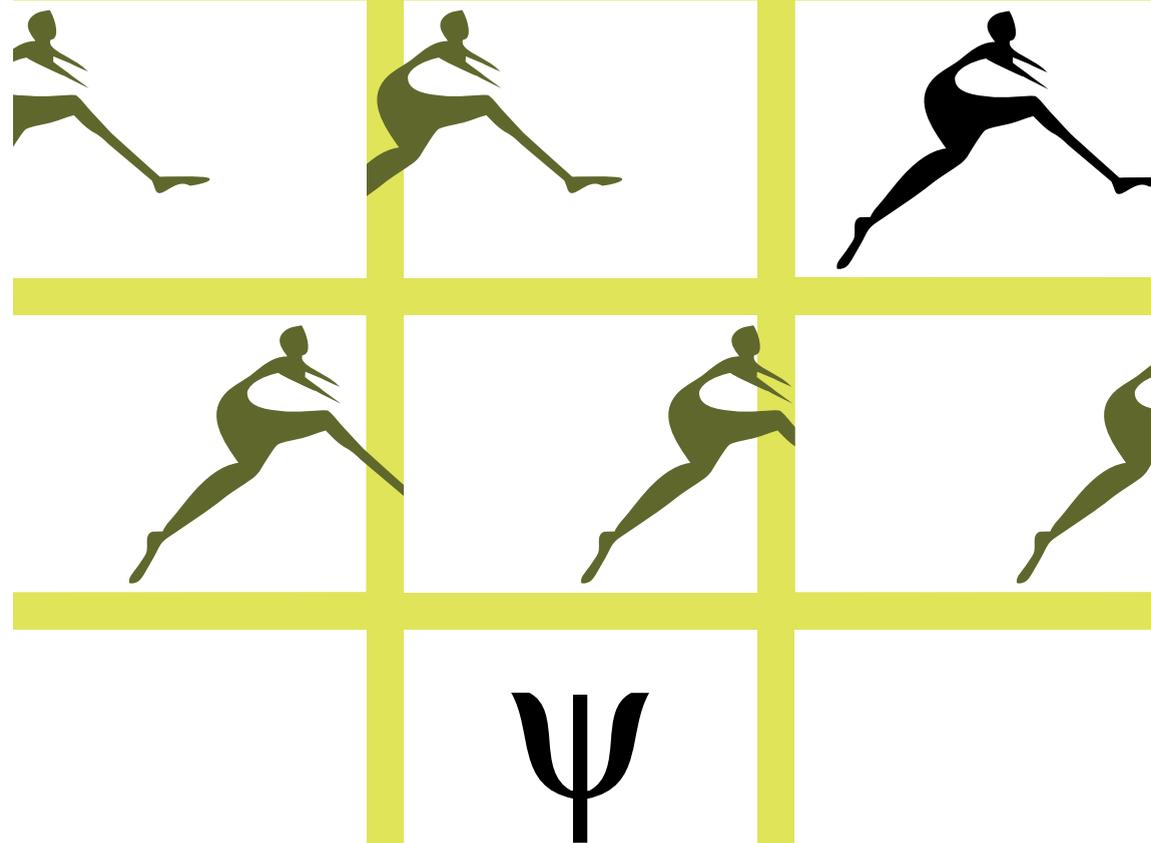


<b>EDITORIAL</b>		9
<b>ARTÍCULOS (ARTICLES)</b>		
Mariángeles Páyer	Características de personalidad asociadas a estudiantes de permanencia prolongada	15
Gysell Plata, Aura Tampoa, Vincenzo Russotto y Salomé Rosales	Influencia de las Estrategias motivacionales en la actitud hacia la educación sexual	45
Lucrecia Contreras, Emma Martín, Gysell Plata, Ainhoa Lazo, Carmelina López, Liborio Ingala y Marco Guevara	Factores psicosociales que afectan la asistencia a jornadas de pesquisa de vph y cáncer de cuello uterino en mujeres del municipio Macapo-Venezuela	59
Darling Álvarez y Lettys Andrade	Aproximación a la visión de familia en un grupo de homosexuales caraqueños	74
Cineret Lastra, Zoila Moreno, Purificación Prieto y Carlos Sardiñas	Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales	99
Carmen Susana Cardozo, Daniel Porras y Esther Contreras	Relación entre la intensidad del dolor y las variables sexo y edad en sujetos con dolor crónico	120
<b>INVITADOS ESPECIALES (SPECIAL GUEST)</b>		
Ma. Paz Fernández y Aníbal Puente	Perfil psicológico de los síndromes Rett y Williams	149
<b>RESEÑAS (REVIEW)</b>		
José Eduardo Rondón	Emilio Ribes Iñesta. Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo	171
Nilda Salazar	Teoría de la Conducta 2. Avances y Extensiones	173
<b>ÍNDICE ACUMULADO (2006 -2010)</b>		175
<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b>		187







## PUBLICACIÓN ARBITRADA

### DESCRIPCIÓN GENERAL

*Psicología* es una publicación semestral arbitrada de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, que tiene como finalidad divulgar los desarrollos teóricos y metodológicos de áreas aplicadas de la Psicología con un carácter científico y profesional de sus docentes, investigadores, estudiantes, egresados e invitados; también, es un escenario abierto para el debate entre distintas corrientes de pensamiento que brinda un espacio de confluencia entre la psicología y las diversas disciplinas que estudian al ser humano.

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

Revista Psicología, cátedra de Psicología General, escuela de Psicología, edificio Facultad de Humanidades y Educación, Ciudad Universitaria, Los Chaguaramos, Caracas-Venezuela. Código postal 1041.

Atención: Equipo Editorial Revista Psicología.

Teléfonos: +58 212 6052983, 6052850, 6052920

Correo electrónico: [revistascueladepsicologiaucv@gmail.com](mailto:revistascueladepsicologiaucv@gmail.com)

Página web: [www.revistapsicologia.humanidadesucv.org.ve](http://www.revistapsicologia.humanidadesucv.org.ve)

**PSICOLOGÍA**

Está indexada en:

FONACIT

LATINDEX

Directory of Open Access Journal

PePSIC - Periódicos Eletrônicos em Psicologia



## ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Director  
Carlos Valero

Coordinadora Académica  
Rosa Di Doménico

### CONSEJO DE ESCUELA

Representantes de los Profesores  
Luis Parra, Tomás Palacios, Lucila Trías,  
Liliana Cubillos y Mariemma Antor

Delegados Estudiantiles  
Katherine Docabo, Freddy Somoza

### JEFES DE DEPARTAMENTO

Prof. Liliana Cubillos  
Sustantivo

Prof. Mariana Morales  
Metodológico

Prof. Lucila Trías  
Psicología Educativa

Prof. Fernando Giuliani  
Psicología Social

Prof. Vicente Marrero  
Psicología Industrial

Prof. Flor Obregón  
Asesoramiento Psicológico y Orientación

Prof. Esther Contreras  
Psicología Clínica

Prof. Rosa Di Doménico  
Psicología Clínica Dinámica

Este número de la revista **PSICOLOGÍA** fue publicado con el auspicio de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela.



## Revista de la Escuela de Psicología

<b>EDITORIAL</b>		9
<b>ARTÍCULOS (ARTICLES)</b>		
Mariángeles Páyer	Características de personalidad asociadas a estudiantes de permanencia prolongada	15
Gysell Plata, Aura Tampoá, Vincenzo Russotto y Salomé Rosales	Influencia de las Estrategias motivacionales en la actitud hacia la educación sexual	45
Lucrecia Contreras, Emma Martín, Gysell Plata, Ainhoa Lazo, Carmelina López, Liborio Ingala y Marco Guevara	Factores psicosociales que afectan la asistencia a jornadas de pesquisa de vph y cáncer de cuello uterino en mujeres del municipio Macapo-Venezuela	59
Darling Álvarez y Lettys Andrade	Aproximación a la visión de familia en un grupo de homosexuales caraqueños	74
Cineret Lastra, Zoila Moreno, Purificación Prieto y Carlos Sardiñas	Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales	99
Carmen Susana Cardozo, Daniel Porras y Esther Contreras	Relación entre la intensidad del dolor y las variables sexo y edad en sujetos con dolor crónico	120
<b>INVITADOS ESPECIALES (SPECIAL GUEST)</b>		
Ma. Paz Fernández y Aníbal Puente	Perfil psicológico de los síndromes Rett y Williams	149
<b>RESEÑAS (REVIEW)</b>		
José Eduardo Rondón	Emilio Ribes Iñesta. Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo	171
Nilda Salazar	Teoría de la Conducta 2. Avances y Extensiones	173
<b>INDICE ACUMULADO (2006 -2010)</b>		175
<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b>		187



## Editorial

En víspera de este nuevo año 2010, año controvertido puesto que por cálculos matemáticos representa el primer año de la segunda década del tercer milenio, mientras que por convenciones históricas sociales es el último año de la primera década, la revista de Psicología presenta a sus lectores su primer número del 2010 correspondiente al volumen xxix, donde presenta una reestructuración en su comité editorial y estrena una nueva dirección electrónica [revistaescueladepsicologiaucv@gmail.com](mailto:revistaescueladepsicologiaucv@gmail.com) donde puede enviar sus artículos para ser evaluados por los árbitros y publicados en nuestra revista.

Nuevamente hacemos un reconocimiento público a los profesores, estudiantes, egresados de la Escuela de Psicología por su destacada labor en la publicación de este nuevo número, superando así todas las dificultades logísticas que nos ha tocado enfrentar.

En esta oportunidad nuestra revista orienta su sección de Artículos a dos grandes áreas en la Psicología: Educativa y Salud.

En el área educativa se encuentra el trabajo presentado por la Profesora Mariángeles Páyer sobre las *Características de personalidad asociadas a estudiantes de permanencia prolongada*, donde expone algunas variables personales que se encuentran estrechamente ligadas al fracaso académico universitario, además discute sus hallazgos en función de sus implicaciones en el proceso de selección para el ingreso a la Educación Superior.

En la unión de las áreas de psicología educativa y de la salud, los licenciados Gysell Plata, Aura Tampoa, Vincenzo Russotto y Salomé Rosales presentan bajo un enfoque experimental, en su trabajo *Influencia de las estrategias motivacionales en la actitud hacia la educación sexual*, discuten sobre la efectividad para una actitud positiva hacia la educación sexual de dos tipos de estrategias como son proyecto grupal versus actividad individual, contrastando las mismas con grupo control. Los autores mediante un control riguroso de sus variables, garantizando el principio MAXMINCON discuten cuáles son los recursos pedagógicos más efectivos para lograr un mayor conocimiento sobre las infecciones de transmisiones sexuales.

Este interesante tópico sobre las infecciones de transmisiones sexuales también se ve abordado en el trabajo *Factores psicosociales que afectan la asistencia a jornadas de pesquisa de vph y cáncer de cuello uterino en mujeres del municipio Macapo-Venezuela* realizado también por la investigadora Gysell Plata, pero en esta ocasión acompañada por los licenciados Lucrecia Contreras, Emma Martín, Ainhoa Lazo, Carmelina López, Liborio Ingala y Marco Guevara. Los investigadores desde la riqueza de la metodología cualitativa, través de la entrevista semiestructurada, estudian las razones por las cuales las mujeres se resisten a la pesquisa de vph y cáncer de cuello uterino. Derivado de sus hallazgos los investigadores proponen algunas medidas de índole educativa y logística para evitar tales comportamientos de riesgos.

Desde la misma perspectiva cualitativa y en el área de la sexualidad, las licenciadas Darling Álvarez y Lettys Andrade realizan una *Aproximación a la visión de familia en un grupo de homosexuales caraqueños* describiendo sus nociones de familia y sistematizando los roles y funciones asociadas a los miembros de la familia planteadas por los participantes en el estudio. Se discuten temas interesantes y de gran polémica como es el matrimonio entre personas del mismo sexo y la crianza de niños por parte de éstos.

En la misma área de la salud pero un poco más alejados de la temática de la sexualidad y amparados por los modelos del Análisis Conductual y de la Salud Biológica de Ribes, las licenciadas Cineret Lastra y Zoila Moreno, acompañadas por los profesores Purificación Prieto y Carlos Sardiñas estudian la *Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales*. Este trabajo transdisciplinar entre la Psicología y la Proctología representa una contribución más a la línea de investigación que se viene desarrollando en el área desde el año 2004. Las autores describen los repertorios conductuales de las personas con alteraciones anorrectales, en distintas áreas como son la laboral, social, emocional, sexual, alimentario y de eliminación.

Los profesores Carmen Susana Cardoso, Daniel Porras y Esther Contreras empleando las bondades de la metodología cuantitativa y cualitativa desarrollan un estudio sobre la *Relación entre la intensidad del dolor y las variables sexo y edad en sujetos con dolor crónico*. Los profesores además de estudiar dicha relación, analizan la descripción del dolor reportado verbalmente, concluyendo que el mismo es aprendido.

