación entre Inteligencia Emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(1), 18-25. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272017000100003&lng=es&nrm=iso
- Batool, S. S. y Khalid, R. (2009). Low emotional intelligence: A risk factor for depression. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 6(2), 65-72. https://www.researchgate.net/publication/306189786_Low_emotional_intelligence_A_risk_factor_for_depression
- Beck, A. Rush, J. Shaw, B. y Emery, G. (2001). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Descleé de Brouwer.
- Candela Agulló, C., Barberá Heredia, E., Ramos López, A. y Sarrió Catalá, M. (2002). Inteligencia emocional y la variable género. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*.

- 5(10). <http://reme.uji.es/articulos/acandc2272105102/texto.html>
- Caruso, D. R., Mayer, J. D., Bryan, V., Phillips, K. G. y Salovey, P. (2019). Measuring emotional and personal intelligence. En M. W. Gallagher y S. J. Lopez (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 233-245). <https://doi.org/10.1037/0000138-015>
- Espinoza-Venegas, M., Sanhueza-Alvarado, O., Ramírez-Elizondo, N. y Sáez-Carrillo, K. (2015). Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 139-147. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00139.pdf
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 191-205. https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF26estilos_respuesta_depresion.pdf
- Extremera Pacheco, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre Navas, J. M. y Guil Bozal, R. (2004). Medidas de evaluación de la Inteligencia Emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 209-228. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80536203.pdf>
- Extremera Pacheco, N. y Fernández-Berrocal, P. (2013). Inteligencia Emocional en adolescentes. *Revista Padres y Maestros*, 352, 34-39. <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/1170/993>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernández Berrocal, P. y Ramos Díaz, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5(2-3), 247-260. https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF16Investigaciones_empiricas.pdf
- García Cruz, R., Valencia Ortiz, A. I., Hernández-Martínez, A. y Rocha Sánchez, T. E. (2017). Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: representando el impacto del género. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(3), 406-416. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28455448011.pdf>
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la Inteligencia Emocional*. Kairós.
- Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Toro-Trallero, J., Montes-Hidalgo, J. y Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre Inteligencia Emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23. https://www.researchgate.net/publication/321216231_Relacion_entre_inteligencia_emocional_afecto_negativo_y_riesgo_suicida_en_jovenes_universitarios_Relationship_between_emotional_intelligence_negative_affect_and_suicidal_risk_in_university_students
- Mamani-Benito, O. J., Brousett-Minaya, M. A., Ccori-Zúñiga, D. N. y Villasante-Idme, K. S. (2018). La Inteligencia Emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15(1), 39. <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2142>
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. y Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1(3), 232-242. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.3.232>
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P. y Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. MinSalud, Colciencias y Universidad Javeriana. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>
- Molero Moreno, C., Saiz Vicente, E. y Esteban Martínez, C. (1998). Revisión histórica del

- concepto de inteligencia: una aproximación a la Inteligencia Emocional. *Revista latinoamericana de psicología*, 30(1), 11-30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834736>
- Organización Mundial de la Salud. (2012, 9 de octubre). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- Ossa Hernandez, A. M., Sanchez Ochoa, A., Mejia Vasco, C. E. y Bareño Silva, J. (2016). Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003. *CES Salud Pública*, 7(1), 37-48. <https://doi.org/10.21615/3282>
- Rodríguez de Alba, U. y Suárez Colorado, Y. (2012). Relación entre Inteligencia Emocional depresión y rendimiento académico en estudiantes de psicología. *Psicogente*, 15(28), 348-359. <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552361011.pdf>
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Sánchez Núñez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés Rodríguez, J. y Latorre Postigo, J. M. (2017). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 6(15). <https://doi.org/10.25115/ejrep.v6i15.1287>
- Secretaría de Salud de Medellín. (2016). Plan Territorial de Salud 2016-2019. *Revista Salud Pública de Medellín*, 6(1), 8-203. https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/ProgramasyProyectos/Shared%20Content/Plan%20de%20Salud%202016/2016-2019/Plan%20Territorial%20de%20Salud%202016%20-%20202019.pdf
- Torres de Galvis, Y., Restrepo Bernal, D., Castaño Pérez, G., Sierra Hincapié, G. M., Buitrago Salazar, C., Salas Zapata, C. y Bareño Silva, J. (2018). *Estudio Poblacional de Salud Mental Envigado 2017*. Editorial CES. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/3788>

ps̥cœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 15, Nº 26, enero-junio 2021



Placer y malestar en el trabajo: estudio de caso en futbolistas profesionales de equipos antioqueños (Colombia)

Pleasure and discomfort in the work activity:
Case studies in soccer players of Antioquia teams

RICARDO CADAVID SUÁREZ

Universidad EAFIT, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-5076-9673>

ANDERSON GAÑÁN MORENO*

Universidad EAFIT, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0001-5890-2187>

JOHNNY OREJUELA GÓMEZ

Universidad EAFIT, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0001-9181-463X>

Recibido: 25 febrero 2021 • Aceptado: 17 mayo 2021 • Publicado: 25 de junio de 2021

Cómo citar este artículo: Cadavid Suárez, R., Gañán Moreno, A. y Orejuela Gómez, J. (2021). Placer y malestar en el trabajo: estudio de caso en futbolistas profesionales de equipos antioqueños (Colombia). *Psicoespacios*, 15(26).

<https://doi.org/10.25057/21452776.1392>

* Autor de correspondencia: agananm@eafit.edu.co

Resumen

Esta investigación describe las experiencias de placer y malestar en el trabajo de un grupo de futbolistas profesionales de equipos antioqueños. Metodológicamente se clasifica como estudio de caso, de alcance descriptivo, de enfoque cualitativo y de corte transversal. Se presenta la entrevista realizada a cinco futbolistas profesionales. Con relación a los resultados, los sujetos entrevistados dicen experimentar placer cuando reciben reconocimiento y cuando se cumplen con las condiciones de trabajo, también a raíz de las amistades que se generan, y al tener buenas relaciones con los directivos del club y con la hinchada. Por otro lado, refieren que experimentan malestar cuando no hay un reconocimiento de orden económico esperado, cuando no hay óptimos espacios para entrenar o para concentrarse, además ante la planificación inadecuada para los momentos de entrenamiento o la recuperación de lesiones, y por los desencuentros con otros compañeros de trabajo.

Palabras claves: placer; malestar; trabajo; futbolistas; psicodinámica del trabajo.

Abstract

The experiences of pleasure and discomfort in the work of a group of professional soccer players from Antioquia teams were described. The work is classified as a case study, descriptive in scope, qualitative and cross-sectional approach. Five subjects (professional soccer players) were interviewed. Regarding the results and conclusions, the interviewed subjects mentioned experiencing pleasure when they receive recognition and when the working conditions are met, also as a result of the friendships that are generated and being able to have good relationships with the directors of the club and with the fans. On the other hand, they mention experiencing discomfort when there is no recognition of an economic order expected by footballers, when there are no optimal spaces to train or to concentrate, in addition to inadequate planning for training moments and for injury recovery, and other aspect to consider is given by disagreements with other co-workers.

Keywords: pleasure; discomfort; job; footballers; psychodynamics of work.

Introducción

El futbolista profesional ya no sigue siendo el niño de antes, ya no juega por jugar, lo hace por un vínculo laboral traducido en una relación sujeto-trabajo-organización, como lo propone Orejuela Gómez (2018). Por este motivo es fundamental abrir un campo de investigación sobre esta población a partir de las consideraciones de la teoría psicodinámica propuesta por Dejours (2000).

Comprender al futbolista en su contexto de trabajo implica entonces preguntar por sus experiencias de placer y malestar en relación con su trabajo, y también por aquellas nociones que permitirían dar cuenta de lo que es el fútbol como profesión. En este sentido, es relevante reconocer lo que tiene por decir Almirati (2018) sobre esta profesión

El fútbol es un movimiento deportivo cultural que a lo largo de los años se mantiene como uno de los deportes más importantes, debido a que su práctica se desarrolla a lo largo y ancho del planeta, sin importar raza, credo o religión. Es generador de pasiones ilógicas por parte de sus fanáticos, genera en las personas un sentimiento de pertenencia a una institución o selección como pocas manifestaciones deportivas culturales similares lo hacen (p. 5).

Así mismo, Almirati (2018) pone en palabras una innegable realidad: “el fútbol pasó de ser un entretenimiento a incorporarse a una de las industrias más lucrativas” (p. 5). Según esta concepción, el futbolista ya no está en un campo caracterizado como mero entretenimiento, ahora hace parte de una de las industrias con mayor potencia en el mercado mundial. En este deporte (y profesión) que mueve cantidades sorprendentes de dinero el futbolista es visto ahora con nuevos lentes, con los lentes del mercado: ¿cuánto cuesta?, ¿cuánto genera?

En síntesis, el fútbol como profesión se ha mercantilizado y prima el discurso de la rentabilidad; discursos que tienen efectos y va condicionando la experiencia de trabajo del futbolista. En esta investigación se considera el factor mercantil del fútbol profesional, se pregunta por él y los resultados logran ponerlo en evidencia. Son relevantes los estudios investigativos como este que dan cuenta de las experiencias que los futbolistas profesionales tienen en su cotidianidad respecto a su trabajo, en tanto posibilitan la comprensión del mundo laboral en esta población y pueden servir como herramienta para nuevas propuestas y para revisar los estudios que se vienen haciendo.

Referentes conceptuales

Según Cabrera (2005), *trabajar* significa hacer, es acción. Una acción en torno a algo en un tiempo determinado. Y ese hacer, esa actividad, constituye un componente clave en la vida de las personas y de los pueblos (Blanch i Ribas, 2007).

Ahora bien, el trabajo no es una experiencia netamente individual, es -como dice Orejuela Gómez (2018)- un encuentro con otros, y en ese encuentro el sujeto puede salir de sí mismo y está en capacidad de reconocerse dentro de un colectivo. Ya hablamos, entonces, de que esta dimensión que experimenta el sujeto es fundamental, de gran importancia: le permite vincularse socialmente y eso tiene relación con la construcción de su psiquismo.

Desde la psicodinámica del trabajo, propuesta teórica desarrollada por Dejours (2000)

Trabajar es enfrentarse a la prueba del fracaso frente a la resistencia del mundo: es lo que se llama 'lo real del trabajo', es decir, aquello que se hace conocer al sujeto por su resistencia. En esta prueba de lo real, descubro la resistencia del mundo, hago la experiencia del mundo. Pero al mismo tiempo, es por esta resistencia que pruebo mis propios límites, que tomo conocimiento de las capacidades, de la sensibilidad, de las torpezas de mi cuerpo. Es a través de esta experiencia que hago la experiencia de mí mismo, de mi propia subjetividad [...] El trabajo es la prueba capital por la cual se incrementa mi subjetividad (pp. 4-5).

A esta visión, Dejours (2000) le suma otras concepciones: "trabajar es sufrir" (p. 5), "trabajar es también convivir" (p. 8), y no solo eso, "el trabajo ocupa un lugar central en la formación del vínculo social" (p. 8) y, además, tiene poder "en la formación de la identidad, en el acrecentamiento de la subjetividad, en la realización de sí, además, como mediador posible de la salud mental" (p. 9).

Roik y Pilatti (2009) plantean que la psicodinámica del trabajo, "en sus presupuestos, considera al trabajo como fuente de placer y sufrimiento" (p. 1). También mencionan que la psicodinámica del trabajo "es una teoría crítica del trabajo que considera al sujeto en tanto subjetividad, que se preocupa por las cuestiones visibles e invisibles del contexto organizacional" (p. 3) y agregan que esta teoría además "busca entender cómo se dan las relaciones sociales y la inserción del sujeto en el contexto organizacional" (p. 6).¹

Así mismo, Orejuela Gómez (2018) propone que el trabajo puede ser una fuente tanto de realización personal y de emancipación —fuente de placer—, como factor de malestar y sufrimiento subjetivo —fuente de malestar—. Hablar del trabajo como fuente de placer implicaría reconocerlo cuando se transforma en una práctica que llena de satisfacción a quien la ejerce y cuando es generador de creatividad. Al respecto, Dejours (2000) dice que gracias al trabajo una persona puede beneficiarse del reconocimiento, realizarse en el campo social y emanciparse. Por su parte, Roik y Pilatti (2009) afirman que

Una de las fuentes de placer es justamente esa transformación de las situaciones productoras de sufrimiento por medio de la movilización subjetiva, donde el sujeto hace uso de su subjetividad, su inteligencia práctica y del colectivo del trabajo buscando recuperar el sentido del trabajo (p. 7).