Para culminar nuestra sección de artículos desde la Universidad Complutense de Madrid, los profesores M<sup>a</sup> Paz Fernández y Aníbal Puente describen y discuten el *Perfil psicológico de los síndromes Rett y Williams*. Añadido a la caracterización psicológica de ambas enfermedades, los autores realizan una discusión sobre el diagnóstico, prevalencia y perfil médico de las mismas. Una conclusión del estudio es que aunque se consideran enfermedades “raras” por su baja prevalencia en la población y además de su característica de “incurables”, los síntomas más severos pueden ser tratados con terapias adecuadas y específicas.

En nuestra sección de Reseñas, la revista de Psicología rinde honores a un gran investigador oriundo de España, pero naturalizado como mexicano, que se ha destacado por su brillante aporte al estudio de la conducta compleja desde el enfoque interconductual, y en el área de la salud nos presenta su propio modelo... Emilio Ribes Iñesta.

A cargo de los profesores del Laboratorio de Análisis Experimental de la Conducta del Instituto de Psicología, José Eduardo Rondón y Nilda Salazar se brinda un reconocimiento a dos obras de Emilio Ribes Iñesta intituladas *Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo y Teoría de la conducta 2. Avances y extensiones*. La primera obra es una reimpresión de su segunda edición en el año 1974, la cual representa una referencia obligatoria para cualquier psicólogo de formación clínica, y la segunda es una de las últimas actualizaciones del autor publicada en el corriente año donde presenta discusiones ontológicas y epistemológicas dentro del análisis conductual.

Luego de esta breve presentación sobre el contenido de este número, reiteramos la invitación para continuar enviando sus trabajos a nuestra revista utilizando los correos que se señalan a continuación.

Prof. Ricardo Aldazoro	aldazoror@gmail.com
Prof. Eduardo Santoro	santoroed1@gmail.com
Prof. José E. Rondón	bernard85@gmail.com
Revista	revistaescueladepsicologiaucv@gmail.com





# ARTÍCULOS



Volumen XXIX, Nº 1  
2010 Segunda Época





## Características de personalidad asociadas a estudiantes de permanencia prolongada

Mariángeles Páyer Sánchez

mpayer@cantv.net

Escuela de Educación, Departamento de Psicología Educativa  
Universidad Central de Venezuela.

### Resumen

El trabajo que se presenta explora algunas características de personalidad, a partir del Inventario PIHEMA R-2 (Ponce y Granell, 2006) en estudiantes de la licenciatura en Educación que tienen entre 7 y 12 años en la universidad. En el contexto del trabajo se definen estos estudiantes como de “permanencia prolongada”, puesto que han excedido el tiempo reglamentario de graduación. El Inventario PIHEMA es una prueba de orientación cognitiva-conductual que mide variables asociadas a las dimensiones: (1) éxito escolar y (2) conductas que interfieren con el rendimiento académico. Los resultados indican que las variables exploradas tienen un valor predictivo del 45.4% con respecto al tiempo de graduación. Entre los rasgos destacados, el 45% de la muestra exhibe un nivel bajo en interés por el aprendizaje y la innovación, el 41% bajo autodominio, y el 14% alto número de conductas de interferencia. No obstante, más del 50% se comporta como un grupo promedio en cuanto a los factores, motivación al logro, estabilidad emocional y conductas de interferencia. Se analizan estos resultados en función de sus implicaciones en el proceso de selección para el ingreso a la Educación Superior.

**Palabras clave:** personalidad, Inventario PIHEMA, rezago estudiantil, permanencia en la universidad, síndrome todo menos tesis.

## Personality characteristics associated with long stay students

### Abstract

The study explores some personality characteristics from the PIHEMA r-2 inventory (Ponce and Granell, 2006) in undergraduate students in education who are between 7 and 12 years in college. In the context of the research these students are defined as “long stay” students, as they have exceeded the normal time for graduation. PIHEMA inventory is an orientation test that measures cognitive-behavioral variables associated with the dimensions: (1) success in school and (2) behaviors that interfere with academic performance. The results indicate that the explored variables have a predictive value of 45.4 % with regard to the time of graduation. Among the outstanding features, 45 % of the sample exhibits a low level of interest for learning and innovation, 41 % exhibits low self-control, and 14 % shows a high number of behaviors of interference. Nevertheless, more than 50 % behaves as an average group as for the factors, motivation to the achievement, emotional stability and conducts of interference. These results are analyzed depending on their implications in the process of selection to enter college education.

**Key words:** personality, Inventory PIHEMA, left-behind students, permanency in the university, “Everything less thesis” syndrome.

El tiempo que le toma a un estudiante obtener un grado universitario se ha definido como Índice de Eficiencia de Titulación (IET), el cual es un indicador de la velocidad a la que avanzan los alumnos a través de los programas académicos (González, 2005). Un IET bajo indica que el tiempo que necesita el estudiante para cumplir con todos los requisitos académicos y graduarse es mayor que el tiempo teórico que se estima para concluir el programa, lo que supone que el alumno transita más lentamente a través del plan de estudios. En oposición un IET alto está asociado a menor demora y mayor velocidad para alcanzar el grado en el tiempo previsto. En condiciones ideales, podría esperarse que todos los estudiantes que conforman una cohorte puedan avanzar de acuerdo al tiempo establecido por los planes de estudio y egresar con un título profesional. Sin embargo, en la realidad esto no ocurre así, pues no todos los estudiantes que inician estudios a nivel superior se gradúan en el tiempo reglamentario. Por lo general, la tendencia indica que ocurre un retraso o rezago en el tiempo de graduación, por ejemplo, carreras largas que están previstas de acuerdo a su diseño curricular para ser concluidas con otorgamiento del diploma de grado en cinco años, se extienden a seis o más, lo que supone que el estudiante prolonga el tiempo de permanencia en la universidad y retrasa la obtención del título. Datos del Centro Nacional de Estadísticas de Educación de los Estados Unidos 2004, reportados por Hall, Smith y Chia (2008), reafirman esta tendencia, y al respecto señalan que carreras de cuatro años pueden requerir cinco, seis y a veces más para la obtener el título universitario.

Rama (2005), exdirector de IESALC/UNESCO señala que la demora en la finalización de los estudios universitarios constituye un problema complejo, de muchas aristas, que compromete la calidad del sistema educativo, y también tiene implicaciones económicas y sociales. Estudios de evolución de cohortes en América Latina y el Caribe dan cuenta de la magnitud del hecho. Rama (2005) reporta que Guatemala tiene el Índice de Eficiencia de Titulación más bajo de la región, el cual asciende a 24.4%, seguido en orden ascendente de, Bolivia (27.5%), Uruguay (28%), Costa Rica (46%), Chile (46.3%), Venezuela (48%), Colombia (57.3%), Brasil (60.7%), Paraguay (67%), y Cuba (75%). De este grupo, los países con mayores IET, como Cuba, Brasil, Colombia, Venezuela, Chile y Costa Rica, tienen sistemas de admisión sustentados en mecanismos de selección de ingreso en base a cupos, a excepción de Cuba. No obstante, según Rama (2005), parece existir una relación entre mayores IET y sistemas de admisión basados

en procesos de selección. Por el contrario, los IET más bajos se asocian a sistemas de admisión abiertos o de ingreso irrestricto como es el caso de Guatemala, Bolivia y Uruguay.

Para el caso venezolano, estadísticas reportadas por la Secretaría de la Universidad Central de Venezuela [UCV] (2006), que es la primera universidad del país, arrojan que sólo el 15.48% de los estudiantes concluye la carrera en el tiempo previsto, tomando como referencia el parámetro de cinco años para carreras largas. En promedio, la mayoría termina en seis años, no obstante, al agrupar las categorías siete años o más, se observa que un alto porcentaje (51.31%), excede el tiempo reglamentario para graduarse en dos o más años, es decir, sobre la base de cinco años, se adicionan dos, tres, cuatro años, o más. Visto por áreas de conocimiento, las Facultades con mayor número de graduados en el tiempo previsto son: Farmacia, Medicina, Ciencias Jurídicas y Políticas, y Ciencias Económicas y Sociales. Entre las Facultades con un mayor número de graduados en seis años se encuentran: Agronomía, Arquitectura y Urbanismo, Humanidades y Educación, e Ingeniería. Por otra parte, las Facultades en las que se presenta el mayor número de graduados en siete años o más son: Ciencias, Odontología y Ciencias Veterinarias (Secretaría UCV, 2006).

Algunos trabajos puntuales que analizan la duración media de los estudios en instituciones universitarias describen el comportamiento del IET, y de los factores asociados a la demora del tiempo de graduación. En esta dirección Álvarez y Orrego (2000), con base al uso de un modelo markoviano analizaron la forma como evolucionan los cursantes a través de las materias que componen un área específica dentro de la formación profesional. El conjunto de materias en cuestión se inscribe bajo lo que los autores denominan *una línea*, que es una secuencia de asignaturas relacionadas a través de pre-requisitos. El estudio se llevó a cabo con estudiantes de Ingeniería Civil de la Universidad Eafit, en Medellín, Colombia. Tal como lo definen los autores,

Una cadena de Markov es un estudio de la sucesión de transiciones en el tiempo de un fenómeno aleatorio o estocástico, mediante el cual es posible estimar vectores de probabilidad de los estados del sistema en el futuro y el tiempo promedio de permanencia en cada estado (p.46).

Dos de los supuestos importantes en que se fundamenta este modelo son: a) la situación de los estudiantes en el tiempo  $t + 1$  depende sólo de su situación en el tiempo  $t$  y no de los tiempos anteriores; b) la probabilidad de

avanzar al siguiente nivel no depende del número de repitencias anteriores. Visto así, la probabilidad de aprobar una materia no se ve aumentada porque un estudiante haya repetido la precedente, ni disminuida porque haya aprobado la anterior en la primera vez (Álvarez y Orrego, 2000).

Álvarez y Orrego (2000), describen seis condiciones del flujo de un estudiante en una línea de materias, estas condiciones son: (1) aprobar la asignatura y pasar a la siguiente, (2) aprobarla y salir temporalmente del programa, (3) aprobarla y salir definitivamente del programa [deserción], (4) aplazar la asignatura y repetirla, (5) aplazar la asignatura y salir temporalmente del programa, y (6) reprobirla y salir definitivamente. De estas condiciones, las identificadas con los números dos, cuatro y cinco se asocian a un bajo Índice de Eficiencia de Titulación. Estos son escenarios en los cuales el estudiante se mantiene en el sistema, pero avanza a un ritmo más lento motivado a las interrupciones temporales y al retraso que origina repetir asignaturas.

Enfatizan los autores en la necesidad de revisar los modelos pedagógicos y los tipos de evaluación, y en especial evaluar qué pasa en aquellas materias que constituyen nódulos críticos o dónde el “coeficiente de fricción” es mayor. El coeficiente de fricción es “el rezago que aporta cada materia en promedio, al rezago de una línea” (Álvarez y Orrego, 2000, p.50). En este particular, según los investigadores, las materias de ciencias básicas, ubicadas en los primeros semestres, son las que presentan mayor problema en su aprendizaje, ya sea por su naturaleza, o porque la base matemática del bachillerato es deficiente, de igual forma acotan, que la formación con la que llegan los estudiantes a la universidad no es uniforme, por lo que el rendimiento en los primeros semestres reflejará esas diferencias en la calidad de formación de la educación secundaria.

Otra investigación que explora los factores asociados al tiempo de graduación, la aporta Giovagnoli (2002), quien utilizó modelos de riesgo proporcional no paramétricos para estimar los efectos cualitativos y cuantitativos de características personales y socioeconómicas que se relacionan con la duración y la probabilidad de riesgo de abandonar o graduarse en estudiantes de Contaduría Pública en la Universidad Nacional de Rosario. Dicho autor, evidenció que el mayor porcentaje de estudiantes se gradúa en el séptimo y octavo año, para un plan teórico de cinco años de la carrera y sólo el 5.83% de los estudiantes finaliza en el tiempo previsto. Estos resultados son consistentes con los encontrados por Muñoz (2005) en una

investigación realizada en la Universidad de La Laguna, quien al analizar el tiempo medio de graduación en titulaciones de ciclo largo, encontró que un elevado porcentaje de estudiantes, alrededor del 30%, invierte en graduarse siete años o más. También se corresponden estos resultados con los de Álvarez y Orrego (2000), quienes señalaron que el tiempo promedio de graduación de los estudiantes de Ingeniería Civil que fueron considerados en el estudio por ellos realizado, es de 12.86 semestres, para una carrera estimada en 11 semestres, es decir, que el rezago promedio para completar el plan de estudios es de  $1.86 \approx 2$  semestres.

Entre los factores que explican el comportamiento descrito, Pagura et al. (2000, c.p. Giovagnoli, 2002), encontró que las características que favorecen la posibilidad de concluir los dos primeros años de carrera en función del tiempo son: la aprobación de exámenes de ingreso, el nivel educacional de los padres y el comienzo de la carrera universitaria inmediatamente después de haber terminado el nivel secundario. Sin embargo este último hallazgo, según Giovagnoli (2000), resultó ser un factor relevante para el caso de la deserción, pero no incrementa significativamente la probabilidad de graduarse que tiene un estudiante. No obstante, el hecho que el alumno haya abandonado otra carrera, parece disminuir el chance de titularse a tiempo, en comparación con el que inicia una carrera por primera vez. Por el contrario, si el participante ha concluido otra carrera universitaria, antes de comenzar una nueva, tiene 4.46 veces más probabilidades de recibirse que un principiante.