Y sostienen, además, que "el placer emerge cuando el trabajo crea identidad" (p. 8) —yo agregaría— por el hacer (actividad), el producir (resultado) y el reconocimiento. No está de más reconocer una propuesta —muy adecuada a mi parecer— que Roik y Pilatti (2009) construyen de la siguiente manera

¹ Traducción del portugués al español por cuenta propia.

Un trabajo que posibilite al sujeto la creación de identidad y la realización personal, en el que sea posible el reconocimiento del otro y que tenga libertad de acción, puede parecer una utopía, pero ciertamente es fuente de placer y posibilidad de salud (p. 8).

Hablar del trabajo como fuente de malestar —parafraseando a Orejuela Gómez (2018) — implicaría entender el malestar como una experiencia subjetiva de tensión desgastante, de insatisfacción y displacer inespecífico, difuso en el sujeto pero tolerable, con posibilidad de simbolizarse, de baja intensidad y largo en el tiempo, que puede derivar en sufrimiento o en felicidad según sea el caso y las condiciones que permitan lo uno o lo otro, considerando la historia personal de cada sujeto.

Para disminuir el malestar los sujetos construyen estrategias de defensa, que se refieren al

Despliegue de la inteligencia individual y colectiva para reducir el sufrimiento en el trabajo, o sea, las estrategias de afrontamiento para la reducción de las condiciones de insatisfacción que comprometen la vida psíquica del sujeto y que son evaluadas singularmente por cada uno en relación con las condiciones materiales, simbólicas, y relacionales comprometidas en el desempeño humano en el trabajo. Estas estrategias son la otra cara de la subjetividad implicada en la relación sujeto-trabajo, como formas de lucha contra el sufrimiento, como estrategias inteligentes en tanto que adaptativas en procura del equilibrio psíquico (homeóstasis) (Orejuela Gómez, 2018, p. 92).

Como refuerzo de lo anterior es importante compartir lo que plantean Aristizábal Gómez y Orejuela (2020)

Las estrategias individuales son todos aquellos modos de proceder en los que el sujeto, como individuo, despliega toda su recursividad subjetiva para hacer frente intentar simbolizar lo real, entendido este como toda situación que escapa al dominio

y control de operador y deja como saldo la angustia; y a la vez elicit las estrategias defensivas, ya sea de manera consciente o inconsciente. Por otro lado, las estrategias de defensa colectivas son todas aquellas formas que de manera grupal y recursiva conciben los colectivos de trabajadores para disminuir el monto de desgaste que conlleva lo real del trabajo (p. 4).

Gañán Moreno (2020) sugiere que: “cada sujeto es capaz de construir diferentes estrategias de defensa, con el fin de lidiar con el sufrimiento que deriva del trabajo” (p. 17). Con base en las entrevistas realizadas se identifican y se señalan en el texto las estrategias de defensa —colectivas e individuales— ante el malestar en el trabajo de un grupo de futbolistas profesionales de equipo antioqueños.

Método

Esta investigación se clasifica como estudio de caso, de alcance descriptivo, de enfoque cualitativo y de corte transversal. Se puede decir que en este tipo de diseño se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, puesto que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Los sujetos participantes para esta investigación fueron cinco futbolistas profesionales de equipos antioqueños, contactados intencionalmente, es decir, de manera directa por el investigador. Los criterios que se tuvieron en cuenta fueron: futbolistas profesionales hombres, con contrato activo en equipos antioqueños de primera y segunda categoría. No se consideraron: edad, lugar de nacimiento, lesiones, tiempo como profesionales, tiempo en el actual equipo, nivel educativo. Según Hernández Sampieri et al. (2014, p. 385), el tamaño de la población sugerida para un estudio de caso en investigaciones es de tres a cinco sujetos.

Se estructuró la guía de preguntas de la entrevista semiestructurada, que según Hernández Sampieri et al. (2014), “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p. 403). Las categorías que se tuvieron en consideración para esta construcción y aplicación fueron: experiencias de placer y malestar en el trabajo, causas de placer y malestar en el trabajo, síntomas de placer y malestar en el trabajo, estrategias de defensa ante el malestar en el trabajo.

La presente investigación utilizó como técnica el análisis del contenido, que según López Noguero (2002), se enfoca en el estudio de los contenidos de las comunicaciones verbales y no verbales, específicamente en entrevistas, grupos focales, textos, etc. El procedimiento fue el siguiente:

Fase I: el primer momento partió de la contextualización teórica necesaria para dar cuenta de los antecedentes y del marco de referencia conceptual. En esta fase se obtuvo

información teórica de experiencias, causas y síntomas de placer y malestar en el trabajo, además de las estrategias de defensa ante el malestar.

Fase II: se diseñó el instrumento que incluye protocolo de entrevista semiestructurada y consentimiento informado. En trabajo de campo se grabaron y transcribieron las entrevistas realizadas.

Fase III: se realizó el análisis de contenido por categoría y se obtuvieron los resultados y la discusión de estos.

Resultados y discusión

Los sujetos participantes fueron futbolistas hombres, con edades que oscilan entre los veintidós y los veintisiete años, y con un tiempo como profesionales entre los tres y los ocho años. Todos los sujetos participantes en esta investigación tenían contrato activo con sus respectivos equipos. Se muestra en la tabla 1 las características de los cinco sujetos participantes, correspondientes a los datos sociodemográficos indagados.

Tabla 1. Características de los sujetos participantes.

Datos sociodemográficos					
	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5
Edad	25 años	27 años	24 años	25 años	22 años
Nivel educativo	Bachiller	Bachiller	Bachiller	Bachiller	Bachiller
Tiempo como profesional	8 años	5 años	5 años	8 años	3 años
Tiempo en el equipo actual	7 años	1 año	Menos de 1 año	7 años	3 años

Causas de placer y malestar en el trabajo

En el trabajo se presentan causas de placer y malestar por aspectos endógenos y exógenos. Los primeros son internos a la experiencia de trabajo y los segundos externos a esta.

Según la información que se recolectó, las causas de placer en el trabajo por factores endógenos son la disciplina y la mentalidad para ser competitivo, entrenar —incluso a

doble jornada—, ver los cambios que se van dando en el proceso, ver el nombre en la convocatoria, tener autonomía, cumplir con el trabajo, que les cumplan con las condiciones para trabajar, y ser conscientes de estar ganándose la vida con una profesión que se ama.

Roik y Pilatti (2009) dicen que

Un trabajo que posibilite al sujeto la creación de identidad y la realización personal, en el que sea posible el reconocimiento del otro y que tenga libertad de acción, puede parecer una utopía, pero ciertamente es fuente de placer y posibilidad de salud (p. 8).

Sobre este asunto es pertinente comparar una de las respuestas del sujeto 1: “Pienso que la disciplina, el talento, la fuerza con la que he afrontado todo el proceso, pues, pienso que eso ha dado frutos que lo hacen sentir a uno con sensaciones positivas”.

Por su parte, el sujeto 3 dice: “Me produce placer ver, cada ocho, cada tres días que uno juegue, ver el nombre en la convocatoria”. Y agrega: “Me provoca placer ganarme la vida con lo que yo he mamado toda la vida”.

Abrahão (1990) expone que: “La organización del trabajo ejerce, sobre el hombre, una acción específica, cuyo impacto es el aparato psíquico” (p. 1). En este sentido, el sujeto 5 expresa que le genera placer: “Llevar siempre temprano, estar siempre con la ropa como es, tener las cosas listas, buenos implementos”.

En cuanto a las causas de placer en el trabajo que se presentan por factores exógenos se encontró que el reconocimiento es clave para causar experiencias de placer en los futbolistas, incluso se plantea que la remuneración económica, el tipo de contrato y las recompensas o bonificaciones juegan un papel importante.

Sobre el asunto, el sujeto 1 dice que

Seguramente cuando estás bien es que sentís placer. Yo pienso que casi todo es bueno, todo el mundo te apoya, todo el mundo

te tiene confianza, todo el mundo está ahí para que las situaciones se te hagan más fáciles de llevar [...] El equipo apoya más, entonces de pronto te suben [el] sueldo, te hacen sentir importante.

Según Giraldo Cataño (2019), el reconocimiento es un elemento determinante en la movilización subjetiva en la actividad laboral, y es así como el sujeto 5 atribuye que unos factores causantes de placer en relación con el reconocimiento se ven de esta forma: “Con lo de los premios y los contratos, cuando uno empieza a cumplir determinados objetivos y que te den el premio por el objetivo que cumpliste, en los hoteles que nos tratan muy bien, en los viajes también”.

En este mismo sentido, el sujeto 4 expresa que: “El tipo de contrato, las entrevistas me gustaban mucho... por ejemplo, que me reconocieran por ahí en la calle, me gustaba mucho ese tema”.

Por otro lado, entre las causas de malestar en el trabajo que se presentan por factores endógenos se identifican el no llevar la competencia dentro del equipo con madurez, el sentirse excluido por un director técnico, el no estar en condiciones físicas adecuadas para responder a las exigencias del trabajo y el no dormir ni descansar bien.

Según Giraldo Cataño (2019): “El trabajo puede ser un escenario de aparición de patologías laborales de tipos afectivas y emocionales o puede significar una oportunidad de constituir o reconstituir la identidad” (p. 12).

El sujeto 1 nos habla de unas experiencias del pasado relacionadas con causas de malestar, así: “Antes de pronto esa competitividad que uno manejaba, y mezclada con un poquito de inmadurez, [lo] llevaba a uno a recibir malas energías de la gente, a enviarle también malas energías a la gente”.

El sujeto 5 menciona que unas de las causas que le generan malestar tienen que ver con aspectos propios del trabajo y otros

externos a él: “Cuando no duermo bien, cuando no descanso bien o llego tarde al entrenamiento... o cuando no me salen las cosas como quiero en el entrenamiento, y así”.

Las causas de malestar en el trabajo que se presentan por factores exógenos son el no pago en las fechas acordadas, que paguen menos de lo que se había acordado, sentir que los directivos juegan con las necesidades del jugador y tener que adaptarse a eso, el trato diferente a los demás compañeros cuando está en proceso de recuperación de lesión, además de la percepción de bajo salario. Por otra parte, los viajes largos y seguidos que, sumados al esfuerzo del partido, generan estrés y cansancio; también cuando en los hoteles llevan la comida que no solicitaron o cuando los utileros no llevan lo que pidieron. Otro sujeto hace alusión a la presión que ejercen los directores técnicos, los dirigentes y los familiares.

Con respecto a aquellas condiciones que no dependen directamente del futbolista, que le son ajenas a su control, que son generadoras de malestar en el trabajo, se identificó lo siguiente:

El sujeto 2 expresó que

De pronto puede ser repetitivo, pero, pues, el fútbol es una profesión y uno tiene que cobrar también por su trabajo entonces pienso que lo que más te puede molestar es que no haya un pago en las fechas acordadas o que te paguen menos de lo que habías acordado, que puede suceder. No es como lo legal, pero [...] los dirigentes del fútbol son personas que a veces no tiene un buen manejo de sus clubes entonces puede pasar y yo pienso que es lo que más genera malestar porque es algo que no puedes controlar y que no es por querer armar pelea pero uno exige lo que acordó y lo que merece.

Síntomas de placer y malestar en el trabajo

Como se mencionó previamente al considerar los síntomas de placer y malestar en el tra-

bajo, las manifestaciones de la experiencia de trabajo son físicas, psicológicas y relacionales.

Los síntomas físicos de placer en el trabajo identificados en los discursos de los sujetos entrevistados son: las expresiones de alegría, el sentir que se descansa mejor y sentir que el cuerpo va más allá.

El sujeto 1 mencionó:

Cuando uno llegaba de la Selección, pues como lo miraban diferente, de alguna manera se sentía un poco más que los otros y digamos que es una experiencia de placer que engaña un poco, pero servía como motivación para uno moverse más, o sea, para físicamente dar más.

El sujeto 2, por su parte, dice

Uno expresa más alegría, cuando por ejemplo uno hace un buen partido o cuando consigue un título uno expresa esa alegría con los compañeros, con la familia, con los amigos, te notan más feliz [...] como que físicamente más se nota.

El sujeto 4 dice que siente placer en su tiempo para descansar y para alimentarse.

Respecto a los síntomas psicológicos de placer en el trabajo identificados en los discursos de los sujetos entrevistados, se encontró: aumento de motivación, sentirse tranquilo, con confianza, creer que se está por encima de otros en el equipo, tener una actitud de sentir que se puede conseguir más, de que se puede estar en un mejor equipo y de que se puede ganar más dinero.

Giraldo Cataño (2019) menciona que: “El placer viene acompañado de sentimientos de reconocimiento, identificación, realización, libertad y orgullo como resultado de la tarea efectuada y la cooperación entre pares” (p. 11). Esto se evidencia en la respuesta ya citada del sujeto 1 sobre el trato recibido después de participar en la Selección.

Ahora bien, el sujeto 4 expresa que: “Cuando yo siento placer me siento feliz, me siento como más grande, no en cuerpo, pero

como más agrandado, pues, por decirlo de alguna manera”.

Por su parte, el sujeto 3 dice: “De una vos te sentís como a tope, te sentís satisfecho, tranquilo” y, en este mismo sentido, el sujeto 5 menciona: “pues sí, básicamente eso, alegre, motivado y como con mucha confianza”.

Los síntomas relacionales de placer en el trabajo identificados en los discursos de los sujetos entrevistados son: expresar felicidad con las personas que lo rodean, querer compartir con la familia, las amistades, la pareja y sentirse en un estatus más alto por el reconocimiento de los otros.

Según Giraldo Cataño (2019).

Las manifestaciones de placer y sufrimiento en el trabajo dan cuenta de una elaboración subjetiva y particular de las vivencias laborales en cada sujeto, es decir que con las particularidades individuales (defensas, recursos y estrategias) se afrontan y se resuelven las diferentes experiencias que desencadenan sensaciones de placer o sufrimiento (p. 9)

Sobre la elaboración de una experiencia placentera en términos relacionales, el sujeto 1 afirma:

Quizá eso lo llevaba a uno a sostenerse emocionalmente más en un estado de felicidad, de alegría, y expresarlo uno no solo en la cancha con un balón sino ya en casa con las personas que lo rodean, con los amigos.

Refiriéndose a Dejours (2000), Giraldo Cataño (2019) propone que: “El reconocimiento puede ser dado por cualquier persona que reconozca las particularidades del sujeto en el trabajo” (p. 22). En relación con esto, el sujeto 2 dice lo siguiente

Bueno, de manera social creo que uno se siente un poco halagado porque las personas al ver que a uno le está yendo bien, pues, te dicen como ‘estás jugando bien, te mereces llegar a un equipo mejor’ y son cosas que a vos te ponen a pensar... te agrandás un poquito pero no de manera como déspota sino

que empezás a relacionarte con las personas de una manera mejor porque ya te da un estatus más alto el saber que las otras personas te ven como ‘ah, este man puede llegar a ser importante’, entonces uno tiende como a relacionarse más con las personas por ser un poco más ‘conocido’ entre comillas, y creo que así se maneja y así uno no lo quiera expresar o uno suene agrandado, eso a uno como futbolista, como deportista, como una persona que se está destacando lo hace importante y le gusta.

Identificamos, por otra parte, los siguientes síntomas físicos de malestar en el trabajo: dificultad para moverse, agotamiento, calambres y aumento de la posibilidad de lesionarse. Un sujeto menciona que el dolor físico proviene de pensarlo, siendo este dolor una manera de somatizar el malestar.

En el registro de síntomas corporales, el malestar puede experimentarse en el cuerpo a manera de “trastornos cardíacos, gastrointestinales, músculo-esqueléticos, lesiones por esfuerzo repetitivo; marcas del cansancio por agotamiento físico, la alteración del sueño, la fatiga física y cognitiva, el síndrome de quemarse por el trabajo —burnout—, aletargamiento extremo —karoshi—, etc” (Orejuela Gómez, 2018, p. 115).

El sujeto 1 dice que la manera en que se manifiesta su malestar se ve así: “Falta de motivación, te costaba mover el cuerpo, te costaba como reanimarse, te costaba como encontrar una razón para moverse y eso se hace notar”.

En este mismo sentido, el sujeto 5 manifiesta: “Me siento como cansado, como agüevado,² como dormido, que no salen las cosas, eh, que uno intenta, intenta, intenta y no... te equivocás, te equivocás, te equivocás. En-

² En Colombia el término *agüevado* es una forma vulgar de decir temeroso, miedoso, aterrado, asustado, empavorecido, medroso, pusilánime, cobarde. Considerando la definición de la RAE, *agüevado* [ahuevado] se orienta a sentirse aburrido, fastidiado. También puede referir a sentirse pasmado, aletargado.

tonces te agotás mucho más rápido, también te podés lesionar”.

El sujeto 3 hace alusión a cómo se relacionan las tres subcategorías, los tres registros de síntomas de malestar de la siguiente manera:

[...] esas tres van muy de la mano, por decirlo así porque entonces vos estás hablando de que psicológicamente estás aporreado de la cabeza porque estás en un momento malo, entonces de pronto uno empieza a buscar refugio y se empieza a inventar psicológicamente dolores... ‘no, que me empezó a doler el posterior, que me está doliendo la rodilla’, entonces es como un refugio. Y, por ejemplo, psicológicamente te bajás, te bajás, te ponés a pensar ‘¿esto sí es lo mío?, ¿será que volveré a tener mi nivel?’... entonces relacionalmente no querés hablar con nadie, pues yo, yo, me aparto de la gente, y si me escriben prefiero no hablar y así, y entonces ahí voy a lo físico, entonces como uno se refugia más ‘ah, como me sigue doliendo’ pero mentiras, eso es de la cabeza, que a veces se enferma uno de la cabeza.

Así mismo, algunos de los síntomas psicológicos de malestar en el trabajo identificados en los discursos de los sujetos entrevistados son: desmotivación, desconfianza para jugar, frustración, impotencia, rabia, tristeza, inconformidad, búsqueda de refugio e invención psicológica de dolores físicos, somatización.

En palabras del sujeto 1

Cuando llegué del Mundial y ya como en el Mundial no jugué, digamos que llevaba tres semestres en Equipo 2 y ya digamos que quería ganar más, o irme a otro equipo, entonces digamos que ese semestre en los primeros dos, tres partidos me costó mucho el comienzo porque ya... digamos que ya no tenía la motivación de ‘ah, tengo que jugar muy bien porque me van a llamar a la Selección y tengo que jugar muy bien por otra motivación’ [...] acá alcanzo a recordar dos, tres partidos que jugué no tan bien y estoy casi seguro que era por eso. Se me veía más como muy tranquilo en la cancha, como muy desmotivado, como sin alegría, entonces pienso que esa era la razón.

En cuanto al sujeto 5, nos comparte sus experiencias de malestar en el trabajo de la siguiente manera: “Pues, uno se frustra, siente como impotencia, tristeza, rabia, como uno quiere hacer las cosas bien y no salen”. Es pertinente mencionar que Dejours (2007), citado por Giraldo Castaño (2019), expone que “el trabajo siempre va a traer consigo un nivel de frustración y fracaso” (p. 21).

Finalmente, los síntomas relacionales de malestar en el trabajo identificados en los discursos de los sujetos entrevistados son el silencio y el aislamiento de los demás. Un sujeto mencionó que una manifestación de su malestar en términos sociales dentro del trabajo se presenta como discordia con los hinchas.

Los síntomas son manifestaciones que emergen en el caso del malestar por no reconocerlo, así como menciona, de nuevo, Orejuela Gómez (2018): “Los síntomas son la articulación discursiva del malestar que aspira al reconocimiento” (p. 113).

En palabras del sujeto 1: “Antes era mucho más callado, antes como que el mecanismo era como, no sé, como quedarme callado, o quedarme solo, o no... o salir menos o así.”

Estrategias de defensa ante el malestar en el trabajo

Los trabajadores recurren a estrategias de defensa de orden individual y de orden colectiva para afrontar situaciones de malestar propiamente del mundo del trabajo.

Lo que se encontró respecto a las estrategias de defensa individuales ante el malestar en el trabajo fue de naturaleza variada; es decir, los sujetos nombraron diferentes estrategias individuales para afrontar el malestar, a saber: buscar estabilizarse, volver al principio (recordar por qué inició) y proponerse metas, expectativas, buscar las motivaciones, retroalimentarse de lo que hizo en el partido o en el entrenamiento, ver vídeos de jugadores

referentes, descansar, hablar y apoyarse en un compañero, pasar tiempo solo, meditar; además, un sujeto evita mirar los mensajes que le envían a través de redes sociales.

En palabras del sujeto 1

Yo trataba, como te dije ahora, de volver al principio de las cosas. Entonces de pronto cuando no me sentía motivado, no sé, escribía en una hoja como las metas así que tenía para ese semestre como pa recordarme lo que tenía que lograr en ese semestre o en ese año como para no quedarme hundido ahí en ese problema, que seguramente era un problema muy mínimo y uno en ese momento lo veía quizá grande pa uno y le causaba malestar o aburrimiento o desmotivación. Pues, que yo recuerde esa era como una de las cosas que hacía, como escribir las metas o lo que tenía por cumplir.

Así mismo, el sujeto 5 dice: “Más que todo trato de pensar en lo que quiero, en lo que quiero lograr, eh, en todos los objetivos y en por qué comencé en esto, eh, y sí, básicamente en lograr los objetivos”.

Según el sujeto 4, una de sus estrategias de defensa ante el malestar en el trabajo es apoyarse en un compañero para hablar sobre lo que pasa y otra es tomarse un tiempo para dormir: “Hablar con Compañero 1, eh, me gusta mucho dormir. Cuando tengo malestar me gusta acostarme a dormir. Y yo me acuesto a dormir y me levanto pensando en lo que tengo, pero ya de una forma diferente, más tranquilo”.

En cuanto a las estrategias de defensa colectivas ante el malestar en el trabajo, se identificaron algunas como espacios para conversar con el otro (familia, directores técnicos, compañeros, psicólogo). También se identificaron dos estrategias llamativas: comentarios negativos o despectivos de directores técnicos con la intención de retar al jugador y uso de multas económicas (por ejemplo, cuando se presentan peleas en el equipo). Otra de las estrategias colectivas

que se mencionó fue la de los incentivos económicos. Se identificó que en un equipo no se proponen estrategias de defensa colectiva, según lo menciona el sujeto 4.

Según Aristizábal Gómez y Orejuela (2020), quienes se basan en Dejours: “Las estrategias de defensa colectivas son todas aquellas formas que de manera grupal y recursiva conciben los colectivos de trabajadores para disminuir el monto de desgaste que conlleva lo real del trabajo” (p. 4).

De acuerdo con esto, el sujeto 5 dice

Ahora último nos ha ayudado mucho el psicólogo, de hecho, a muchos compañeros en la parte de la ansiedad, de cuando pasa esto de las frustraciones, y eso. Él nos ha ayudado mucho [...] hacemos reuniones, tratamos de apoyar al que no viene bien para ver qué es lo que pasa, qué es lo que tiene... para así poder sacar su máximo potencial.