Otros factores estudiados por Giovagnoli (2000), asociados a lo que denomina “finalización exitosa de la carrera universitaria”, son: el nivel de educación alcanzado por los padres, la condición de trabajador del estudiante, el género, el estado civil, la edad, el vivir con la familia y la orientación vocacional. Al respecto, cuando se mantienen todas las variables constantes, de acuerdo al modelo de análisis utilizado, los resultados del estudio indican que: el nivel de instrucción de los padres influye significativamente en la posibilidad de graduarse en el tiempo previsto, de esta forma, en la medida que el nivel educativo es mayor, la probabilidad de graduación se incrementa. Para un estudiante que está trabajando, al menos, durante el último año en que asiste a la universidad, la probabilidad de graduarse es de 45% menos que un alumno dedicado a tiempo completo al estudio. En cambio, el efecto de iniciar la carrera trabajando no es significativo en reducir la probabilidad de graduarse.

Otros de los factores que inciden positivamente en el tiempo de graduación, de acuerdo a Giovagnoli (2000) son: la condición de género femenino, el estado civil soltero. El haber recibido orientación vocacional por un profesional, lo que incrementa la probabilidad en 1.67 veces de culminar exitosamente la carrera; y el haber asistido a un colegio dependiente de la universidad, favorece esta probabilidad, en oposición a los egresados de escuelas secundarias nacionales.

En atención a los aspectos que median en la obtención del título de grado en el momento oportuno, Hall, Smith y Chia (2008), señalan que una gran variedad de factores pueden estar relacionados con una permanencia prolongada en la universidad, como por ejemplo aspectos de tipo económico, como aquellos que requieren de los estudiantes trabajos de medio tiempo, o tiempo completo para cubrir los costos, la indecisión sobre continuar en la carrera, el cambio de carrera o universidad, el ajuste de las libertades personales al ambiente universitario y las estrategias inútiles o ineficientes de aprendizaje, deben ser tenidos en cuenta para explicar el tiempo que conlleva a un estudiante entrar en la ceremonia de grado.

Se han encontrado también diferencias en el tiempo de graduación en atención a la modalidad de estudios, por ejemplo para el caso de la carrera Educación de la modalidad presencial, el tiempo promedio de graduación es de 6 años, según datos de la Secretaría de la Universidad Central de Venezuela (2006), mientras que de acuerdo a estadísticas reportadas por la Coordinación Académica de la Escuela de Educación (2007) de la misma universidad, el tiempo promedio de graduación de los estudiantes que cursan en la modalidad a distancia, es de 8 años, cuando el lapso reglamentario de carrera es 5 años para ambas modalidades. Características de los estudiantes de educación a distancia como que sea en su mayoría una población trabajadora, de mayor edad, padres de familia, y algunas descritas en la literatura (García Arretio, 2001; Salinas, 1998), como lo son la sensación de aislamiento y soledad y la falta de tiempo, podrían asociarse a dicha condición, y explicar tal vez las diferencias entre los estudiantes presenciales y a distancia de la misma carrera.

En problema de la postergación en el tiempo de graduación es complejo y responde a múltiples factores, como se puede ver. Otro de los aspectos que parece tener prevalencia en este problema es el requisito de presentación de tesis de grado que demandan algunas carreras. En este sentido, se ha descrito

el síndrome *Todo Menos Tesis* (TMT) como la condición en la que los estudiantes concluyen la escolaridad, pero no presentan el trabajo de grado, y por tanto, no se gradúan, pero pueden mantenerse en el sistema de control de estudios inscribiendo la tesis por un tiempo superior al reglamentario para la culminación de la carrera.

Ferrer de Valero y Malaver (2000), identificaron cuatro factores de tipo institucional, que comprometen la culminación del trabajo de grado, tales factores se enuncian seguidamente: (1) organización académica, (2) apoyo institucional, (3) tutores, y (4) ambiente organizacional. Concluyeron las autoras que de los cuatro factores mencionados, únicamente los dos primeros (organización académica y apoyo institucional), y el aspecto disponibilidad de tutor del tercer componente, tienen incidencia en el síndrome TMT, para el caso de los programas de estudio analizados en la Universidad del Zulia, lugar donde tuvo lugar la investigación.

Además de los aspectos de tipo institucional que parecen tener incidencia en el síndrome TMT, se han determinado algunos rasgos asociados al perfil del estudiante afectado por dicha condición, entre las características más notorias se destacan: falta de motivación, ansiedad, sensación de aislamiento, necesidad de apoyo, manejo inadecuado del tiempo, dificultades para escribir fluidamente, y baja autoestima académica y personal (Bustamante, 2004; Ferrer de Valero & Malaver, 2000; García Calvo, 2006 ; Gheller, 2002).

Profundizando un poco más en las características de personalidad asociadas a la postergación en la culminación de los estudios, se distinguen algunas investigaciones que dan cuenta de la relación entre rasgos de personalidad, rendimiento académico y permanencia prolongada en la institución educativa. Tal como señalan Cerchiaro, Pava, Tapia y Sánchez (2006), la mayor parte de los estudios que establecen la relación entre personalidad y rendimiento académico, se focalizan en rasgos de extraversión – introversión, y neuroticismo - estabilidad emocional. Por ejemplo, Entwistle y Cunningham (1968), Eysenck y Cookson (1969), y Savage (1966, c.p. Nácher, 2004), aportaron evidencia que la extroversión correlaciona positivamente con el rendimiento escolar y el neuroticismo por el contrario, se asocia negativamente. Esta última tendencia fue corroborada por Nácher (2004), sin embargo, no así para el caso de la extraversión, en donde se encontraron correlaciones negativas entre la extraversión y las variables del rendimiento escolar analizadas para un grupo de 57 niños de 12 y 14 años, lo cual, de acuerdo al autor, parece estar asociado al tamaño de

la muestra. No obstante, Bynner (1972) y Elliott (1972, c.p. Nácher, 2004), acotan que la “extraversión correlaciona positivamente con el rendimiento hasta los 14 ó 15 años, siendo la relación inversa años más tarde” (p.3).

Además de las variables extraversión y neuroticismo, el trabajo de Nácher (2004), exploró con base al Cuestionario EPQ-J de Eysenck y Eysenck, las dimensiones psicoticismo o dureza, sinceridad y predisposición a la conducta antisocial. Estas dimensiones de personalidad fueron correlacionadas con el rendimiento en asignaturas del plan de estudios de 8° grado de Educación Básica, y discriminadas por género. Los resultados arrojan correlaciones negativas entre todas estas variables y el rendimiento en el 89% de los casos. De estas variables, la propensión a la conducta antisocial (CA), fue la que más arrojó correlaciones negativas significativas, lo que de acuerdo a Nácher (2004) se interpreta como que “una mayor puntuación en la escala CA, esto es, ser inconformista, agresivo y transgredir las normas con mayor facilidad, está relacionado con un peor rendimiento en todas las asignaturas” (p.5). Con respecto, a la discriminación por género, sólo se hallaron diferencias significativas entre las niñas y niños en las asignaturas ciencias naturales y religión con respecto a la escala de sinceridad, en la que se obtuvieron correlaciones positivas con una clara superioridad de las niñas.

En atención a lo que supone establecer correlaciones entre variables en las que se incluya la personalidad como centro de referencia, Cerchiaro et al. (2006), señalan en principio, que en ningún sentido se pueden asumir como relaciones causales, y que “las variables de personalidad no se pueden utilizar como base para hacer predicciones sobre un individuo concreto, sino sólo para hacer predicciones probables, ya que están basadas en el estudio de grupos y no de individuos” (p.84). Cerchiaro et al. (2006), en este particular, no encontraron ninguna correlación directa entre factores de personalidad y el promedio académico en un estudio que exploró la relación entre el nivel de pensamiento, factores de personalidad y calificaciones en 195 estudiantes de la Universidad del Magdalena. Indican los autores con respecto a ello que “el promedio académico no obedece a un factor en especial ni está sujeto a una variable en particular, por lo menos a nivel general” (p.89).

Por su parte, Cassaretto, Niño de Guzmán y Calderón (2003), investigaron la relación entre personalidad, rendimiento académico y otras variables en 170 universitarios, mediante los instrumentos NEO PI-R de Costa y el EPPS de Edwards. Se consideró las variables edad, ciclo académico, percepción del rendimiento, de la propia motivación para estudiar, y fuentes

de apoyo. Se encontraron asociaciones entre el rendimiento y conciencia, perseverancia, cambio y agresión. El rendimiento fue mejor explicado por las aspiraciones de logro, reflexión, cambio de percepción del rendimiento y edad del estudiante.

Otro trabajo que explora factores de personalidad asociados a rendimiento académico, fue llevado a cabo por Nofle y Robins (2007), en el estudio se examinó la capacidad de predicción de algunos rasgos de personalidad sobre las puntuaciones del SAT (por sus siglas en inglés '*Scholastic Aptitude Test*') y el promedio académico GPA (por sus siglas en inglés '*Grade Point Average*'). Los resultados indican que la *sinceridad* fue el predictor más fuerte de los puntajes de razonamiento verbal en el SAT, y que la *escrupulosidad*, lo que supone hacer las cosas con atención y detenimiento, fue el mejor predictor, tanto del promedio académico en la escuela secundaria como en el *college*. Estas relaciones fueron replicadas a través de cuatro muestras independientes y cuatro diferentes inventarios de personalidad. Análisis adicionales mostraron que la *escrupulosidad* pronosticó el GPA de la universidad, incluso después de controlar el promedio de la escuela secundaria y los puntajes de la prueba de aptitud académica, y que la relación entre *escrupulosidad* y el promedio de notas en la universidad era mediado tanto en forma concurrente como longitudinalmente por el incremento del esfuerzo académico y altos niveles de habilidad académica percibida.

La relación entre sinceridad y los puntajes de razonamiento verbal del SAT fue independiente del rendimiento académico y fue mediado tanto en forma concurrente como longitudinalmente por la inteligencia verbal percibida. Juntos, estos hallazgos muestran que los rasgos de personalidad tienen efectos independientes e incrementan el rendimiento escolar, inclusive después de controlar los predictores tradicionales de los resultados académicos.

Duckworth (2006), sostiene que aun cuando la inteligencia ha sido el indicador por excelencia para predecir el logro académico y el desempeño en todos los dominios profesionales, no es suficiente para pronosticar el éxito. Duckworth (2006), a través de estudios longitudinales, aporta evidencia de cómo *la autodisciplina* y *la determinación de carácter* predicen el desempeño académico en adolescentes. La autodisciplina se define como ser ordenado y metódico consigo mismo, y la determinación o *fuerza de carácter* es definida como la perseverancia y la pasión por lograr metas a

largo plazo. Los resultados indican que la autodisciplina explica dos veces más la varianza en el rendimiento académico, tanto como el coeficiente intelectual (IQ) [por sus siglas en inglés '*Intelligence Coefficient*'], con el cual no estaba fuertemente relacionado. También se encontró que las niñas tienden a ser más autodisciplinadas que los niños, y que la autodisciplina contribuyó a obtener calificaciones más altas en todos los cursos incluyendo matemáticas, a pesar de puntajes marginalmente superiores en las pruebas de aprovechamiento y más bajos de IQ.

Con respecto a la variable determinación de carácter, cuatro estudios presentados dan apoyo a la hipótesis de que ésta es mejor predictor del éxito académico con respecto a la autodisciplina y el IQ. La fuerza de carácter predijo el logro educativo a lo largo del tiempo en una muestra de adultos de 25 años o más; también permitió pronosticar el GPA en adolescentes de escuela secundaria y estudiantes universitarios; en el mismo sentido, la determinación de carácter se asoció a niveles más altos de retención y GPA mayores en la Academia Militar de *West Point*, así como la clasificación en el *ranking* final del concurso de ortografía nacional. Duckworth (2006), especuló que la determinación de carácter es más importante para el logro de objetivos especialmente desafiantes, en los cuales la probabilidad de rendirse es alta, mientras que la autodisciplina es más importante para el logro de tareas más moderadas y estructuradas.

Anderson, Hattie y Hamilton (2005), utilizaron un instrumento multidimensional de locus de control (I-SEE) para investigar la relación entre locus de control, motivación y logro académico en tres diferentes tipos de escuelas. Una de las fortalezas del instrumento es que incorpora el constructo de *autoeficacia* que está arraigado al modelo de personalidad y acción basado sobre las concepciones teóricas del campo, además incluye el rol del ambiente y la personalidad en la determinación de la actividad. Los resultados sugieren que los modelos interaccionales son requeridos en investigaciones de motivación y logro académico, además que niveles moderados de locus de control y autoeficacia parecen ser más adaptativos que niveles extremos altos o bajos.

Otro estudio que alude al papel del locus de control y autoeficacia en relación al tiempo de graduación, fue desarrollado por Hall, Smith y Chia (2008), los autores apoyan el modelo de logro académico sobre la base de dimensiones de metacognición y factores afectivos (autoeficacia, motivación y locus de control). La investigación consistió en un estudio longitudinal

que se llevó a cabo con 202 estudiantes de *Southeastern University*, de los cuales 158 eran de primer año. Se obtuvo información sobre el GPA de la escuela secundaria. Se aplicó un Cuestionario de Procesos Ejecutivos (EPQ), para evaluar destrezas metacognitivas, la escala multidimensional de Levenson para locus de control, y la escala de locus de control interno de Chia. Las variables fueron procesadas por medio de un análisis de regresión, utilizando el año de graduación y el GPA en la universidad como variables dependientes.