Agrega el sujeto 5 lo siguiente: “Y pues, como te digo, lo de los premios... ¿a quién no le gusta o no le motiva cuando le ponen por medio determinada plata o determinadas cosas para poder salir de malas situaciones?”.

Al respecto, estas son las palabras del sujeto 1:

Entre todos cuando las cosas no van bien, el técnico propone reuniones y también fijar las metas o antes de un partido como que ‘este partido lo tenemos que ganar sí o sí’ y todo ese tipo de cosas. También se tuvo técnicos muy motivadores, como que iniciaban todo desde ese punto, desde la motivación, a tratar de mover mucho más al jugador.

Ante la pregunta de qué estrategias de defensa reconoce como las más potentes para afrontar el malestar en el trabajo, el sujeto 1 dijo

Las que más reconozco fueron las menos positivas. Que eran, no sé, tratar de hacerlo sentir a uno menos como para uno sacar esa rabia que le causaba a uno ese tipo de comentarios o ese tipo de cosas, y terminaba

uno como por sacar eso en el partido y le terminaba yendo bien a uno, pero yo considero que no es una estrategia positiva porque, al fin y al cabo, pues, está tocando el ego, por decirlo así, y es obvio que vos vas a tratar de sacar lo mejor de ti, pero pienso que hay mejores maneras.

Cabe destacar que el sujeto 4 difiere de lo que se propone como estrategias de defensa colectivas de la siguiente manera

Es que colectivas, no... como para solucionar un problema, yo creo que no. Porque los asados nunca se hicieron como para solucionar un problema, no. Eso de pronto como para unir, pero que se hayan hecho porque 'no, es que estamos jugando mal y vamos a hacer esto'... no.

Consideraciones finales

Esta investigación describió las experiencias de placer y malestar en el trabajo de un grupo de futbolistas profesionales de equipos antioqueños identificando experiencias, causas y síntomas de placer y malestar, y estrategias de defensa ante el malestar.

En cuanto al valor práctico de este estudio, es fundamental considerar que gracias a la información recolectada se conoce ahora cuáles son las experiencias de placer y malestar en el trabajo de futbolistas, pregunta que no se había planteado previamente en esta población.

La relación sujeto-trabajo-organización fue posible abordarla en el marco de esta investigación gracias a las respuestas de los sujetos participantes. Esos discursos permitieron describir las experiencias de placer y malestar en su trabajo como futbolistas pro-

fesionales, considerando este deporte como una profesión en la que las dinámicas del mercado tienen efectos en el desenvolvimiento de su actividad laboral y, así mismo, el cómo afectan las subjetividades de los futbolistas.

Siendo así el primer paso para continuar estudiando ciertos fenómenos que se presentan en el mundo del trabajo de los futbolistas profesionales, y así mismo posibilitando una futura intervención en salud mental y bienestar humano en el deporte.

Se reconocen limitaciones en la investigación, como que de un equipo profesional antioqueño no aceptaron la invitación a participar de este estudio (de los jugadores contactados, todos rechazaron la invitación). Además, se tomó un futbolista por equipo (de los equipos participantes) y en una sola oportunidad fueron dos los futbolistas de un equipo que hicieron parte.

Como recomendaciones para futuros trabajos investigativos, se recomienda que de cada equipo haya, como mínimo, un sujeto participante. Así mismo, sería adecuado aumentar la cantidad de participantes considerando también las edades: menores de veinte años, por un lado, y mayores de treinta años, por otro. También sería interesante realizar una investigación de este corte con equipos profesionales de otros departamentos, incluso de otros países. Con respecto al género, sería pertinente llevar a cabo esta investigación a la población de futbolistas mujeres. Estas recomendaciones podrían permitir describir un mayor abanico de información respecto a las experiencias de placer y malestar en el trabajo de futbolistas.

Referencias

- Abrahão, J. (1990). A loucura do trabalho. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 10(1), 39. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931990000100012>
- Almirati, R. (2018). *El futuro profesional en el fútbol: Factores de riesgo* [tesis de grado, Universidad República de Uruguay]. Sistema de Información de la Facultad de Psicología. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/rafael_almirati_tfg_final.pdf
- Aristizábal Gómez, L. y Orejuela, J. J. (2020). Vivencias de placer y sufrimiento en la formación de un grupo de doctorandos de la ciudad de Medellín. *Revista TrabalhoEnCena*, 5(1), 285-308. 10.20873/25261487V5N1P285
- Blanch i Ribas, J. M. (2007). Psicología Social del Trabajo. En M. A. Aguilar y A. Reid, *Tratado de Psicología Social. Perspectivas Socioculturales* (pp. 210-238.). Anthropolos–Universidad Autónoma Metropolitana.
- Cabrera, P. (2005). *El concepto de trabajo en psicoanálisis* [ponencia]. VI Jornadas Clínicas de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile.
- Dejours, C. (2000). Psicodinámica del trabajo y vínculo social. *Revista Actualidad Psicológica*, 274(4) 2-4. <https://bit.ly/3gFAqgR>
- Gañán Moreno, A. (2020). *Vivencias de placer y sufrimiento en el trabajo de un grupo de periodistas de la ciudad de Medellín* [tesis de grado, Universidad EAFIT]. Repositorio EAFIT. <http://hdl.handle.net/10784/16056>.
- Giraldo Cataño, D. (2019). *Placer y sufrimiento en el trabajo: estudio de caso de un sujeto en entidad financiera* [tesis de doctorado, Universidad de San Buenaventura]. Repositorio Institucional Universidad de San Buenaventura. <https://bit.ly/34570ni>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucío, M. d. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana de Editores.
- López Noguero, F. (2002). *Análisis de contenido como método de investigación*. XXI(4), 167-179. https://www.researchgate.net/publication/277991711_El_analisis_de_contenido_como_metodo_de_investigacion
- Orejuela Gómez, J. J. (2018). *Clínica del trabajo: El malestar subjetivo derivado de la fragmentación laboral*. Editorial EAFIT-San Pablo.
- Real Academia Española. (2021). Ahuevado, da. [En línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/ahuevado>
- Roik, A. y Pilatti, L. A. (2009). Psicodinâmica do trabalho: Uma perspectiva teórica. *XXIX encontro nacional de Engenharia de Produção. A Engenharia de Produção e o Desenvolvimento Sustentável: Integrando Tecnologia e Gestão*. <https://bit.ly/3krqFKd>

ps̥cœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 15, Nº 26, enero-junio 2021



Conceptualizaciones de salud mental y covid-19: reflexiones situadas para Colombia¹

Conceptualizations of Mental Health and Covid-19: Reflections Situated for Colombia

MARICELLY GÓMEZ VARGAS^A

Universidad de Antioquia, Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-2389-7821>

ISABEL CRISTINA JARAMILLO ARANGO

Universidad de Antioquia, Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-5321-7498>

JUAN FELIPE GIRALDO OSORIO

Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-7890-5377>

CAROLINA SUÁREZ MARTÍNEZ

Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-0075-3697>

^AAutor de correspondencia: maricelly.gomez@udea.edu.co

Recibido: 18 febrero 2021 • Aceptado: 1 julio 2021 • Publicado: 9 agosto 2021

Cómo citar este artículo: Gómez Vargas, M., Jaramillo Arango, I.C., Giraldo Osorio, J.P. y Suárez Martínez, C. (2021). Conceptualizaciones de salud mental y covid-19: reflexiones situadas para Colombia. *Psicoespacios*, 15(26).
<https://doi.org/10.25057/21452776.1389>

¹ El manuscrito se deriva de la tesis de doctorado de la autora principal que se encuentra todavía en ejecución. La investigación de doctorado de la autora principal tiene financiación del Grupo COIMBRAS y la Organización de los Estados Americanos, becas 2018.

Resumen

En este artículo de investigación se revisan las perspectivas teóricas, técnicas y filosóficas de la salud mental, considerando las semejanzas entre el escenario del conflicto armado en Colombia y el aislamiento social ocasionado por la pandemia de la covid-19. Metodológicamente, se aplica la referencia cruzada en un artículo de la profesora Hernández Holguín del cual se seleccionan 10 documentos; se agrega información de sitios web de instituciones gubernamentales encargadas de la salud mental y la covid-19 en Colombia. Prepondera el análisis temático para debatir y validar en plenaria las interpretaciones y los hallazgos, en los cuales se evidencia que los desarrollos conceptuales de la salud mental son complementarios, destacándose entre ellos el énfasis en las relaciones sociales como dimensión de la salud mental propuesto por Martín Baró. Se concluye que es necesario promover en los mensajes oficiales sobre el cuidado de la salud mental en tiempos de pandemia las comprensiones de la salud mental centradas en los vínculos sociales y su resignificación en la vida cotidiana.

Palabras clave: Colombia; pandemia; salud mental; tejido social.

Abstract

This research article reviews the theoretical, technical and philosophical perspectives of mental health, considering the similarities between the scene of the armed conflict in Colombia and the social isolation caused by the covid-19 pandemic. Methodologically, the cross-reference is applied in an article by Professor Hernández Holguín from which 10 documents are selected; information is added from websites of government institutions in charge of mental health and covid-19 in Colombia. The thematic analysis prevails to debate and validate the interpretations and findings in plenary, in which it is evidenced that the conceptual developments of mental health are complementary, highlighting among them the emphasis on social relations as a dimension of mental health proposed by Martín Baró. It is concluded that it is necessary to promote in the official messages on mental health care in times of pandemic understandings of mental health focused on social ties and their resignification in daily life.

Keywords: Colombia; Epidemic; Mental Health

Introducción

*Al ser la salud algo naturalmente
inherente al hombre, no se explica ni
quiere ser explicada*

STEFAN ZWEIG (2020, p. 6)

Desde su declaración como problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la pandemia por la covid-19 ha generado amplios debates en diversas áreas del conocimiento (Uribe-Tirado et al., 2020). Han sido discutidas las consideraciones económicas, políticas, sociales, filosófi-

cas, psicológicas y científicas asociadas a las medidas de aislamiento social con impacto en distintos sectores de la población. Respecto a la salud mental en este escenario, muchas han sido las comunicaciones, campañas y mensajes transmitidos en medios virtuales, sea por entes oficiales o asociaciones gremiales, que para el caso de Colombia están representadas en el Colegio Colombiano de Psicólogos, las asociaciones de médicos, el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros.

Ante esta coyuntura surgen dos preguntas principales: ¿cuáles son los conceptos que

los saberes de la ciencia y la filosofía tienen de la salud mental y sus relaciones con las instancias decisorias en la implementación de políticas públicas? y ¿cuál es la pertinencia de dichos conceptos en relación con la realidad de los contextos sociales que, como el nuestro, han sido transversalizados por situaciones de conflicto armado permanente y que ahora se complejizan por lo provocado con la emergencia social de una pandemia? Este artículo de revisión tiene como objetivo describir las conceptualizaciones de salud mental situadas para Colombia teniendo en cuenta el contexto actual de la pandemia de la covid-19, pero sin perder de vista el trasfondo del conflicto armado colombiano que todavía no acaba. Por eso abordamos de forma específica lo que se comprende como salud mental de acuerdo con las particularidades y las relaciones que se dan entre ambos escenarios. Presentamos un primer apartado que sintetiza la historia del conflicto armado colombiano y su vínculo con el modelo económico neoliberal. Después, una descripción de las perspectivas de salud mental destacadas en las referencias consultadas; luego llevamos estas discusiones conceptuales al ámbito de la salud pública, señalando algunos ejemplos concretos de la realidad cotidiana en el marco de la violencia política en Colombia. Finalizamos con algunas ideas sobre la salud mental, sus discursos y prácticas actualizadas a la pandemia por la covid-19 en nuestro país.