Los resultados sugieren que los factores metacognitivos juegan un papel importante para pronosticar el éxito académico y el GPA en la universidad. También apoyan la premisa que el promedio de la escuela secundaria es un indicador de logro educativo en relación con el GPA de la universidad así como con el Índice de Eficiencia de Titulación. Sin embargo, el factor clave del estudio relacionado con el tiempo de graduación en el momento oportuno es *el locus de control interno*. Argumentan Hall et al. (2008), que la forma en que los estudiantes perciben los logros educativos con respecto a factores internos o externos, como la habilidad o esfuerzo, o la suerte o la ayuda pueden influir tanto en sus éxitos como en los fracasos en la academia. En este sentido, la percepción de baja autoeficacia y atribuciones negativas pueden socavar el trabajo escolar. Pero, cuando los estudiantes comprenden su papel en los resultados exitosos y están dispuestos a asumir un rol académico más competente, ello puede ser decisivo en transitar en la universidad y completar los requisitos de grado en el momento oportuno.

Finalmente, se hará referencia al trabajo de Stolrow (1994), quien condujo un estudio orientado a determinar el efecto diferencial de rasgos de personalidad sobre el tiempo de graduación de candidatos a las fuerzas especiales del ejército de los Estados Unidos. Stolrow (1994), comparó un grupo de 1419 aspirantes que participaron en el curso de valoración y selección de las fuerzas especiales. Se aplicó el MMPI como instrumento y se estableció la relación entre los rasgos de personalidad y los sujetos que se graduaron y los que fallaron.

Para las escalas simples, el análisis estadístico de MANOVA arrojó diferencias confiables en las escalas *L*, *F*, *I* y *8* entre los dos grupos, siendo las escalas *L*, *8* y *I*, las más fuertes para separar a los grupos, de acuerdo al análisis discriminante. Así como se encontraron diferencias entre aquellos sujetos que se graduaron primero y los que no fueron seleccionados. De acuerdo a Stolrow (1994), los resultados del estudio, fueron lógica y

estadísticamente consistentes con el perfil de personalidad hipotético asociado a los candidatos no exitosos, cuyos rasgos de personalidad incluyen incremento de rebeldía, impulsividad, egocentrismo, inmadurez e inadecuado ajuste personal.

Con base en este marco referencial, se presenta a continuación un estudio de carácter descriptivo que explora a partir del inventario PIHEMA R-2 (Ponce y Granell, 2006), algunos rasgos de personalidad que se pueden asociar a la condición de permanencia prolongada de estudiantes universitarios venezolanos.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

Se contó con un grupo de 22 estudiantes de la licenciatura en Educación que cursan bajo la modalidad a distancia, y que han permanecido en la universidad más del tiempo reglamentario para graduarse (5 años), de allí la denominación de “estudiantes de permanencia prolongada”. En este grupo se incluyeron tanto los que habían concluido la escolaridad y no han presentado tesis de grado (TMT), representado en un 36%, como aquellos que aun cursaban asignaturas (64%), a los que se denominó “Sin Concluir Escolaridad” (SCE). Tales alumnos participaron en un curso especial orientado a guiar la elaboración de su proyecto de tesis de grado. El grupo estuvo integrado mayoritariamente por mujeres (90%) de profesión docente, cuyo rango de permanencia en la universidad se extiende entre 7 y 12 años, con desviación típica de 3.18 años.

### INSTRUMENTO

Se utilizó un instrumento diagnóstico de lápiz y papel, orientado a coleccionar datos sobre: a) el historial de ingreso del estudiante a la universidad, b) relativos al registro del proyecto de grado y tutor, c) dificultades para la presentación del trabajo de grado, y d) formulación de los componentes básicos del proyecto de tesis.

También se usó el Inventario de Personalidad PIHEMA R-2 (Ponce & Granell, 2006), diseñado y validado en la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela, originalmente utilizado

para la selección de estudiantes de nuevo ingreso. Esta es una prueba de orientación cognitivo conductual, que arroja información sobre dos indicadores:

1. Asociados al éxito escolar, entre los que se incluyen: a) la motivación al logro y, (b) estabilidad emocional. De acuerdo a Ponce y Granell (2006). La motivación al logro evalúa conductas que se refieren a estados internos que dirigen al individuo hacia la consecución de metas asequibles, comprende características tales como: a) interés por el aprendizaje y la innovación, b) locus de control, y c) organización y perseverancia. La estabilidad emocional es descrita como la capacidad del individuo para emitir respuestas emocionales adecuadas ante estímulos externos, en ella se incluyen los componentes: a) asertividad, b) autodominio, y c) autoestima.
2. Asociados a conductas de interferencia con el éxito académico, tales conductas se refieren a rasgos relacionados con algunos trastornos de personalidad como: a) neuroticismo, b) tendencias paranoides y c) tendencias psicopáticas.

El Inventario de Personalidad PIHEMA R-2, cuenta con un exhaustivo análisis psicométrico sobre la base de la aplicación a una muestra amplia de 8411 bachilleres aspirantes a ingresar en la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela (Ponce & Granell, 2006). Según se desprende del manual del test, la consistencia interna del inventario se calculó por separado para cada una de las variables, reportándose un coeficiente de confiabilidad de Hoyt promedio de 0.66. La validez de constructo se estimó a partir de un análisis factorial, generándose tres factores, el primero de ellos aglutina las preguntas que se relacionan con indicadores asociados al éxito escolar; el segundo factor, concentra preguntas asociadas a conductas de interferencia con el desempeño académico; y finalmente el tercer factor, incluye las preguntas relacionadas a la escala de insinceridad. La validez de contenido se determinó a partir de la tabla de especificaciones del modelo planteado, y por tanto, la redacción de los ítems se hizo sobre la base de definiciones de variables aceptadas por diversos autores.

## PROCEDIMIENTO

Previo consentimiento informado, se aplicó tanto el instrumento diagnóstico como el Inventario de Personalidad PIHEMA R-2 al grupo de participantes, al inicio del curso académico dirigido a la elaboración de su proyecto de tesis de licenciatura. El Inventario fue corregido en forma automatizada a través de lectora óptica. Se excluyó del análisis el 9% de los casos por falta de confiabilidad en los resultados conforme a la escala de insinceridad.

Se calcularon medidas estadísticas, de tendencia central, y de correlación ( $r$ ) de los componentes de la prueba PIHEMA R-2 con el tiempo de permanencia en la universidad. De igual forma, se comparó, por medio de la prueba  $t$ , el comportamiento de los indicadores del inventario para los dos grupos de estudiantes de permanencia prolongada identificados, a saber: a) *Todo Menos Tesis* (TMT) y b) *Sin Concluir Escolaridad* (SCE). Posteriormente se corrió el modelo de regresión lineal múltiple para evaluar el peso de los indicadores de personalidad sobre el tiempo de permanencia del estudiante en la universidad. Los datos fueron procesados con el programa SPSS.17 (por sus siglas en inglés *Statistical Package for the Social Sciences*) y Microsoft Office Excel 2007.

## RESULTADOS

Las estadísticas descriptivas del Inventario de Personalidad PIHEMA R-2, se aprecian en la Tabla 1. Los resultados indican un comportamiento promedio del grupo, en cuanto a los componentes: motivación al logro (51.03), estabilidad emocional (48.32), y conductas de interferencia con el éxito académico (50.81). Dichos promedios se ubican dentro del rango aceptable, de acuerdo a las especificaciones de corrección del instrumento, lo que supone una desviación típica por encima o por debajo de la media que es 50 puntos, tal como se muestra en la Figura. Sin embargo, dichos promedios deben ser interpretados conforme a su desviación estándar, y como se observa en la Tabla 1, existe una dispersión promedio de 8.91 puntos, con respecto a la media, si se toman en cuenta las tres variables. Dicha dispersión sugiere gran herogeneidad y la presencia de personas que puntúan por debajo de la media, pero también por encima de esta, no obstante, en este último caso, no se supera el rango promedio.

En la Tabla 2 se presenta la distribución de los rasgos de personalidad del grupo de estudiantes que participaron en el estudio. Como se aprecia, la mayoría de las personas alcanza puntuaciones dentro del nivel promedio (40 – 69.9), de acuerdo a los criterios manejados. Sin embargo, se observa incidencia en el nivel bajo en los rasgos: interés por el aprendizaje y la innovación, asertividad, autodominio y autoestima, componentes estos tres últimos de la estabilidad emocional. De igual forma, se reporta un 14% de presencia en los rasgos neuroticismo y tendencia psicopática.

Tabla 1  
*Estadísticas descriptivas variables de personalidad medidas a través del Inventario PIHEMA R-2*

Descriptor	Motivación al logro	Estabilidad emocional	Conductas de interferencia
Media	51.03	48.32	50.81
Desviación estándar	8.58	9.53	8.64
Mínimo	37.60	31.72	39.09
Máximo	61.38	57.99	64.40

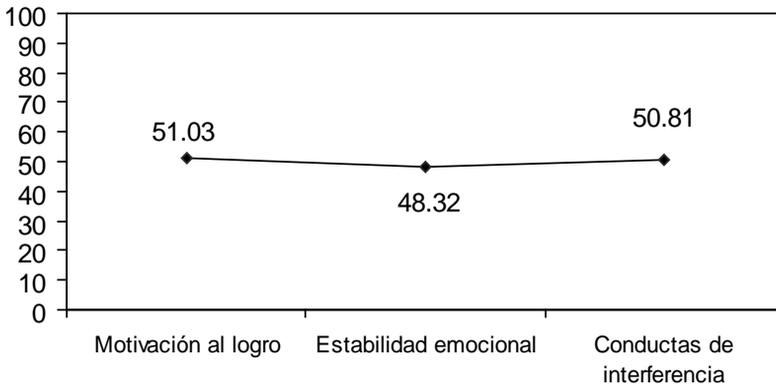


Figura 1. Puntajes promedio del grupo a partir del Inventario de Personalidad PIHEMA R-2.

Tabla 2

*Distribución porcentual de los rasgos de personalidad a partir del inventario PIHEMA R-2*

Rasgo	Bajo 20 – 39.9	Promedio 40 – 69.9	Alto 70 – 89.9
Interés por el aprendizaje y la innovación	45	55	
Locus de control	14	86	
Organización y Perseverancia	27	73	
Índice: Motivación al Logro	27	73	
Asertividad	36	64	
Autodominio	41	59	
Autoestima	36	64	
Índice: Estabilidad Emocional	36	64	
Neuroticismo	14	72	14
Tendencia paranoide	14	86	
Tendencia psicopática		86	14
Índice: Conductas de Interferencia	14	86	

En la Tabla 3 se muestran las correlaciones entre las variables de personalidad medidas y el tiempo de permanencia en la universidad del estudiante.

Tabla 3

*Correlaciones de los rasgos de personalidad y el tiempo de permanencia en la universidad*

Rasgo	Tiempo de permanencia
Interés por el aprendizaje y la innovación	-.639**
Locus de control	-.484*

Organización y Perseverancia	- .606**
Índice: Motivación al Logro	-.194
Asertividad	-.379
Autodominio	-.568**
Autoestima	-.386
Índice: Estabilidad Emocional	-.289
Neuroticismo	.438
Tendencia paranoide	.568**
Tendencia psicopática	.743**
Índice: Conductas de Interferencia	.560**

\* Significativo a .05 (bilateral)

\*\* Significativo a .01 (bilateral)

Como se aprecia en la Tabla 3, todos los rasgos asociados al éxito escolar, es decir aquellos vinculados a la motivación al logro y estabilidad emocional, correlacionan negativamente con el tiempo de permanencia en la universidad. La correlación resultó ser significativa para los atributos: a) interés por el aprendizaje y la innovación, b) organización y perseverancia, c) locus de control, y d) autodominio. Mientras que aquellas características que interfieren con el éxito académico correlacionan positivamente. Lo cual sugiere en el primer caso, una tendencia de covariación inversa entre los rasgos de ajuste y el tiempo que dura el estudiante en la universidad, es decir, a mayores puntajes en estos rasgos, la probabilidad de prolongar la graduación es menor y viceversa. Caso contrario ocurre con las conductas de interferencia, donde se reporta una correlación positiva entre tales rasgos y el tiempo que se mantiene el estudiante en el sistema. Los aspectos, tendencias psicopática y paranoide resultan ser significativos. Lo anterior permite presumir que mayores puntajes en las escalas relacionadas con estos rasgos están asociados a un menor Índice de Eficiencia de Titulación.

Al comparar los indicadores de personalidad para los dos grupos de estudiantes de permanencia prolongada identificados como Todo Menos Tesis (TMT) y Sin Concluir la Escolaridad (SCE), no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Tales contrastes se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4

*Pruebas de diferencia de medias para muestras independientes.  
Estudiantes TMT y SCE*

Indicador	Prueba t para diferencia de medias
Motivación al logro	$t(8,14) = .928, p > .05.$
Estabilidad emocional	$t(8,14) = .089, p > .05.$
Conductas de interferencia	$t(8,14) = .824, p > .05.$

De acuerdo a la evidencia encontrada, en apariencia los grupos TMT y SCE, se comportan de manera similar en cuanto a los indicadores: motivación al logro, estabilidad emocional y conductas de interferencia. Es decir, las características de personalidad en los estudiantes con más de cinco años en la universidad, que han concluido la escolaridad y tienen pendiente sólo la tesis de grado o, los que cursan materias y tienen pendiente además la tesis de grado, parecen manifestarse en el mismo sentido. No obstante, dado el pequeño tamaño de la muestra ( $n = 22$ ), se requieren estudios confirmatorios de mayor alcance.

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple a los fines de estimar el tiempo de permanencia en la universidad conforme a las variables incluidas en el Inventario de Personalidad PIHEMA R-2. En la Tabla 5 se aprecian los componentes del modelo de regresión. Se desprende a partir del análisis que cuando en el modelo se incluyen las variables motivación al logro y estabilidad emocional (predictoras), estas explican en un 29.4% ( $r^2$  corregida) el tiempo de permanencia en la universidad (variable dependiente o criterio), no obstante, el mayor coeficiente ( $\beta = -.623$ ) se atribuye a motivación al logro. De los componentes de motivación al logro, el que arroja el coeficiente más alto y significativo es *organización y perseverancia* ( $\beta = 7.104, p < .05$ ), aún cuando, los coeficientes para *locus de control e interés por el aprendizaje y la innovación*, también resultan ser significativos ( $p < .05$ ). En el caso de los indicadores de estabilidad emocional, el coeficiente más alto y significativo ( $\beta = .985, p < .05$ ) es *la autoestima*, pero de igual forma *el autodomínio y la asertividad*, también resultan significativos ( $p < .05$ ). En síntesis, estos rasgos, asociados a las variables de ajuste, son los que mejor explican, en el grupo analizado, el tiempo que le lleva a un estudiante graduarse a nivel de pregrado.

Al valorar el aporte de las conductas de interferencia sobre la variable dependiente, se tiene que estas explican un 16% ( $r^2$  corregida) del modelo, siendo *neuroticismo* el rasgo que reporta el coeficiente Beta más alto ( $\beta = -.406$ ), pero no significativo. En conjunto, con base en los datos analizados, las variables asociadas al éxito escolar y las conductas de interferencia, explican en un 45.4% el tiempo de permanencia en la universidad.

Tabla 5

*Componentes del modelo de regresión en función del tiempo de permanencia en la universidad*

Predictor	$\beta^a$	$\beta^b$	$\beta^c$	$r^2$	Tiempo de retraso estimado <sup>d</sup>
Motivación al logro (ml)	-.623 <sup>c</sup>			.294	7.47 <sup>f</sup> ≈ 8 meses
Estabilidad emocional (ee)		.438			5.25 ≈ 5 meses
Interés por el aprendizaje y la innovación (iai)*			-2.715*		2.7 años
Locus de control (lc)*		-4.50*			4.50 años
Organización y perseverancia (op)*	7.104*				7.12 años
Asertividad (as)*			-.485*		5.82 ≈ 6 meses
Autodominio (au)*		-.932*			11.18 ≈ 11 meses
Autoestima (at)*	.985*				11.82 ≈ 12 meses
Conductas de interferencia (i)	.133			.160	1.60 ≈ 2 meses
Neuroticismo (n)	-.406				4.87 ≈ 5 meses
Tendencia paranoide (te)		.328			3.93 ≈ 4 meses
Tendencia psicopática (tp)			.125		1.5 ≈ 2 meses

\*  $p < .05$

- Coeficiente de regresión estandarizado de primer orden, es decir el que aporta la mayor contribución relativa a la predicción conjunta.
- Coeficiente de regresión estandarizado de segundo orden, es decir, aquel que aporta la mayor contribución relativa a la predicción conjunta, después del de primer orden.
- Coeficiente de regresión estandarizado de tercer orden, es decir, aquel que aporta la mayor contribución relativa a la predicción conjunta, después del de segundo orden.
- Para el cálculo, se estableció la relación de unidades de tiempo contenidas en un año, a tales efectos se dividió 1 año  $\div$  12 meses = .0833. Luego con base en el valor constante (.0833), que representa las unidades de tiempo contenidas en un mes, cada  $\beta$  se expresó en meses a través de una regla de tres simple. Por ejemplo, si un mes

equivale a .0833 unidades de tiempo (ut), .623e ut equivalen a 7.47f meses.

Para efectos de interpretación sólo se tomarán en cuenta los coeficientes significativos, en este sentido, en términos de probabilidad se espera que por cada punto que aumente el locus de control, el interés por el aprendizaje y la innovación, el autodominio, y la asertividad, disminuye el tiempo de rezago en aproximadamente 4.5 años, 2.7 años, 11 meses y 6 meses respectivamente. Ello en función de los coeficientes negativos. Por otra parte, también se puede decir que por cada punto que aumente la organización y perseverancia, el tiempo de permanencia en la universidad tiende hacia la esperanza matemática (tiempo promedio de graduación para carreras de 5 años) que es 7 años.

Ahora bien, la presencia de *betas* positivos como el caso de la autoestima, y *betas* negativos como los señalados, podría responder al efecto combinado de las variables al participar en el modelo simultáneamente. No obstante, al analizar el significado de un coeficiente positivo para un predictor como la autoestima, en relación al tiempo de permanencia en la universidad, la interpretación sugiere que por cada punto que aumente la autoestima, se prolongaría por un año el tiempo para obtener el título, ya que, un coeficiente positivo implica una relación directa entre la variable predictora y la predicha o variable criterio. Tal resultado, permitiría hipotizar que no siempre altos valores en rasgos que se suponen favorecen el rendimiento escolar actúan favorablemente, o aquellos que se supone interfieren con el éxito académico actúan negativamente, como el caso del neuroticismo, que reporta un coeficiente negativo.

## DISCUSIÓN

Con base en la muestra analizada, los resultados aportan evidencia que soporta la idea que factores de personalidad pueden explicar en alguna medida el tiempo de permanencia prolongada en la universidad, es decir, aquel tiempo que supera al reglamentario para obtener el título de grado. Los factores de ajuste, cuando están presentes, como motivación y estabilidad emocional (que a su vez aglutinan varios indicadores), parecen favorecer las conductas de logro académico, mientras que las conductas de interferencia se asocian a un mayor tiempo de rezago. Aún cuando, no siempre se verifican relaciones directas entre las variables de ajuste e interferencia con respecto al tiempo de permanencia.

De acuerdo a la evidencia encontrada variables tales como autoestima, que se considera una variable de ajuste, y neuroticismo, definida como una variable de interferencia con conductas de logro académico, no operan de acuerdo al modelo teórico (Gómez, De la Cruz & Vilca, 2007; Náchér, 2004; Ponce & Granell, 2006), ya que, cuando se examina las relaciones entre estas variables en función de la estimación del tiempo que le lleva al estudiante graduarse, no se verifica para este caso, el supuesto que estudiantes con alta autoestima, tiendan a tener un mayor índice de eficiencia de titulación, o que altos niveles de neuroticismo se asocien a mayor tiempo de permanencia en la universidad. En atención a este comportamiento, Cerchiaro et al. (2004), sostienen que “altos niveles de ansiedad, ligado a algunas manifestaciones como tensión nerviosa, baja tolerancia a la frustración e hiperactividad, en algunos casos bien puede impulsar al individuo a la acción o bien producir una inhibición y/o bloqueo en su conducta” (p.88). Al igual que podría hipotizarse con respecto a la autoestima, en tanto esta es un juicio de valor sobre uno mismo, el cual al ser tan elevado, puede constituirse en una barrera para aceptar opiniones divergentes o asumir una posición discente, que lejos de favorecer el logro de metas académicas, podría afectar negativamente, ya que también participan componentes de tipo socioafectivo que regulan las relaciones entre los actores del proceso educativo. De esta forma, actitudes prepotentes o autosuficientes pueden ser un obstáculo para seguir instrucciones, aceptar errores, aprender de otros o fortalecer nexos de amistad y convivencia. En consecuencia, se puede deducir de lo antes expresado, que no siempre estos factores (autoestima y neuroticismo) actúan de manera determinística en una sola dirección. No obstante, estudios posteriores confirmatorios son requeridos.

Al analizar la distribución porcentual de los rasgos de personalidad que caracterizan al grupo en función del tiempo de permanencia y las variables que resultaron significativas a partir del modelo de regresión, se deduce que los estudiantes que fueron sujetos a investigación alcanzan un nivel que no satisface la culminación de los estudios en el tiempo previsto teóricamente. En atención a lo anterior, uno de los componentes que parece ser clave es la *organización y perseverancia*. De hecho, el coeficiente más alto reportado entre las variables predictoras con respecto a la variable criterio que es tiempo de demora para obtener el título universitario, es precisamente este factor. Lo cual es consistente con los resultados de Duckworth (2006) y Noffle y Robins (2007).

Al parecer, en este grupo de estudiantes se ve comprometida la capacidad para planificar y ordenar actividades que demanda la Educación Superior, así como, se socava el esfuerzo invertido para mantenerse constante en la tarea hasta lograr las metas académicas propuestas, lo que origina un retraso en promedio de dos años para graduarse, con respecto al tiempo reglamentario (cinco años), por lo que estos estudiantes requieren siete años para egresar de la universidad.

En apoyo al modelo de cómo operan los factores de personalidad, asociados a la motivación y a la estabilidad emocional en las conductas de logro académico, Lezama (2009) exploró la relación entre perfiles de metas múltiples sobre el autoconcepto, el aprendizaje autorregulado y el rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. Al respecto, señala:

que cuando las metas favorecedoras de la motivación se presentan juntas, se ven acompañadas de un buen patrón de autoconcepto, autorregulación y rendimiento; que ciertas metas desfavorecedoras de la motivación pueden debilitar el perfil motivacional de otras favorecedoras en función de la intensidad de las mismas, haciéndose acompañar de pobres patrones de autoconcepto, autorregulación y rendimiento. (p. iii)

Indica Lezama (2009), que “cuando las personas están motivadas a lo académico por el hecho de aprender, muestran una percepción favorable de sí mismas y suelen contar con buenas estrategias reguladoras” (p.3), lo cual es consistente con los trabajos de Cassaretto et al. (2003) y Duckworth (2006). En esta línea de razonamiento, Lezama (2009) destaca la importancia del aprendizaje autorregulado de acuerdo a la teoría de orientación de metas de rendimiento propuesta por Pintrich, en la que se sostiene que la capacidad de autorregulación es una variable que caracteriza a aprendices comprometidos con su propio aprendizaje, capaces de analizar las demandas de las tareas y de su disponibilidad de recursos personales y afectivos, que se esfuerzan por movilizar tales recursos para satisfacer las demandas, y que se mantienen evaluando sus progresos. Tal perfil se define en el marco de la teoría de Pintrich como aquel con *orientación hacia metas de aprendizaje*.

Dada la relevancia probada de variables como organización, escrupulosidad, autodisciplina y perseverancia como buenos predictores del éxito académico, y en virtud que dichas competencias pueden ser desarrolladas, sería provechosa la implementación de programas de intervención que apunten en este sentido.

Por otra parte, en oposición al perfil descrito de orientación hacia metas de aprendizaje, se enuncia el de *meta de evitación del aprendizaje* (Pintrich, 2000 c.p. Lezama, 2009) que caracteriza a personas poco comprometidas en el aprendizaje, que evitan actividades académicas por el temor a fallar, en lugar de promover la persistencia en los esfuerzos de aprendizaje; lo que podría estar asociado a una subestimación de las capacidades para realizar la tarea, una pobre percepción de si mismo para relacionarse con los profesores o compañeros de clase, o un concepto de minusvalía de su rol como estudiante. Adicionalmente, también se han atribuido a este perfil rasgos como bajo nivel de motivación intrínseca y limitaciones para tolerar la frustración y el fracaso.

En referencia a las condiciones de la muestra, esta se caracteriza por estudiantes de permanencia prolongada, cuyas puntuaciones en las variables de ajuste no superan una desviación típica por encima y por debajo de la media, de acuerdo a la escala utilizada. En este sentido, los rasgos asociados a motivación al logro, como interés por el aprendizaje y la innovación, locus de control y organización perseverancia, así como aquellos incluidos en el factor estabilidad emocional, como asertividad, autodominio y autoestima, no alcanzan niveles que favorezcan estados internos que impulsen y dirijan al individuo hacia la consecución de metas académicas asequibles, y limitan la capacidad del estudiante para emitir respuestas emocionales adecuadas ante estímulos externos, de acuerdo a la concepción de motivación al logro y estabilidad emocional que manejan Ponce y Granell (2006). Lo cual es consistente con el perfil de meta de evitación del aprendizaje descrito por Pintrich (2000).