Método

El método para la escritura de este texto consistió en una revisión de tema que integró únicamente la técnica de la referencia cruzada aplicada al artículo “Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia” de la profesora de la Universidad de Antioquia Dora María Hernández-Holguín

(2020). Esta técnica, por ejemplo en Giraldo Osorio (2018), se usa para completar la lista de referencias con artículos adicionales a los obtenidos en un primer barrido. En nuestro caso, la referencia cruzada permitió directamente la obtención de bibliografía de un texto que cumplía con los siguientes criterios: abordaba la discusión sobre los conceptos de salud mental, se adscribía al contexto de Colombia, su autora es de nacionalidad colombiana y fue publicado en el año 2020. En su lista de referencias Hernández-Holguín (2020) tenía un total de 63 textos, a los cuales les aplicamos los mismos criterios de pertinencia, actualidad y contextualización, obteniendo un total de 10 documentos. Finalmente, añadimos tres textos que fueron citados frecuentemente en las referencias seleccionadas, constituyéndose así en una doble referencia cruzada.

Como complemento a la anterior selección de textos sobre el tema de la salud mental, y debido a nuestro interés en articularla con la reciente aparición de la covid-19 en Colombia, fue necesario acudir a fuentes documentales de dominio público (Spink et al., 2014); por eso se realizaron búsquedas intencionadas en los sitios web de las instituciones gubernamentales y gremiales que podían contribuir con el tema y en algunos medios de comunicación de carácter periodístico. También fueron reseñadas publicaciones extranjeras de 2020 que contribuían a la reflexión sobre la salud mental y la covid-19. Para el apartado sobre la violencia en Colombia se añadieron otras bibliografías que no fueron obtenidas del método de la referencia cruzada puesto que no eran relativas específicamente a la salud mental. El presente texto se soporta en la lectura y análisis temático de esta bibliografía (Vázquez Sixto, 1996), discutida colectivamente entre el equipo de autores en encuentros regulares durante 6 meses para la definición conjunta de las ideas aquí sistematizadas.

Las reflexiones fueron socializadas y validadas al interior del Grupo de Investigación en Farmacodependencia y Otras Adicciones de la Universidad Católica Luis Amigó en una de sus reuniones académicas.

Resultados

Conflicto social en Colombia y neoliberalismo

Es necesario que entendamos la salud mental en Colombia en el marco de nuestro contexto histórico, social y económico. En este sentido, es perentorio aludir a la violencia de más de 50 años en el país, es decir, aquella por la que ya varias generaciones han pasado hasta hoy. Pero todo ello será vinculado también a los discursos económicos del neoliberalismo, reconociendo así la compleja red de relaciones entre los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales y las comprensiones y prácticas en salud y salud mental. Desarrollamos en una primera parte este tema porque consideramos que, si bien la actual preocupación se concentra en la crisis social y sanitaria generada por la pandemia de la covid-19, no podemos omitir las marcas históricas que nos caracterizan como país con un conflicto armado sin resolver, y debemos actualizarlas constantemente a los hechos que nos aquejan en la sociedad colombiana. Esto tiene sentido en la delimitación que proponemos sobre la salud mental y las formas como la concebimos, siendo algunas de ellas las que orientan las decisiones políticas en materia de salud pública.

Se reconoce el 9 de abril de 1948, día del asesinato del candidato presidencial Jorge Eliécer Gaitán, como una de las fechas históricas que marcaron el aumento de una violencia ya iniciada desde los años 30 a raíz de las transiciones entre los gobiernos representados por los partidos Liberal y Conservador

(Cartagena, 2016; Obando Silva et al., 2016). Para afrontar la situación se da lugar a la dictadura de Gustavo Rojas Pinilla en los años 50, que durará poco pues posteriormente la Alianza Nacional Popular (ANAPO) obligará a los partidos tradicionales a firmar un pacto para terminarla. De este modo, los dirigentes que lo habían subido al poder fueron los mismos que buscaron su caída, pretendiendo con ello que los intereses personales primaran por encima de los derechos del pueblo. Después de esto se aprueba en los años 60 el Frente Nacional, que consistió en el poder intercalado de cuatro años entre conservadores y liberales. Esta disputa de poderes es considerada una de las principales causas del conflicto armado en Colombia, puesto que fue en dicha época en la que surgieron las guerrillas y posteriormente los paramilitares para contrarrestarlas. Se suma a esto el negocio del tráfico de marihuana en los años 70 y de coca en los años 80 del siglo xx (Obando Silva et al., 2016).

Durante la década de 1980 se da el primer proceso de paz en el gobierno de Belisario Betancur, negociaciones culminadas con la toma del Palacio de Justicia por parte del M-19. De forma paralela a los intentos de negociación de paz, con Betancur en los 80 y con Pastrana en los 90, se consolidan los grupos paramilitares mediante algunas normativas que avalaban subrepticamente la violación a los derechos humanos supuestamente para detener el conflicto armado. Entre ellas se destaca la Ley 48 de 1965 que protegía a los paramilitares, derogada en 1989 y retomada en los Decretos 2535 de 1993 y 356 de 1994 (Obando Silva et al., 2016).

Estos hechos políticos, y la estrecha relación con la violencia y sus consecuencias en la sociedad colombiana, se complejizan cuando a la crisis emergente de todo ello se la pretende amortiguar aplicando el modelo del capitalismo liberal o neoliberalismo por mandato del gobierno de César Gaviria (1990-

1994) (Ahumada, 2002). El neoliberalismo proviene del liberalismo clásico que nace los siglos XVII y XVIII como una herramienta de los burgueses contra los señores feudales para reclamar los derechos naturales que durante mucho tiempo les fueron negados por la nobleza (Moreno Viafara, 2010). En el neoliberalismo se promueven las medidas para la privatización de las entidades públicas y el acceso al mercado globalizado para el consumo de bienes y servicios que incentiva la deuda individual (Guerra, 2006). Según Guerra (2006), los estados latinoamericanos aceptaron las condiciones impuestas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional para sortear el déficit fiscal y las demás deudas, impactando así las dinámicas políticas y sociales de los países que perdieron autonomía para manejar los recursos, propiciando rápidamente una mayor desigualdad social (Rico Velasco, 1997; Moreno Viafara, 2010).

Teniendo como base lo anteriormente expuesto, asumimos el reto de aproximarnos a las concepciones de salud mental identificadas en la bibliografía producida por autores colombianos, en quienes hay alusiones a discursos extranjeros leídos a la luz del contexto específico, diverso y complejo de Colombia.

Conceptualizaciones de la salud mental

La salud mental ha tenido distintas concepciones a través de los años, lo que ha implicado que sean varias las versiones, no necesariamente excluyentes entre ellas. Como fenómeno de interés científico, académico y social, la salud mental no requiere una definición exclusiva y única, ella ha sido reconocida como concepto (Hernández-Holguín, 2020), campo (Mendoza Bermúdez, 2009), conjunto de discursos (Guinsberg, 2007), estado (Congreso de la República, Ley 1616, 2013; OMS, 1950), noción (Miranda Hiriart, 2018), entre otros.

Por eso, dar cuenta de los desarrollos que sobre ella han existido en diversas áreas del conocimiento, facilitará su abordaje y actualización al contexto colombiano respecto a la covid-19.

Es difícil determinar una cronología para describir las perspectivas conceptuales de la salud mental, pues algunas se superponen entre sí, otras retoman elementos de épocas antiguas para basar sus nuevas nociones y, en general, se trata de una interminable red de autores que en diferentes temporalidades, contextos y lugares se han propuesto explicar este complejo fenómeno. Cabe aquí distinguir entre las contribuciones del autor y el uso que de ello hacen los sistemas políticos, sociales y disciplinares para constituirse en discurso, en su sentido de uso institucionalizado del lenguaje, es decir, gestado en estructuras de poder para regular las conductas y las prácticas sociales (Spink y Medrado, 2013). Con base en esto, advertimos que las perspectivas conceptuales de la salud mental presentadas a continuación son discursos situados histórica y culturalmente, de manera que ninguna de ellas se considera superior a las demás o una verdad absoluta. Nos ceñiremos al orden propuesto por Hernández-Holguín (2020) para presentarlas; ellas son las perspectivas biomédica, del bienestar y las potencialidades, cultural, psicosocial y de la determinación social.

La salud mental para el modelo biomédico está enfocada en el estudio de lo normal y lo patológico teniendo como criterio de normalidad la ausencia de enfermedad o desórdenes cerebrales; es decir, la funcionalidad o disfuncionalidad de un sujeto se determina por sus condiciones biológicas y orgánicas (Restrepo y Jaramillo, 2012; Hernández-Holguín, 2020). Interesados en construir una concepción de salud mental diferente a la propuesta por el modelo biomédico, surgen los modelos del bienestar y las potencialidades. Estos tienen sus inicios con el trabajo de

Marie Jahoda y su modelo de Salud Mental Positiva (SMP) en 1958. Jahoda presenta un modelo compuesto por seis dominios: actitudes hacia ti mismo, integración, autonomía, percepción de la realidad, crecimiento-autoactualización y dominio del entorno, que, relacionados entre sí podrían brindar a cada sujeto mayores niveles de felicidad y bienestar, principales indicadores de salud mental, independientemente de la presencia o ausencia de un trastorno (Muñoz et al., 2016; Miranda Hiriart, 2018).

Así pues, la propuesta de Jahoda se complementa con el modelo de bienestar psicológico-eudaimónico propuesto por Caroll Ryff (1989), que a diferencia del bienestar subjetivo-hedónico (Diener, 1984) que supone un óptimo funcionamiento humano a partir de la producción de emociones de placer, enfatiza más en una búsqueda continua de la realización del potencial de la persona (Muñoz et al., 2016). Finalmente, se destaca el modelo de bienestar social propuesto por Corey Keyes (1998) que valora las circunstancias y el funcionamiento de la sociedad, teniendo en cuenta el tejido social, las relaciones interpersonales y aspiraciones colectivas; además, el grado en que el entorno social se percibe como un estímulo al desarrollo personal (Muñoz et al., 2016; Hernández-Holguín, 2020; Blanco y Díaz, 2005).

Si bien en ambos modelos al individuo se le reconoce como perteneciente a una sociedad, sus respuestas, comportamientos o la potencialización de sus capacidades depende solo de él, dejando de lado la posible influencia que tendrían algunas circunstancias, por ejemplo, la violencia, la vulneración de derechos, la falta de oportunidades económicas, laborales, educativas y sociales. En coherencia con estos intereses surge la perspectiva representada por la psiquiatría transcultural, que asume la relación salud-enfermedad en función de las creencias culturales, es decir, de sus sistemas de signos, significados y prác-

ticas, los cuales están inmersos en un contexto socioeconómico, político e histórico (Hernández-Holguín, 2020).

En la misma línea del modelo cultural, el enfoque psicosocial, asociado por Hernández-Holguín (2020) a la obra de Martín-Baró (1984) y a los paradigmas crítico y dialéctico, se centra en una comprensión y abordaje de la salud mental sostenida en la continuidad dialéctica y relacional entre individuo y sociedad, esto es, que las personas y comunidades tengan capacidad de agencia, autonomía en las decisiones, sean satisfechas las necesidades básicas, los derechos vulnerados restablecidos y, en especial, que se reconozca la transversalidad de la desigualdad social, económica y política que se despliega en el ámbito comunitario. Se suma a esta tendencia social de la salud mental, la teoría de la determinación social que, unida a las corrientes de la medicina social y de la salud colectiva, surge como oposición a la salud pública tradicional con el objetivo de integrar los aspectos estructurales de la sociedad para entender la salud (Almeida-Filho y Paim-Silva, 1999, citados en Hernández-Holguín, 2020).

Si bien se ha tratado hasta ahora de la salud mental soportada en modelos teóricos diversos, también ha sido abordada como un concepto técnico, es decir, operacionalizado y divulgado por la OMS. Aunque Lopera Echavarría (2012) le adjudica a este tipo de definición una connotación política e ideológica, porque nació después de la Segunda Guerra Mundial con miras a evitar nuevas guerras y motivar la solidaridad entre los países, llama la atención que ella ha tenido su propio desarrollo y ha sido reinterpretada según las necesidades de los gobiernos para ajustarla a las políticas económicas.