En otro sentido, al analizar las correlaciones, se halló una correlación positiva y significativa entre conductas que interfieren en el rendimiento académico como neuroticismo, tendencia paranoide, y tendencia psicopática, con el tiempo de permanencia en la universidad. Tales conductas, asociadas a trastornos de personalidad pueden socavar el rendimiento académico, tal como lo señalan Náchter (2004) y Ponce y Granell (2006). Al verse afectado el rendimiento escolar, ello puede, en opinión de la autora, comprometer la

finalización exitosa de los estudios universitarios, lo que supone hacerlo en el tiempo previsto. En este sentido, Náchér (2004), a partir de un estudio que exploró la relación entre personalidad y rendimiento académico, da soporte a la idea que rasgos de personalidad psicopáticos están asociados a bajo rendimiento académico. En el estudio referido se encontró correlación negativa significativa entre neuroticismo y variables del rendimiento escolar.

No obstante, con respecto a cómo operan las variables de personalidad, y en particular aquellas que interfieren con el rendimiento académico, es importante retomar el principio expresado por Cerchiaro et al. (2006), en atención a que estas variables pueden ser una referencia para hacer predicciones probables en función de grupos y no de individuos, y también queda expresa la idea de estos autores que dichos factores de personalidad pueden actuar en un sentido u otro. De acuerdo a los resultados de esta investigación, la tendencia sugiere que las variables de interferencia operan como componentes que alargan el tiempo que le toma al estudiante obtener el título profesional, por lo que se las tipifica como factores que inhiben o bloquean la conducta de logro académico. Sin embargo, es importante no desestimar, las consideraciones hechas previamente en torno a neuroticismo, en la que esta relación no se verifica cuando se analiza el efecto combinado de las variables de interferencia en el modelo de regresión lineal múltiple.

Desde el punto de vista de la autora, el estudio tiene implicaciones sobre los criterios de selección de estudiantes a la Educación Superior, y en particular sobre el grupo objeto de selección en el que se utiliza el Inventario de Personalidad PIHEMA R-2. Si se parte del supuesto que los rasgos de personalidad tienen un valor predictivo sobre el Índice de Eficiencia de Titulación, convendría evaluar la escala y los puntos de corte que se están aplicando para otorgar el carácter de elegible a los sujetos. En este sentido se piensa que establecer como punto de corte dos desviaciones típicas por encima de la media para los factores motivación al logro y estabilidad emocional podría tener un efecto favorable sobre la condición de rezago del estudiante. Con respecto a las conductas de interferencia habría que analizar qué hacer consideraciones sobre la base de estudios más especializados.

Es importante advertir que los resultados de esta investigación están basados en un grupo de 22 estudiantes universitarios que cursan la carrera docente bajo la modalidad a distancia, lo cual le imprime características particulares a la muestra, es decir, no se trata de estudiantes universitarios convencionales que asisten a clase todos los días, sino de un grupo que tiene como condición,

estar separado físicamente de la institución y que recibe instrucción a distancia. Se trata también de una población adulta, predominantemente femenina, con carga familiar y en su mayoría trabajadora. Factores estos que es necesario tomar en cuenta a la hora de explicar el tiempo de permanencia prolongada en la universidad. En aras de profundizar en el estudio, se cree necesario incorporar al análisis otras variables moderadoras como por ejemplo el género y la edad, y comparar con estudiantes universitarios que cursan bajo régimen presencial.

Por otra parte, aun cuando en la literatura se reporta como admisible un número superior a 20 observaciones para realizar un análisis de regresión múltiple (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2004), se estima conveniente replicar el estudio con una muestra de mayor tamaño, ya que, el aumento del tamaño de la muestra tiene un impacto directo sobre la potencia de la regresión, esto es, se maximiza la probabilidad de detectar como estadísticamente significativo un nivel específico de  $r^2$ , lo que en otras palabras supone que la muestra permite detectar razonablemente las relaciones, si existen (Hair, et al. 2004).

De igual forma, al aumentar el tamaño de la muestra se espera se robustezca el cumplimiento de los supuestos del modelo de regresión lineal múltiple, como son: linealidad, heterocedasticidad, colinealidad y normalidad (para una descripción detallada véase Hair, et al. 2004). Lo cual permitirá mejorar la estimación de valores a partir del modelo y ampliar la capacidad de generalización de los resultados.

Desde el punto de vista de la autora, los resultados aquí expuestos pueden dar pautas para proseguir investigaciones de mayor alcance, pero es necesario señalar que el análisis de los errores del modelo de regresión exhibe un sesgo en todos los componentes de personalidad, esto es, la diferencia entre los valores observados y predichos a partir de las ecuaciones de regresión indica una sobrestimación para el caso de las variables motivación al logro y estabilidad emocional y una subestimación para las conductas de interferencia, lo cual puede obedecer a las restricciones del modelo impuestas por el tamaño de la muestra, como ya se señaló. No obstante, fueron detectadas asociaciones importantes entre variables de personalidad y el tiempo de permanencia prolongada en la universidad en estos estudiantes.

## CONCLUSIONES

1. En general, la tendencia de los estudiantes “de permanencia prolongada” que formaron parte del estudio indica un comportamiento promedio en cuanto a los componentes: motivación al logro, estabilidad emocional y conductas de interferencia con el éxito académico. Sin embargo, el hecho que el 43%, en promedio, exhiba un nivel bajo en los rasgos a) interés por el aprendizaje y la innovación, y b) autodominio; así como, que el 36% se ubique también en un nivel bajo en cuanto a estabilidad emocional, pueden sugerir cierto patrón de influencia que explique la condición de permanencia prolongada en la universidad.
2. Los resultados sugieren que los rasgos de ajuste asociados a la motivación al logro y estabilidad emocional correlacionan en sentido inverso con el tiempo de permanencia en la universidad. Lo que supone que a mayores puntuaciones en estas escalas, menor es el tiempo que conlleva la obtención del título. Por el contrario, rasgos asociados a conductas de interferencia correlacionan positivamente con el tiempo de permanencia.

Las características que reportaron correlaciones significativas para los dos primeros factores (motivación al logro y estabilidad emocional) son: interés por el aprendizaje y la innovación, locus de control, organización y perseverancia y autodominio. En el factor conductas de interferencia se identifican como rasgos significativos la tendencia paranoide y la tendencia psicopática.

3. En apariencia, los estudiantes de permanencia prolongada identificados bajo las categorías Todo Menos Tesis (TMT) y Sin Concluir la Escolaridad (SCE), parecen tener un perfil similar en cuanto a los rasgos de personalidad analizados, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
4. De acuerdo a la evidencia hallada, las variables que parecen tener mayor capacidad predictiva con respecto al tiempo de graduación en la universidad, son por orden de importancia, a) organización y perseverancia, b) locus de control, c) interés por el aprendizaje y la innovación, d) autoestima, e) autodominio, y f) asertividad.

5. Con base en los resultados, se puede concluir que las variables de personalidad estudiadas tienen un valor predictivo que explica en conjunto el 45.4% de la variabilidad en el tiempo de graduación. En tal sentido, se estima conveniente evaluar los criterios de selección basados en el Inventario de Personalidad PIHEMA R-2 a objeto de optimizar dicha capacidad de estimación, en función de disminuir el tiempo de rezago.

## REFERENCIAS

- Álvarez, M., & Orrego, R. (2000). Modelo markoviano para el estudio de evolución de cohortes de estudiantes de un programa académico. *Universidad Eafit*, (120), 45-56.
- Anderson, A., Hattie, J., & Hamilton, R. (2005). Locus of control, self-efficacy and motivation in different schools: Is moderation the key to success? [versión electrónica], *Educational Psychology*, 25(5), 517.
- Bustamante, S. (2004). El proyecto de investigación como texto: una experiencia etnográfica [versión electrónica], *Investigación y Postgrado*, 9(2).
- Cassaretto, M., Niño de Guzmán, I., & Calderón, A. (2003). Personalidad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 21(1), 119-143.
- Cerchiaro, E., Paba, C., Tapia, E., & Sánchez, L. (2004). Nivel de pensamiento, rasgos de personalidad y promedios académicos en estudiantes universitarios [versión electrónica], *Duazary*, 3(1), 81-89.
- Coordinación Académica de la Escuela de Educación. (2007). [*Hoja de cálculo Excel*]. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Duckwort, A.L. (2006). Intelligence is not enough: Non-IQ predictors of achievement (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania). *Abstract*. Recuperado Mayo 31, 2009 de: <http://proquest.umi.com.novacat.nova.edu/pqdweb?index=3&did=1115120921&SrchMode=1&sid=2&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1243692560&clientId=17038>
- Ferrer de Valero, Y., & Malver, M. (2000, Abril). Factores que inciden en el síndrome todo menos tesis (TMT) en las maestrías de la Universidad del Zulia. *Opción* [versión electrónica], *Revista de Ciencias Humanas y Sociales* (31), 112-129.
- García Aretio, L. (2001). *La educación a distancia. De la teoría a la práctica*. Barcelona, España: Ariel.

- García Calvo, J. (2006). El desarrollo de un taller de investigación en línea como estrategia para apoyar a tesis universitarios [versión electrónica], *Revista de Pedagogía*, 27(78), 9-32.
- Gheller, S. (2002). Estrategia de intervención para resolver el síndrome “Todo Menos Tesis” en el componente docente de la Escuela de Educación de la Universidad Central de Venezuela. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 2(2), 13-32.
- Giovagnoli, P. (2002). *Determinantes de la deserción y graduación universitaria: Una aplicación utilizando modelos de duración* (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de La Plata). Recuperado el 29 de mayo de 2009 de <http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/doctrab/doc37.pdf>
- Gómez, J., De la Cruz, M., & Vilca, H. (2007). Relación entre autoestima y rendimiento académico de los estudiantes de las áreas profesionales de la Universidad Nacional del Centro del Perú. *Perspectiva Universitaria*, 2(1), 35-39.
- González, J. (2005). *Deserción y rezago estudiantil en la Universidad Central de Venezuela*. Recuperado el 29 de Mayo de 2009 de: <http://es.geocities.com/albescaliman06/sahwct/t3/antecedente3.htm>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2004). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hall, C., Smith, K., & Chia, R. (2008). **Cognitive and personality factors in relation to timely completion of a college degree** [versión electrónica], *College Student Journal*, 42(4), 1087-1098.
- Lezama, L. (2009). *Perfiles de metas múltiples de estudiantes universitarios descritos a partir del autoconcepto, la autorregulación y el rendimiento académico*. Trabajo de ascenso no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Muñoz, S. (2005). *Indicadores de rendimiento académico del alumnado de la Universidad de la Laguna*. Recuperado Mayo 29, 2009 de: [http://www2.ull.es/docencia/crediteuropeo/jornadas\\_calidad/SoledadMunoz.pdf](http://www2.ull.es/docencia/crediteuropeo/jornadas_calidad/SoledadMunoz.pdf)
- Nácher, V. (2004). *Personalidad y rendimiento académico*. Recuperado el 31 de Mayo de 2009 de <http://www.uji.es/publ/edicions/jf12/personal.pdf>
- Nofle, E., & Robins, R. (2007). Personality predictors of academic outcomes: Big five correlates of GPA and SAT scores [versión electrónica], *Journal of Personality and Social Psychology*. Tomo 93(1), 116.
- Pintrich, P. (2000). An achievement goal theory perspective on issues in motivation terminology, theory and research [versión electrónica], *Contemporary Educational Psychology*, 25, 92-104.

- Ponce, M. y Granell, P. (2006). *Manual Técnico: Inventario de Personalidad PIHEMA R-2*. Caracas: Comisión Técnica de Admisión. Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela.
- Rama, C. (2005). Deserción y repetición en América Latina. *Boletín Digital N°106 IESALC/UNESCO*. Recuperado Mayo 29, 2009 de: <http://www2.iesalc.unesco.org.ve:2222/pruebaobservatorio/boletin106/boletinno106.htm>
- Salinas, P. (1998). El síndrome TMT y el síndrome TMA. Síntomas, efectos, epidemiología, etiología, terapia y contraindicaciones. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2(1-4), 2-4.
- Secretaría de la Universidad Central de Venezuela (2006). *Boletín estadístico*. Recuperado Mayo 31, 2009 de: <http://www.ucv.ve/secretaria.htm>
- Stolrow, J. (1994). The assessment and selection of Special Forces Qualification Course candidates with MMPI (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology – Los Angeles). *Abstract*. Recuperado Junio 03, 2009 de: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=747500241&SrchMode=2&sid=4&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1244059352&clientId=57645>

## **Influencia de las estrategias motivacionales en la actitud hacia la educación sexual**

Gysell Plata, Aura Tampoa, Vincenzo Russotto y Salomé Rosales

gysell\_p@hotmail.com

auratampo@hotmail.com

vincenzorussotto@gmail.com

salome.rl@gmail.com

Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela

### Resumen

La presente investigación, estudió la influencia de estrategias motivacionales sobre la actitud hacia la educación sexual. Participaron 45 estudiantes de ambos sexos, de séptimo grado de bachillerato, en una institución pública, asignados aleatoriamente a dos grupos experimentales y un grupo control. Todos los participantes recibieron un manual sobre infecciones de transmisión sexual. Como estrategias motivacionales el grupo experimental 1 realizó un proyecto grupal, el 2 un cuento individual y el grupo control no realizó ninguna actividad. Se les aplicó una escala de actitud hacia la educación sexual. Se empleó ANOVA de una vía y Scheffé, encontrándose que realizar estrategias motivacionales contribuye a incrementar la actitud positiva hacia la educación sexual, con respecto a no realizar ninguna actividad.

**Palabras clave:** Actitud, educación, estrategia motivacional, sexualidad, infecciones de transmisión sexual.

## **Influence of motivational strategies on the attitude toward sexual education**

### **Abstract**

This investigation studied the influence of motivational strategies on the attitude toward sexual education. Participants were 45 students (male and female) from seventh grade of a public institution. They were randomly assigned to one control group and two experimental groups. All the participants received a manual about sexual transmission infections. As motivational strategies the experimental group 1 made a group project, the second experimental group used an individual story and the control group did not use any activity. An attitude toward sexual education scale was applied and a one way ANOVA and a Scheffé test were used. We found that motivational strategies contribute to increase the positive attitude toward sexual education.

***Key words:*** attitude, education, motivational strategies, sexuality, sexual transmission infections

La sexualidad humana hace referencia a la condición psicológica, social y fisiológica que una persona desarrolla de acuerdo al género al cual pertenece; este proceso de individuación e identificación predetermina la forma de percibir el mundo, de establecer relaciones con los otros y de construir aspiraciones (Ruiz, 2003). Los estudiosos de la salud pública han conducido que el ser humano, para poder convivir armónicamente con el sistema que le rodea, debe estar sano, este término se refiere no sólo a la ausencia de enfermedad sino por el contrario a la forma en la cual todos los ámbitos de la vida de un individuo (biológico, psicológico, social y espiritual) se encuentran interactuando de manera coherente.

Al extrapolar esta definición de salud al área específica de la sexualidad se puede decir que, de acuerdo a Àmbit Prevenció (2006) la salud sexual se designa como la capacidad de disfrutar y adaptar el comportamiento instintivo y reproductivo en consonancia con una ética personal y de respeto al otro; esto está relacionado con la desmitificación de las falsas creencias, la liberación del miedo, de la vergüenza, la culpa y demás factores psicológicos que imposibilitan una respuesta sexual gratificante. Esta concepción de la salud sexual también incluye la prevención y el tratamiento de aquellas enfermedades o infecciones que pudiesen llegar a interferir en el logro de relaciones íntimas satisfactorias. Sin embargo, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son una problemática mundial creciente, que afecta la salud física y psicológica de los individuos, y requiere de soluciones urgentes.

En Venezuela y el mundo, la problemática en torno a las ITS, ha alcanzado cifras alarmantes. Según el Anuario de Mortalidad 2004, elaborado por el MSDS venezolano, el SIDA fue causante de 1.369 defunciones. Y con respecto al VPH, aunque los ginecólogos reportan que es uno de los principales motivos de consulta, se desconocen las cifras oficiales sobre el número de infectados en la nación.

Si bien la población adolescente y joven suele ser un segmento relativamente sano de la población, cuando reportan mala salud tiende a relacionarse con accidentes, actos de violencia, consumo de drogas e ITS, con fuertes consecuencias biológicas y psicosociales (Hernández y Cruz, 2008). Por sus características los que más comprometen su salud reproductiva. La conducta sexual irresponsable, ITS, el embarazo no deseado y el aborto provocado constituyen problemas de salud que se presentan con frecuencia en los adolescentes (Doblando, De la Rosa, Pérez, Jiménez, y González, 2009).

Aunque esta situación requiere de acciones constantes de salud pública en todos los países, Krahe, Abraham y Scheinberger – Olwig (2005), sostienen que generalmente se desconoce la efectividad de los panfletos de educación para la salud creados para las campañas de prevención. Por ello, los investigadores realizaron un experimento para evaluar la influencia de una estrategia motivacional sumada a la presentación de información en un volante sobre educación sexual, en la actitud hacia el condón. El resultado fue que no hubo diferencias significativas entre el grupo que recibió un incentivo y el grupo que no. Los autores recomiendan comprobar otras estrategias motivacionales y otros medios de transmisión de información, así como el uso de una muestra con menor nivel cognoscitivo.

Por otra parte, Yavuz (2004), y Hallman (1975) sostiene que existen diversos tipos de estrategias para motivar a un grupo de personas para aprender una información. Entre ellas se pueden mencionar: la generación de proyectos en conjunto y las actividades de pensamiento creativo, como la creación de un cuento a partir de la presentación de un material previo.

Partiendo de lo anterior, en ésta investigación se planteó la siguiente pregunta: **¿Influyen las estrategias motivacionales en la actitud hacia la educación sexual?**

## MÉTODO

### VARIABLES

Variable Independiente: Estrategias motivacionales.

*Niveles:* Proyecto grupal – Campaña publicitaria.

Actividad individual – Cuento.

Ausencia.

Variable Dependiente: Actitud hacia la Educación sexual.

### DISEÑO

Dos grupos experimentales y un grupo control con post test.

(R) G1 X1 O2

(R) G2 X2 O4

(R) G3 ---- O5

## PARTICIPANTES

45 jóvenes de 13 a 14 años de edad, de ambos sexos, estudiantes de séptimo grado de bachillerato, de la Escuela Básica Distrital “Ramón Pompilio Oropeza” asignados de forma aleatoria a los grupos y condiciones experimentales.

## PROCEDIMIENTO

Se procedió a la entrega y lectura de un manual sobre ITS, con una duración de 45 min. Luego se asignó a cada grupo experimental la estrategia motivacional correspondiente. Al grupo control no se le asignó ninguna tarea. Una vez culminada la actividad se aplicó la escala de actitud hacia la educación sexual.

## RESULTADOS

A través del programa SPSS 10.0 se procedió al cálculo de los estadísticos descriptivos (Media, desviación típica, varianza) para cada una de las condiciones experimentales, seguidos del análisis de varianza (ANOVA de una vía), y la prueba post hoc Scheffé.

Para el grupo control  $G_c$ , la media de la prueba fue de 102.533 puntos, con una desviación típica de 7.463, y una varianza de 55.695. En la condición del proyecto grupal (publicidad)  $G_1$  la media de la prueba fue de 140.067 puntos, con una desviación típica de 8.181, y una varianza de 66.924. En el grupo que realizó el cuento como estrategia  $G_2$ , la media de la prueba fue de 135.867 puntos, con una desviación típica de 12.966, y una varianza de 168.124 (Tabla 1 y figura 1).

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos para las medidas de la actitud hacia salud sexual en todas las condiciones.*

			N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.	Asimetría	Curtois
<b>G Control</b>	<b>C</b>	Sumatoria	15	88,00	112,00	102,5333	7,4629	-,708	-,302
		N válido (según lista)	15						
<b>G Publicidad</b>	<b>1</b>	Sumatoria	15	126,00	157,00	140,0667	8,1807	,418	,915
		N válido (según lista)	15						
<b>G2 Cuento</b>		Sumatoria	15	115,00	159,00	135,8667	12,9663	-,137	-,817
		N válido (según lista)	15						

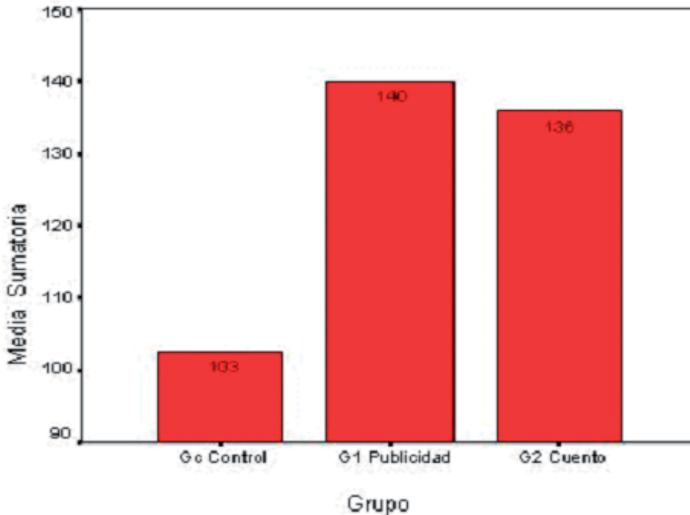


Figura 1: Medias de las puntuaciones obtenidas por los grupos.

La significación arrojada por la prueba ANOVA de una vía fue de 0.000, por lo que puede afirmarse que existen diferencias significativas entre los grupos (Tabla 2). Para determinar en dónde se encuentran dichas diferencias, se aplicó la prueba Scheffé (Tabla 3), encontrándose que las diferencias entre el  $G_c$  y el  $G_1$ , tuvieron una significación de 0.00 ( $\alpha=0.05$ ), al igual que entre el  $G_2$  y el  $G_c$ . Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos experimentales (0.511 en ambos casos).

Tabla 2

*Prueba ANOVA de una vía para la significación de las diferencias entre los grupos*

	Suma de cuadrados	Gl	Méda cuadrática	F	Sig.
<b>Intergrupos</b>	12687,511	2	6343,756	65,457	,000
<b>Intragrupos</b>		42	96,914		
<b>Total</b>	16757,91	44			

Tabla 3

*Prueba Post Hoc Scheffé*

(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al X5%	
					Límite inferior	Límite superior
Gc Control	G1 Publicidad	-37.53+	35.947	.000	-466.556	-284.111
	G2 Cuento	-33.33+	35.947	.000	-424.556	-284.111
G1 Publicidad	G1 Publicidad	<b>37.53+</b>	35.947	.000	284.111	456.556
	G2 Cuento	4.20	35.947	.511	-49.223	133.223
G2 Cuento	G1 Publicidad	33.33+	35.947	.000	242.111	424.556
	G2 Cuento	-4.20	35.947	.511	-133.223	49.223

+ La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05

En el diagrama de cajas, es posible apreciar que la mediana del  $G_c$  es de 104 puntos, la del  $G_1$  es de 139 y la del  $G_2$  es de 139 igualmente. El  $G_1$  fue el más homogéneo de todos, a éste le sigue el grupo control y por último se ubica el  $G_2$ , que resultó ser el más heterogéneo, es decir, obtuvo una mayor dispersión en sus puntajes y un rango mayor que el  $G_1$  (Figura 2)

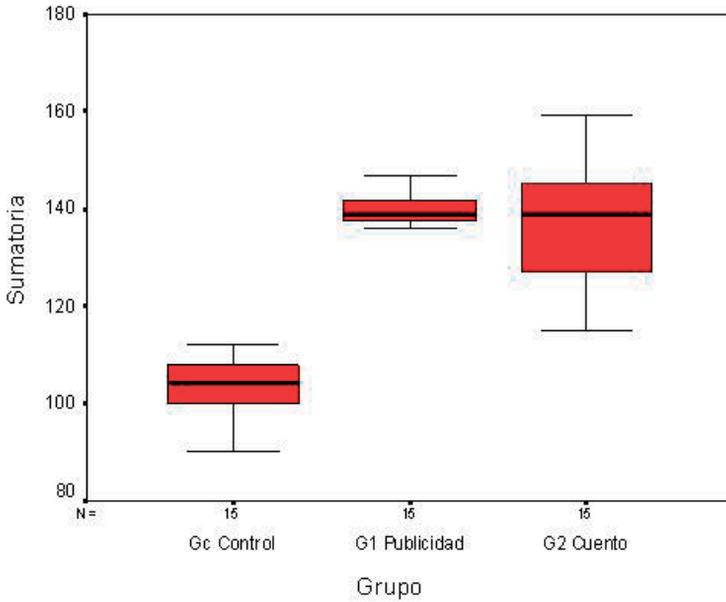


Figura 2: Diagrama de cajas de las puntuaciones obtenidas por los grupos.

## DISCUSIÓN

Existe un gran número de investigaciones que han examinado cómo las estrategias motivacionales influyen en el aprendizaje, la persuasión, generación y cambio de actitudes. Krahe, Abraham y Scheinberger – Olwig (2005), usaron panfletos (volantes) obteniendo diferencias no significativas en la actitud hacia uso del condón. Estos incentivos externos, en vez de internos, consistían en vales para canjear en una tienda de Cd's. Por su parte, Yavuz (2004), sostiene que existen diversas formas de incentivar intrínsecamente a los sujetos, sin recurrir a medios externos como el dinero, señalando entre éstos la generación de proyectos en conjunto, mientras que Hallman (1975) afirma que la realización de cuentos y otras actividades creativas son provechosas para el proceso educativo, debido a sus efectos motivantes. En cualquier caso, se puede decir que la motivación intrínseca de quien percibe un mensaje juega un papel trascendental, ya que ha medida que esta es mayor, el compromiso de analizar el material obtenido también se incrementa, como señalan Fernández y Suárez (2005).

En la presente investigación, se probó la influencia de dos estrategias motivacionales en la actitud hacia la educación sexual, partiendo de estos hallazgos. Las estrategias seleccionadas fueron la realización de un proyecto grupal que consistió en el desarrollo de una campaña publicitaria en base a la información contenida en un manual sobre ITS, y la creación, individual, de un cuento, partiendo del mismo material informativo.