Por ejemplo, en 1950 el recién creado Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS sostuvo en una de sus reuniones que la salud mental es la capacidad del individuo para establecer relaciones sociales armonio-

tas, modificar su entorno físico y obtener satisfacción integrada y equilibrada de los instintos; “implica además que un individuo ha desarrollado su personalidad de modo que le permita hallar para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto, expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades” (OMS, 1950, p. 2). ¿Acaso esto no coincide con lo sugerido por los modelos del bienestar y las potencialidades que aparecerán a finales de los años 50 y que se aleja de la versión tradicional del modelo biomédico?

Es claro que para esa fecha los términos se fundamentan en las discusiones académicas propias de la época, y ello implicará posteriores reformulaciones. De allí que en 2001 la OMS cambie en la definición de salud mental el énfasis por las relaciones armoniosas y las potencialidades, para priorizarla como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades para el afrontamiento de situaciones cotidianas, sea productivo y contribuya a su comunidad, aspectos también destacados en la Ley colombiana de salud mental, 1616 de 2013. Desconocemos a qué se debe el cambio en el énfasis, pero nótese que en la definición de 1950 no hay alusión a la productividad; nos preguntamos si ello se relaciona con el imperativo de los discursos económicos del neoliberalismo que se consolidaron años después.

Añadimos a la discusión sobre los conceptos de salud mental las perspectivas filosóficas; entre ellas, la propuesta de Lopera Echavarría (2012) para entenderla como un saber práctico e intuitivo (*doxa*) al que aportaría más la filosofía que la ciencia. Sin embargo, las reflexiones filosóficas sobre la sabiduría práctica y el despliegue armónico del ser que fundamenta Lopera Echavarría en Platón, Aristóteles, Gadamer, Canguilhem y Foucault, coinciden con varios elementos expresados en la definición de la OMS de 1950: ser dueño de sí mismo y de los ins-

tintos, capacidad de modificar el entorno e instituir nuevas normas y expresión armónica de las potencialidades. ¿Podría pensarse que la concepción de salud mental del Comité de Expertos en 1950 está fundamentada en la filosofía y por tanto sería mucho más que una definición técnica con pretensiones políticas como señala la crítica de Lopera Echavarría? De ser así, esto implicaría que la salud mental definida por la OMS y la concepción filosófica de la sabiduría práctica podrían asemejarse, pues en ambas el eje central está en el reconocimiento de las capacidades para el despliegue armonioso del ser en su relación con los otros, sin ignorar la importancia de las condiciones sociales e históricas para dicho proceso. Con esto evidenciamos la yuxtaposición entre los saberes producidos por la ciencia y sus fundamentaciones filosóficas, que en este caso se reflejan en la articulación estrecha entre los modelos del bienestar representados inicialmente por Jahoda y las reflexiones de la filosofía que Lopera Echavarría rescata en Platón y Aristóteles para sostener su apuesta por la sabiduría práctica retomando a Foucault (Miranda Hiriart, 2018).

En la misma dirección de una fundamentación filosófica para entender la salud mental, introducimos el modelo de las capacidades planteado por Amartya Sen. Este enfoque alude a las posibilidades que tiene una persona para elegir el tipo de vida representada como valiosa, y para tomar, con base en la libertad, decisiones sobre sus metas, objetivos y, en general, sobre la vida misma (Restrepo-Ochoa, 2013). De él se desprenden asuntos relacionados con la vida buena y el pluralismo valorativo, la expansión de la libertad, la concepción de persona como agente y el reconocimiento de la visión de salud que cada individuo tiene según su objetividad posicional.

Con base en esto, la salud sería imposible de definir objetivamente, puesto que ella responde a las valoraciones diversas de cada

humano, así sean divergentes al discurso dominante de la salud como ausencia de enfermedad promulgado por el modelo biomédico. Respecto a la libertad, cada persona tiene autonomía para comportarse de acuerdo con su valoración de la salud, pero al mismo tiempo el Estado debe otorgar las oportunidades materiales para que se haga posible, por ejemplo, querer hacer deporte en espacios dispuestos para ello; de esto se desprende la capacidad de acción y agencia que tiene el sujeto en su dimensión racional, social y política para su propio bien y el de los otros, exigiendo al gobierno la garantía de sus derechos.

Finalmente, Sen propone el término objetividad posicional, para aclarar que, si bien el concepto de salud es determinado por cada individuo, este debe considerar tanto las visiones externas del saber experto del médico o del epidemiólogo, como las percepciones que las personas tienen de la salud. Este razonamiento ético es una forma de mediar entre la imposición de un discurso hegemónico centralizado en la ciencia y la decisión arbitraria por parte del individuo para decidir qué es bueno y de valor para él; de allí que Sen no se interese por una definición predeterminada y única de la salud sino por el reconocimiento de la diversidad en las valoraciones individuales respecto a ella, además de la capacidad para procurar el bien de los otros (Restrepo-Ochoa, 2013). En este escenario, la salud sería un objeto de preocupación de la racionalidad pública, de modo que el Estado se responsabilice por brindar las condiciones para que los sujetos desarrollen sus capacidades y puedan tener participación política en las discusiones para determinar lo bueno o conveniente para la salud de las poblaciones.

Amartya Sen posibilita una idea de salud pública distinta a la oficial, la cual, unida a la salud positiva, estaría orientada hacia la calidad de vida de las personas, no desde el bienestar sino desde la posición subjetiva del buen vivir y de la construcción propia de

hábitos, prácticas y comportamientos que integren ese significado, relacionado también con la creencia particular de salud. En este sentido, el compromiso ético de la salud pública no se limitaría a la asistencia sanitaria, ni a lo que Granda (2000) denuncia como enfermología pública, sino que debe ser consecuente con las capacidades de los sujetos para traducir el acceso a la salud en una oportunidad real, instalándose así en un terreno de justicia social, lo que implicaría el reconocimiento del entorno social, político, económico y cultural que los rodea.

Las ideas desarrolladas hasta aquí nos permiten proponer, para efectos pedagógicos, una clasificación de las visiones de la salud mental, diferenciadas según su sustento en: teorías de las ciencias sociales y de la salud, tales como la sociología funcionalista, la psicología crítica, la antropología cultural y la salud colectiva (Hernández-Holguín, 2020; Arias López y Hernández Holguín, 2020); planteamientos de la OMS (1950, 2001); y en conceptos de base filosófica (Lopera Echavarría, 2012; Restrepo-Ochoa, 2013). Reiteramos la validez de cada una de ellas y añadimos a este texto las reflexiones sobre el lugar de la salud mental en el escenario de la salud pública teniendo en cuenta las particularidades del contexto colombiano.

La salud mental en el escenario de la salud pública en Colombia

Según Restrepo-Espinosa (2012), cuando se da la relación entre salud mental y prácticas políticas, surge lo que se conoce como salud mental pública. Esto hace referencia al campo de la salud que trasciende las fronteras de la ciencia para orientar la toma de decisiones políticas con incidencia en las comunidades y los sujetos. Así, los discursos sobre la salud mental son usados para definir la forma de gastar los recursos públicos en poblaciones e individuos específicos predefinidos como

vulnerables, frágiles o en riesgo, y sobre ellos recaerá el ejercicio de poder del Estado biopolítico, es decir, de aquel que gobierna sobre la vida y lo viviente. Desde este punto de vista, la salud pública es un campo epistemológico de frontera entre el saber, el Estado, la economía y el poder (Restrepo-Espinosa, 2012).

Soportada en lo anterior, Restrepo-Espinosa (2012) cuestiona la atención diferencial en salud mental, pues se reconocen vulnerabilidades según el tipo de personas. Por ejemplo, si son víctimas del desplazamiento forzado, van a requerir un trato especial distinto al de otros grupos poblacionales en riesgo psicosocial. Sin embargo, esta característica propia de la gubernamentalidad contemporánea se basa en que dicho discurso de atención diferencial normaliza un sufrimiento y naturaliza la relación entre víctima, pobre y excluido. Siendo así, las víctimas del conflicto se ven obligadas a cumplir con unos requisitos y gracias a estos acceder a sus derechos, los cuales, independiente de su condición de vulnerabilidad deberían ser una garantía para todos. En esta dirección, Arias López (2013) aclara que el sufrimiento no es una enfermedad y atender a quien sufre desde otras categorías y no solo desde el trauma, permite valorar sus recursos propios y redes de soporte, que constituirían también la salud mental.

Sin embargo, los poderes políticos ajustan a sus prácticas reguladoras la versión de la salud mental que más les conviene. Ejemplo de esto, será lo que el movimiento de higiene mental estadounidense incentivará a finales de la Primera Guerra Mundial por mandato del gobierno de turno, para proveer tratamiento psiquiátrico a los soldados que volvían de la guerra con síntomas de estrés postraumático y cuyas bajas representaban un alto costo para el país, además del interés en corregirlos en ciertas conductas para la adaptación al medio social (Lopera Echavarría, 2012). Para el caso de Colombia y el

conflicto armado, esta lógica se despliega de la misma manera por medio de la ley de víctimas (Congreso de la República, Ley 1448, 2011), que exige a las personas su condición exclusiva de víctima, vulnerable y en riesgo, para que pueda ser beneficiada y atendida por el Sistema General de Salud y demás servicios del Estado.

En ambos escenarios la salud mental es para el Estado ausencia de enfermedad, y supedita a la aparición de esta el acceso a la atención. No obstante, las alteraciones de la salud mental no se deben solo al conflicto armado en sí mismo, sino a las circunstancias de inequidad y corrupción motivadas por los mismos gobernantes. Sucede que a las víctimas de estos hechos, casi por expiación, se les otorga en apariencia un trato especial, desconociéndose la complejidad y confluencia de diversos fenómenos. Comprender esto podría contribuir a la reflexión conceptual sobre la salud mental, toda vez que los discursos científicos o filosóficos requieren de una permanente discusión y actualización, pues el uso que de ellos se hace en las prácticas políticas, y en especial en la biopolítica, tiene efectos contraproducentes de exclusión y control social, más que de libertad para las comunidades.

Reconociendo la delicada línea que divide los discursos políticos y científicos sobre salud mental cuando se trata de su aplicabilidad en las vidas reales de los individuos, nos preguntamos cómo sus conceptualizaciones podrían relacionarse con fenómenos cotidianos de la vida característicos del contexto colombiano, por ejemplo, la violencia política y el conflicto armado. En el marco de estas situaciones, Arias López (2013) sostiene que la hegemonía del discurso biomédico para referirse al trauma y al síndrome de estrés postraumático como la única explicación etiológica válida ha obturado la posibilidad de los Estados para incluir en sus enfoques de atención la naturaleza colectiva que tiene

la guerra, sea entre naciones o producto de enfrentamientos internos de los países, como es el caso de Colombia. De ahí que nociones como trauma psicosocial, sugerido por Martín-Baró, y sufrimiento social basado en la antropología permiten una ampliación a la mirada biomédica del trauma. La primera encuentra en el socavamiento de las relaciones sociales el principal efecto de la guerra en la salud mental, entendiéndose así que esta es una dimensión de las interacciones sociales desplegada en la capacidad colectiva de amar y trabajar (Martín-Baró, 1984). Desde la perspectiva antropológica, el sufrimiento, similar a lo descrito por el modelo cultural, tiene en cuenta las influencias de los poderes macrosociales —economía, política— en los niveles microsociales de las relaciones interpersonales —familia, pareja, comunidad— (Arias López, 2013).

Lo anterior, nos lleva de nuevo a las aproximaciones basadas en las teorías individualistas y sociales, y aunque se evidencian como dos polos opuestos, destacamos las posibilidades de complementariedad entre los diversos énfasis. Siendo esto último importante, es más relevante el compromiso ético y político de los investigadores en la permanente autocritica de sus propias prácticas científicas y marcos comprensivos y explicativos, puesto que ya fue notorio el uso que del conocimiento científico se hace en las instancias decisorias de la política pública. Desafío que comienza a vislumbrarse en los argumentos de las autoras aquí revisadas (Restrepo-Espinosa, 2012; Hernández-Holguín, 2020; Arias López, 2013), quienes ven en el enfoque psicosocial de la salud mental inspirado en las reflexiones de Martín Baró (1984) el más pertinente para Colombia, así todavía no aparece en los discursos de la política pública en el país.

Y si bien este detalle no aparece en la Ley 1616 (Congreso de la República, 2013), en la Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) realizada en población colombiana se introduce el modelo de espectro-continuum que diferencia varios términos: la *salud mental* como asunto de relaciones, los *problemas en salud mental* referidos a dificultades de la vida cotidiana y el *trastorno mental* según los criterios clínicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM). De estas tres denominaciones subrayamos la *salud mental* soportada en las categorías subjetiva-relacional y social colectiva. Lamentablemente no se encuentra en este documento un referente teórico que las explique, pero vemos necesaria su articulación con lo ya puntualizado por la OMS (1950) y Martín-Baró, pues lo que se deduce de los resultados de este estudio es el interés por las relaciones sociales en los ámbitos interpersonal e intrapersonal.

Ahora bien, ¿cómo ese énfasis en las relaciones sociales puede materializarse en la realidad de las comunidades en Colombia? Para responder a esto, retomamos dos investigaciones de Beatriz Elena Arias López con poblaciones campesinas del oriente antioqueño, en Colombia (2014, 2016). En su estudio de 2014, ella identificó los actos de resistencia de estos grupos sociales ante los escenarios del conflicto armado prolongado, destacando que han sido respuestas creativas que potenciaron sus capacidades transformadoras. Algunas de las prácticas de resistencia consistían en reunirse y hablar con los jóvenes para que se negaran a ingresar a los grupos ilegales, no usar el color negro o verde en la ropa, llegaban a acuerdos tácitos para responder a lo que la guerrilla esperaba escuchar, se autoimpusieron colectivamente el toque de queda voluntario, y ante situaciones más amenazadoras, recurrían al silencio y a las prácticas religiosas en familia o pequeños grupos.

Otro modo de entender la abstracción propia a las concepciones sociales de la salud

mental se cimenta en elementos concretos tales como la riqueza cultural, las redes de apoyo social, las condiciones de vivienda y alimentación de las personas y sus sistemas simbólicos para entender y afrontar los conflictos sociales del país (Arias, 2016). En este estudio, Arias denuncia que la deuda histórica de una reforma agraria en Colombia ha obligado a los campesinos a construir de manera colectiva nuevos sentidos alrededor de la producción de alimentos, surgiendo así la soberanía campesina alimentaria para generar alternativas económicas que tengan como base los saberes comunitarios sobre las semillas, el uso de la tierra, la distribución, venta y preparación de alimentos. Las capacidades y el rol activo de este grupo social le han posibilitado mantenerse autónomo respecto a los poderes políticos y económicos para tener una vida digna, develando procesos específicos de salud mental en el contexto de las relaciones.

Lo que llama la atención de estos ejemplos es que la salud mental no la tiene un individuo o grupo en el sentido de posesión o de condición interna o externa que la determina; para estos casos, la salud mental aparece como un efecto del cuidado que los campesinos se proponen hacer de manera individual o conjunta por medio de prácticas concretas para minimizar la angustia ante situaciones de violencia social. Cabe añadir que ese efecto permite a la persona o grupo una modificación del entorno para adaptarse y continuar con su cotidianidad sin que precise del calificativo normal, pues ¿qué puede serlo cuando la vida está en permanente riesgo durante un conflicto armado inacabado?

Salud mental y covid-19

En Colombia, desde que en la primera semana de marzo de 2020 se detectara el primer caso de covid-19, se abrió, como en todos los demás países, un debate sobre las decisiones que debían tomarse (Rodríguez Pinzón,

2020). Dichas medidas propiciaron cambios y alteraciones en las dinámicas sociales, políticas y económicas que influyeron en las personas y sus territorios. Por ende, contribuiré a la reflexión conceptual realizar una lectura de lo expuesto hasta aquí en materia de salud mental a la luz de lo que sucede con ocasión de la pandemia. Es importante considerar que los discursos en los que se posicione el cuidado de la salud física y mental cobran especial relevancia para comprender cómo se direccionan las medidas de atención establecidas por el Gobierno en la problemática sanitaria por la covid-19 (Gómez, 2020).

En primer lugar, se esperaría que este tipo de emergencias fueran afrontadas desde aquello que la Declaración de Alma Ata (Conferencia internacional sobre atención primaria en salud, 1978) definió como atención primaria en salud, la cual consiste en una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías puestas al alcance de toda la comunidad, con costos accesibles para la misma que formen parte tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo socioeconómico de la sociedad en general. Sin embargo, Villarroel (2020) señala que el hospitalo-centrismo y el paternalismo biomédico, ambos términos centrados en la patología y la normalidad o anormalidad orgánica, están arraigados en las organizaciones que velan por la salud de los ciudadanos, en las cuales “la atractiva muerte contable siempre está más cerca de los hospitales que de la atención primaria” (p. 32).

En este sentido, se observa que en Colombia la atención primaria en salud no cumple con la cobertura que debería tener, demostrando que es la prevención terciaria, centrada en el tratamiento y la rehabilitación, la que ha primado (Montenegro Grisales, 2015; Franco, 2012). Esto evidencia una predominancia de la salud mental en su acepción biomédica, a lo que se suman las falencias de un sistema de salud que para

el caso de la prevención del contagio por la covid-19 ha incentivado el autocuidado, sin reconocer la corrupción y desigualdad social que ha caracterizado a los mandatos locales, regionales y nacionales.

Respecto al autocuidado de la salud mental, los documentos publicados en la web por el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) y otros autores (Castro Camacho, 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020) promueven acciones principalmente individuales para evitar la ansiedad, el estrés o la depresión, suscitadas o incrementadas a causa de la pandemia: higiene del sueño, autorregulación de emociones, práctica del *mindfulness*, alimentación saludable, ejercicio físico, entre otros. Pero no se encuentran alusiones a la construcción de tejido social o la reconstrucción de redes de apoyo que ayuden a afrontar la situación actual, supuestamente por una primacía del aislamiento y la evitación del contacto físico en las que no tendrían cabida las causas sociales y colectivas basadas en la solidaridad. Se observa entonces un interés político en los discursos biomédicos que priorizan un conjunto de intervenciones individuales centradas en la prevención del contagio por medio de cambios en las rutinas, descuidando las bondades de un énfasis en las relaciones sociales y la ayuda mutua focalizadas en la promoción de capacidades y recursos individuales y colectivos.

Frente a esto nos preguntamos: ¿las sugerencias útiles para practicar hábitos saludables y tener pensamientos positivos son suficientes? y ¿a eso se limita el cuidado de la salud mental? En este sentido, lo que se pone en cuestión no es la promoción de dichas acciones, sino la restricción del cuidado de la salud mental solamente a ellas, omitiendo la desigualdad social, la corrupción, el asesinato de líderes sociales y, en general, el socavamiento de las relaciones sociales, colectivas y comunitarias que también integran la salud mental, según la perspectiva psicosocial pro-

puesta por Martín Baró, el modelo cultural y el de la determinación social.

Esto deja en evidencia que la mayoría de las decisiones políticas, económicas y psicosociales para atender a la población en estos tiempos de pandemia se siguen sopor-tando en modelos tradicionales centrados en el individuo, en la enfermedad o en los cambios de comportamiento, elementos que han sido criticados por su poca relación con los contextos de países latinoamericanos como el nuestro; además de la paradoja de un sistema de salud colombiano sostenido en un enfoque de derechos y al mismo tiempo en una preocupación por la rentabilidad financiera (Hernández Holguín y Sanmartín Rueda, 2018). Ante este panorama, cabe preguntarnos: ¿qué consecuencias trae para las relaciones o tejidos sociales el aislamiento y el distanciamiento social?

Las relaciones sociales involucran, además de un contacto físico, una conexión simbólica y de permanente construcción de significados individuales y colectivos con los espacios que habitamos y con quienes convivimos. Por lo tanto, la coyuntura actual trasciende la pérdida del contacto físico, pues se trata, además de este, de los sentidos que tienen los lazos amorosos, sociales, familiares, filiales y de amistad a los que culturalmente hemos estado acostumbrados y las formas como los establecemos. Sin embargo, el silencio institucional ante las manifestaciones colectivas en tiempos de pandemia ha tenido efectos de discriminación, control social y rechazo a quien no lleva el tapabocas, se haya infectado o haga parte del personal de salud.

Hasta ahora no se ha indagado por los efectos que tendrán en las personas el cierre de múltiples lugares públicos y privados, la regulación de los horarios en los cuales se puede salir para las diligencias y la determinación de las actividades que pueden o no realizarse. Además, poco se ha reflexionado acerca de las razones por las que las perso-

nas no acatan las medidas decretadas en las normas, pese a la cantidad de excepciones (Decreto 593, Ministerio del Interior, 2020). Esta transformación de la cotidianidad, de difícil asimilación en tan corto tiempo, se ha pretendido facilitar por medio de las recomendaciones ya descritas y centradas en prácticas individuales, pero esto no siempre es posible, debido a que muchas de las personas y familias ni siquiera tienen una vivienda en la cual llevarlas a cabo, no tienen ingresos económicos suficientes, no cuentan con los elementos necesarios (computador, energía, internet, agua potable, etc.), la casa que habitan es pequeña, el barrio es peligroso o demasiado ruidoso, son familias numerosas o hay personas alejadas de sus seres queridos y territorio de origen. Descuidar lo mencionado anteriormente incrementa la inequidad social, económica y política que atenta contra la salud mental en sus diferentes matices: el despliegue armónico del ser (Lopera Echavarría, 2012; OMS, 1950), la expansión de la libertad (Sen, citado en Restrepo-Ochoa, 2013), y la autonomía en las decisiones y la capacidad de agencia de las comunidades (Martin-Baró, 1984).

Por su parte, autores como Agamben (2020) y Žižek (2020) manifiestan en el texto *La Sopa de Wuhan* que la pandemia ha dado lugar a una privatización y restricción de la libertad en nombre de la salud y seguridad pública, por las que los gobiernos se valen del miedo y el pánico colectivo para ejercer un control sobre los ciudadanos y sus relaciones, afectando las interacciones más elementales con otras personas y los objetos que nos rodean, incluidos nuestros propios cuerpos. Estos autores proponen que dichas disposiciones traen consigo un deterioro en las relaciones sociales, convirtiéndose todo en un círculo vicioso donde la limitación de la libertad impuesta por los gobiernos es aceptada en nombre de un deseo de seguridad ante una amenaza inducida por estos

mismos, los cuales ahora intervienen para contrarrestarla. Esto es notorio, específicamente, en las decisiones de ayuda económica o activación de servicios públicos a las comunidades que tenían el derecho a ello mucho antes de la pandemia, y a otra clase de medidas arbitrarias que dependen del grupo social al que se quiera beneficiar.

Ejemplo de ello fue el día sin IVA (Impuesto al Valor Agregado), autorizado por el gobierno local y nacional para que el pasado 3 de julio de 2020 los ciudadanos salieran sin ninguna restricción a comprar productos sin IVA. Desde esta fecha ha incrementado el número de casos positivos por coronavirus y, con ello, el miedo y el pánico colectivo, la desconfianza en el encuentro con otros, lo que trajo además, nuevamente, mayores niveles de coerción social, restricción de la libertad, cierre de espacios y lugares, medidas de aislamiento, multas y comparendos; todo en nombre de la seguridad y protección de la ciudadanía. Sin embargo, con esto se deja entrever un conjunto de propuestas ambiguas que ponen en duda el verdadero interés por cuidar a las personas.

Otras muestras de lo expuesto anteriormente pueden ser los recientes casos de corrupción dentro del sistema de salud conocidos como “El cartel de las UCI” (El Tiempo, 2020) en los que varias entidades recibían retribuciones económicas según la cantidad de pacientes internados por covid-19. Además, las irregularidades en la distribución de ayudas y subsidios solidarios que evidenciaron desfalcos en el gasto de los recursos públicos denunciadas por Sáenz (2020) en el periódico *El Espectador*. Estas y otras situaciones dan cuenta de una necesidad por afianzar, desde la academia y otros sectores sociales, las luchas colectivas en contra del actual Gobierno y sus políticas tributarias, en materia de seguridad, empleo, educación y salud, que por ocasión de la pandemia y la bioseguridad

se vieron diezgadas y que habían tenido gran impacto a finales del 2019.

Para finalizar, se considera importante destacar que, a pesar del panorama anterior, durante la emergencia también ha sido posible encontrar prácticas que dan cuenta de una apuesta por la salud mental, similares a las que implementaron los campesinos del oriente antioqueño. Por ejemplo, en la ciudad de Medellín, debido a la poca presencia del Estado en algunas comunidades, varios colectivos y corporaciones barriales tales como Unión Latina, Elemento Illegal, Casa la Loma, Sueños de Papel, entre otros, de forma autónoma o apoyados por organizaciones no gubernamentales y entidades de mayor nivel, gestionaron ayudas alimentarias, económicas, académicas y psicosociales a personas que lo necesitaban. También algunos barrios se manifestaron por medio de un trapo rojo en las ventanas de las casas, noticia destacada por Ramírez Gil (2020) en el sitio web de la FM, en la que informó que con dichos actos simbolizaban para los hogares más afectados por la pandemia un pedido urgente de ayuda. Esto evidencia cómo las personas adquieren códigos y significados de manera espontánea para promover el tejido social y demuestra la importancia de la dimensión colectiva en la salud mental.

Conclusiones

Tal como lo afirma Zweig (2020) en la cita con la que iniciamos este texto, la salud es un fenómeno naturalmente inherente a lo humano, y de lo humano distintos saberes y conocimientos han ofrecido sus explicaciones, reconociéndose así la diversidad de perspectivas que, identificadas y diferenciadas, facilitan el análisis, la crítica y la reflexión. Presentamos en este artículo una variedad de conceptos teóricos, técnicos y filosóficos sobre la salud mental y unas reflexiones contextualizadas a la salud pública, al contexto

de conflicto armado en Colombia y a la pandemia por la covid-19. Identificamos cinco perspectivas sobre la salud mental, sea para definirla en función de lo que una persona tiene (enfermedad o bienestar) o para dar cuenta de lo que la determina (condiciones sociales, políticas, económicas, culturales y relacionales). Luego reseñamos algunos elementos históricos asociados con la definición técnica propuesta por la OMS después de la Segunda Guerra Mundial, que exigió relaciones complejas entre la academia, la política, la economía y la ideología, siendo relevante que ella en su versión original de 1950, y no la modificada en 2001 y actualmente vigente, tenga una estrecha cercanía con las definiciones que priorizan las relaciones sociales de fuerte connotación filosófica, las cuales además no se alejan de lo promovido por la perspectiva psicosocial, cuyo principal representante, citado en la mayoría de las fuentes, es Martín-Baró.

Si bien hemos enfatizado en que dichos abordajes conceptuales de la salud mental se constituyen en discursos situados histórica y contextualmente, también fue evidente que de estos las personas, las organizaciones o los gobiernos hacen un uso ajustado a sus propios intereses e intencionalidades. Los ejemplos reales de los campesinos que han afrontado por mucho tiempo el conflicto armado y las acciones colectivas de entidades sociales y grupos organizados en los barrios de Medellín ante la emergencia de la covid-19 nos enseñan que la construcción de tejido social potencia la salud mental. La creación de redes de apoyo, sumada a la difusión de mensajes estatales que enfatizan en lo valioso de las relaciones colectivas, propiciarían el entendimiento de la salud mental a partir de diversas perspectivas sociales y complementarían los modelos biomédico-comportamental y del bienestar y las potencialidades; todo esto con impacto en las políticas públicas que la pandemia por la covid-19 ha denunciado

como urgentes y necesarias para la reparación del tejido social históricamente fracturado en nuestro país.

Finalmente, será importante analizar en posteriores investigaciones de qué forma puede transformarse el concepto de salud mental y cómo este se vivencia en Colombia, debido al inevitable cambio en las formas de relacionarse con el otro y con el entorno, lo cual se espera que se dé con el transcurso del tiempo. Así mismo, se plantea la cuestión acerca de cómo puede recuperarse el tejido social teniendo en cuenta el impacto aún vigente de la covid-19. En este sentido, también es relevante comprender el conflicto social del país para pensar de forma más profunda las nuevas desigualdades que ha aumentado la pandemia, lo cual sin dudas tiene y tendrá repercusiones en la concepción de la salud mental y en la salud mental misma de los ciudadanos.

Referencias

- Agamben, G. (2020). La invención de una epidemia. En P. Amadeo (Ed.), *Sopa de Wuhan* (pp. 17-21). ASPO. <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>.
- Ahumada, C. (2002). *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana*. El Áncora Editores.
- Arias López, B. E. (2013). Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 276-282. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70020-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70020-9)
- Arias López, B. E. (2014). La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. *Salud Colectiva*, 10(2), 201-211. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.222>
- Arias, B. E. (2016). Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Revista de La Universidad Industrial de Santander*, 48(2), 232-239. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016008>
- Arias López, B. E. y Hernández Holguín, D. M. (2020). Salud mental colectiva y cuidados transnacionales. Retos y desafíos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-12. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepsal/article/view/31370>
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3149>
- Cartagena, L. C. (2016). Los estudios de la violencia en Colombia antes de la violentología. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, 17(1), 63-88. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/18103>
- Castro Camacho, L. (2020). Mejorando la salud mental: más allá del COVID-19. *Colegio Colombiano de Psicólogos*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Mejorando%20la%20salud%20mental%20m%C3%A1s%20all%C3%A1%20del%20COVID%20-%20Doc.Leonidas%20Castro.pdf>
- Colombia. Congreso de la República. (2011, 10 de junio). Ley 1448. *Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 48 096.
- Colombia. Congreso de la República. (2013, 21 de enero). Ley 1616. *Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 48 680.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Tomo I. Minsalud-Colciencias.
- Colombia. Ministerio del Interior (2020, 24 de abril). Decreto 593. *Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia generada por la pandemia del coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público*.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Documentos técnicos Covid-19*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-tecnicos-covid-19.aspx>

- Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. (1978, 6-12 de septiembre). *Declaración de Alma Ata*. Alma-Ata, URRSS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- El Tiempo. (2020, 27 de mayo). Revuelo en el Valle del Cauca por presunto ‘cartel de las UCI’. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/columbia/california/corruccion-en-el-valle-del-cauca-con-pacientes-covid-19-500230>
- Franco, A. (2012). Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 83-94. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/7630>
- Guinsberg, E. (2007). “Salud mental” y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva. En E. C. Jarillo Soto. y E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 245-272). Lugar Editorial.
- Giraldo Osorio, A. (2018). Instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria de salud: perspectiva de los usuarios. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 498-504. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n4.60261>
- Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 83-100. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/994>
- Gómez, M. (2020). ¿De cuál salud mental hablamos en tiempos de Covid-19 y cómo promoverla? En D. P. Carmona Hernández (Coord.), *Polifonía para pensar una pandemia* (pp. 169-181). Fondo Editorial FCSH.
- Guerra, D. E. (2006). El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 142-146. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/253>
- Hernández-Holguín, D. M. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 929-942. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018>
- Hernández Holguín, D. M. y Sanmartín Rueda, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56. <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-35.psmc>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology, Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Lopera Echavarría, J. D. (2012). Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica*, (7), 60-75. <http://hdl.handle.net/10495/5816>
- Martín-Baró, I. (1984). Guerra y Salud Mental. *Estudios Centroamericanos*, 429/430, 503-514. <http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?pii=585>
- Mendoza Bermúdez, C. (2009). Sociología y salud mental: una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 555-573. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615422012.pdf>
- Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- Montenegro Grisales, D. (2015). Los niveles de prevención a la luz del ámbito colombiano. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(9), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/22436>
- Moreno-Viafara, F. (2010). El desarrollo del Estado liberal en Colombia. *Papel Político*, 15(1), 135-163. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122-44092010000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Muñoz, C. O., Restrepo, D. y Cardona D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*,

- 39(3), 166-173. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28310>
- Obando Silva, L. M., Viscaya Puentes, Y. C. y Fernández Cediell, M. C. (2016). Conflicto armado, problemática de poderes que ha vulnerado a la sociedad colombiana. *Revista Katharsis*, 21, 385-417. <https://doi.org/10.25057/25005731.774>
- Organización Mundial de la Salud (1950). Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. *Serie de Informes Técnicos*, N°. 31. OMS, Ginebra. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38043>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. OMS (Hoja informativa, N.º 220).
- Ramírez Gil, J. (2020, 9 de abril). El SOS con trapos rojos de familias pobres en Medellín. *LaFM*. <https://www.lafm.com.co/colombia/el-sos-con-trapos-rojos-de-familias-pobres-en-medellin>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Restrepo, D. y Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/10764>
- Restrepo-Espinosa, M. H. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Revista Gerencia Política Salud*, 11(23), 39-55. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.bepa>
- Restrepo-Ochoa, D. A. (2013). La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cadernos de saúde pública*, 29(12), 2371-2382. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069913>
- Rico-Velasco, J. (1997). Neoliberalismo, salud pública y atención primaria. *Colombia Médica*, 28(1), 27-33. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/44>
- Rodríguez Pinzón, E. (2020). Colombia: Impacto económico, social y político de la COVID-19. *Análisis Carolina*, (24), 1-14. https://doi.org/10.33960/AC_24.2020
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sáenz, J. (2020, 19 de abril). Corrupción, la pandemia en el COVID-19 que se busca frenar a tiempo. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/coronavirus/corrupcion-la-pandemia-en-el-covid-19-que-se-busca-frenar-tiempo-articulo-915484/>.
- Spink, M. J. y Medrado, B. (2013). Produção de Sentido no Cotidiano. En M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 22-41). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, P., Teixeira Ribeiro, M. A., Peixoto Conejo, S. y De Souza, E. (2014). Documentos de domínio público e a produção de informações. En M. J. Spink, J. I. Machado Bibragão, V. L. Vitoriano do Nascimento, M. P. Cordeiro (Org.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 207-228). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Uribe-Tirado, A., Yarce De los Ríos, A., De la Torre Urrea, A. E., Monterroza-Ríos, Á., Quintero-Posada, Á. Lissett Pérez, A., González-Agudelo, E. A., Saldarriaga-Ruiz, G. J., Vélez-Cuartas, G., Quintero-Pérez, G. I., Gutiérrez Avendaño, J., Sarrazin, J. P., Orrego-Arismendi, J. C., Jaén-Posada, J. S., Escobar-Gómez, L., Gallón, L., Galeano-Marín, M. E., Duque Roldán, M. I., Zuluaga-Callejas, M. I., Gómez, M., Ruiz-Orsorio, M. A., Botero-Jaramillo, N., Vain, P. D., Orozco-Arcila, S., Díaz Facio Lince, V. E. y Orsorio-Sánchez, Y. L. (2020). *Polifonía para pensar una pandemia*. Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

- Vázquez-Sixto, F. (1996). El análisis de contenido temático. *Objetivos y medios en la investigación psicosocial*. (Documento de trabajo) (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Villaruel, S. (2020). Hilos virales y líneas epidémicas. Tecno-políticas del COVID-19 en salud pública. *Cuadernos Médico Sociales, Especial Pandemia*, 60(1), 31-36. <https://cms.colegiomedico.cl/especial-pandemia-no1-2020/>
- Žižek, S. (2020). El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill. En P. Amadeo, *Sopa de Wuhan* (pp. 21-29). ASPO. <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>.
- Zweig, S. (2020). *La curación por el espíritu*. (J. Fontcuberta, Trad.). El Acantilado (original publicado en 1931).