La hipótesis de investigación planteada, dictaba que el grupo al cual se le presentara un manual informativo infecciones de transmisión sexual y se le asignara la realización de un proyecto en equipo, mostraría una actitud más positiva hacia la educación sexual, que el grupo al cual se le presentara un manual y se le asignara la realización de un cuento individualmente; este a su vez mostraría una actitud más positiva hacia la educación sexual que el grupo que no realizara ninguna tarea adicional luego de la presentación del manual.

De acuerdo a los resultados obtenidos luego de aplicar los estadísticos inferenciales, se obtuvo que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, en la que se plantea que no existen de diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los participantes de los tres grupos, en la Escala de Actitud hacia la Educación Sexual, a favor de la hipótesis de investigación.

Sin embargo, cabe destacar que la hipótesis de investigación sólo se acepta parcialmente debido a que, posteriormente a la aplicación de la prueba post hoc *Scheffé*, se evidenció la existencia de diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los participantes que formaban parte de los dos grupos experimentales y el grupo control, pero, no entre los dos grupos experimentales.

A nivel descriptivo, no obstante, si hubo una tendencia en el grupo 1 a presentar una actitud más positiva hacia la educación sexual que en el grupo 2. Es posible que con una muestra mayor, las diferencias entre las estrategias fueran significativas, permitiendo así determinar si éstas difieren en eficacia a la hora de motivar a los sujetos y promover una actitud positiva.

La evidencia empírica fundamental, en cualquier caso, es que la implementación de estrategias motivacionales resulta realmente más efectiva al momento de generar una actitud positiva hacia la salud sexual y reproductiva en jóvenes de 13 a 14 años estudiantes de séptimo grado, que la transmisión de información por sí sola.

De acuerdo a la sugerencia de investigación, producto del vacío metodológico planteado por Krahé, Abraham y Scheinberger – Olwig (2005) en su experimento, los autores adjudican dichos hallazgos al nivel cognitivo de la muestra seleccionada, que según ellos, era superior al esperado. En este caso, el nivel cognitivo de la muestra seleccionada era acorde con los requerimientos del proyecto de investigación, por lo que la falta de diferencias entre los grupos experimentales no se debe a esta variable extraña no controlada en el experimento anteriormente planteado.

De acuerdo con Yavuz (2004), la presentación de estrategias motivacionales es un elemento favorable como recurso pedagógico, porque logra comprometer a los estudiantes con el proceso de aprendizaje, e incluso hace que se sientan libres de opinar y con más ganas de prepararse intelectualmente, pues la exigencia no proviene del ambiente sino de su interior. En consonancia con lo anteriormente planteado, Fernández y Suárez (2005) sostienen que la motivación es indispensable en la transmisión de información, para ser asimilada por el receptor y en el proceso de enseñanza aprendizaje, para responsabilizar al aprendiz con su desarrollo intelectual, es decir, en ambos casos es útil como catalizador de los procesos que implican el compromiso de quienes se encuentran aprehendiendo los mensajes provenientes del medio. Al presentar las estrategias motivacionales

“proyecto publicitario en grupo” y “realización de un cuento individual”, los participantes se sintieron comprometidos con la actividad, por lo cual se produjo una mayor internalización de la información presentada en el manual, esto no sucedió en el grupo control. Estos hallazgos contradicen lo planteado por Yavuz (2004), quien señala que las actividades grupales son más efectivas que las individuales, en la generación de una actitud positiva hacia determinado objeto.

La ausencia de diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los dos grupos experimentales pudo deberse a factores grupales como la cohesión, ya que, trabajar en equipo con compañeros con los que no se tiene afinidad, es menos motivante que realizar actividades individuales.

Otro aspecto relevante es el tipo de tarea a realizar, debido a que las actividades creativas, en grupo, implican llegar a consenso en todos los aspectos del mismo, lo cual suele ser complicado cuando se trata de llevar un orden y una secuencia específica; en este caso los participantes del grupo 1 tuvieron que realizar un proyecto publicitario, lo cual requirió del consenso grupal y quizá fue ese el motivo por el cual sus puntuaciones no fueron significativamente superiores a las del grupo 2. Por el contrario, crear una historia, lo cual implica un trabajo creativo, resulta más sencillo de lograr si se realiza individualmente, aunque esta sea catalogada como una actividad menos motivante (Yavuz, 2004).

En la similitud de los puntajes de los grupos experimentales pudo influir, además, la deseabilidad social por parte de los individuos, debido a que hay una tendencia a mostrar conductas que se consideran altamente aceptadas y valoradas por la sociedad y si un sujeto manifiesta posiciones negativas hacia las mismas puede ser castigado por los que le rodean, por lo que para evitar esto el individuo manifestará estar de acuerdo con dicha conducta (Ferrando y Chico, 2000). Del mismo modo, otro de los factores que pueden haber tenido una influencia en los resultados obtenidos, tiene que ver con las características del mensaje en lo que se refiere a la naturaleza del objeto actitudinal que en este caso es la educación sexual.

Entonces, luego de la presentación del manual, y el énfasis en los aspectos positivos del uso del condón y la educación sexual, es posible que los sujetos hayan reportado estar de acuerdo, con el fin de cumplir con las expectativas sociales e incluso con las demandas del experimentador, que aunque no fueron explícitamente señaladas, podían vislumbrarse en el

contenido informativo del manual. Sin embargo esto puede operar como disposición motivacional, por lo que sería de interés evaluar sus efectos como variables independientes, sobre la actitud hacia la educación sexual, y su efecto conjunto con estrategias motivacionales.

Por ello, se recomienda para futuras investigaciones, aplicar nuevas estrategias, e incluso establecer comparaciones entre actividades grupales e individuales para conocer si realmente existen diferencias significativas entre estas.

Por otra parte, se considera necesario trabajar con otras muestras, es decir, en colegios privados, colegios del interior del país, a nivel de educación primaria, secundaria y universitaria. También se recomienda probarlas en el área laboral.

La recomendación más importante, es masificar el manual sobre infecciones de transmisión sexual, acompañado de las nuevas estrategias motivacionales, a nivel de 7º grado en adelante (colegios públicos y privados), debido a que la falta de información es una fuente de riesgo tanto de embarazos no deseados como de infecciones, y esta población se encuentra expuesta. E incluso en estratos en que la iniciación sexual tiende a ser retardada, es importante el efecto preventivo que la información en él expuesta, tiene sobre los jóvenes.

Entre las limitaciones encontradas durante la realización de esta investigación, influyó la poca disponibilidad de sujetos, debido a que el experimento tuvo lugar en el último mes de actividades escolares, siendo pocos los liceos públicos que aún se encontraban funcionando regularmente. Ligado a esto, no fue posible la comparación de un mayor número de estrategias motivacionales. El tiempo para llevar a cabo todas las fases de desarrollo del experimento, fue restringido. Por motivos presupuestarios, no fue posible comprobar la influencia de estrategias de presentación de la información distintas al manual.

Con respecto a nuevas maneras de presentar el contenido sobre ITS, es necesario extender el alcance de la información trabajada, a sujetos alfabetizados no escolarizados, y sujetos analfabetas, en cuyo caso, al igual que en sujetos con discapacidad, deberán probarse formas de presentación de información, acorde a las necesidades de la muestra.

A pesar de que en 8° grado se imparte la asignatura educación para la salud, se recomienda comenzar la educación sexual incluso en primaria, ya que la edad de iniciación sexual promedio está cerca de los 12 años, y se busca hacer del contenido del manual, un elemento preventivo además de profiláctico.

Por otra parte, es importante probar el efecto de estas y otras estrategias motivacionales en la educación con respecto a otras problemáticas sociales.

## CONCLUSIÓN

En la presente investigación, se probó la influencia de dos estrategias motivacionales en la actitud hacia la educación sexual, partiendo de los hallazgos Krahé, Abraham y Scheinberger-Olwig (2005), Yavuz (2004) y Hallman (1975). Las estrategias seleccionadas fueron la realización grupal de una campaña publicitaria en base a la información contenida en un manual sobre ITS, y la creación, individual, de un cuento, partiendo del mismo material informativo.

Los resultados obtenidos arrojaron que la implementación de estrategias motivacionales resulta más efectiva al momento de promover una actitud positiva hacia la salud sexual y reproductiva, en jóvenes de 13 a 14 años estudiantes de séptimo grado, que la transmisión de información por sí sola.

La ausencia de diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los dos grupos experimentales pudo deberse a factores como la cohesión grupal, el tipo de tarea a realizar, la deseabilidad social, las características del mensaje en lo que se refiere a la naturaleza del objeto actitudinal, entre otras. Por ello, se recomienda para futuras investigaciones, aplicar nuevas estrategias, evaluar los efectos de las variables extrañas mencionadas, como variables independientes y su efecto conjunto con estrategias motivacionales, sobre éste y otros objetos actitudinales. Pero la recomendación más importante, es masificar el manual sobre ITS, a nivel de estudiantes, profesionales, analfabetas y discapacitados, e incluir a los padres en el proceso educativo, fomentando la tolerancia, la aceptación y la apertura a la comunicación.

## REFERENCIAS

- Àmbit Prevenció (2006). *Taller de salud sexual*. Recuperado el 10 de Junio de 2006, de <http://www.ambitprevencio.org>.
- Doblado, N., De la Rosa, I., Pérez, E., Jiménez, C., y González, G. (2009). Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 35(4), 191-204.
- Fernández, A. y Suárez, J. (2005). Escalas de evaluación de estrategias motivacionales de los estudiantes. *Anales de Psicología*, 21(1), 116-128.
- Ferrando, P. y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12(3), 383-389.
- Hallman, R. (1975). *Estrategias para la Creatividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Hernández, Z. y Cruz, A. (2008). Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 18(2), 227-236.
- Krahé, B., Abraham, C., y Scheinberger-Olwig, R. (2005). Can safer-sex promotion leaflets change cognitive antecedents of condom use? An experimental evaluation. *British Journal of Health Psychology*, 10, 203-220.
- Ruiz, A. (2003). *La sexualidad Humana*. Universidad de Navarra, España.
- Yavuz, N. (2004). *The use of non – monetary incentives as a motivational tool: A survey study in a public organization in Turkey*. Middle East Technical University, Turkey.

## **Factores psicosociales que afectan la asistencia a jornadas de pesquisa de vph y cáncer de cuello uterino en mujeres del municipio Macapo-Venezuela**

Lucrecia Contreras<sup>1</sup>, Emma Martín<sup>2</sup>, Gysell Plata<sup>3</sup>, Ainhoa Lazo<sup>4</sup>,  
Carmelina López<sup>5</sup>, Liborio Ingala<sup>5</sup> y Marco Guevara<sup>5</sup>

lecontreras@uc.edu.ve.

<sup>1</sup> Centro de Investigación en Enfermedades Tropicales  
“Dr. J. Witremundo Torrealba”. Universidad de Carabobo (CIET-UC).  
San Carlos. Estado Cojedes.

<sup>2</sup> Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Fcs-UC.

<sup>3</sup> Misión Ciencias. Ministerio de Ciencia y Tecnología.

<sup>4</sup> Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. UC.

<sup>5</sup> Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. UC.

### Resumen

La presente investigación exploró los factores psicosociales que afectan la asistencia de mujeres a la jornada de pesquisa de VPH y cáncer de cuello uterino en la población de Macapo, Cojedes-Venezuela. El diseño consistió en una investigación de campo, descriptiva, con entrevistas semiestructuradas a 14 mujeres, mayores de 18 años que rehusaron asistir a las jornadas realizadas en dicho municipio. Los resultados arrojaron factores a nivel sociocultural, del servicio sanitario y personal, donde resaltan la falta de confianza en la relación médico-paciente, desconocimiento y desinformación sobre el VPH y la citología, y vergüenza, apuntando a la necesidad de mejorar los vínculos terapéuticos, desarrollar campañas educativas tempranas y limitar el número de visitas necesarias para el tratamiento, para evitar la deserción.

**Palabras Clave:** VPH, cáncer de cuello uterino, asistencia a servicios de salud.

## **Psychosocial factors that affect the attendance to days of search of HPV and cervical cancer in women from Macapo municipality, Venezuela**

### Abstract

The present investigation explored the psychosocial factors that affect women's attendance to the day of HPV's search and cervical cancer in the population of Macapo, Cojedes State, Venezuela. The design consisted of a descriptive field research. 14 women who were above the age of 18 answered semi structured interviews. They refused to attend the days realized in the above mentioned municipality. Results reveal the influence of sociocultural factors, sanitary and personal services such as lack of confidence in doctor-patient bond, ignorance and misleading information about the HPV and the Pap test and a sense of shame. These findings point out the need to improve the therapeutic relationships, to develop early educative campaigns and to limit the number of visits in order to avoid giving up the treatment.

**Key words:** HPV, cervical cancer, attendance to health services.

El cáncer de cuello uterino (CaCu) sigue siendo una causa importante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención, cuando se cuenta con las condiciones y los medios adecuados para la aplicación de la citología de cuello uterino (Papanicolaou). Actualmente se estima que el Papanicolaou puede reducir la tasa de muerte por CaCu en un 70% o más. La incidencia y la mortalidad del CaCu pueden tener relación con diferencias en el acceso a los servicios de salud, la calidad de los mismos, la situación socioeconómica, la educación, así como aspectos culturales y psicosociales de las mujeres (Lewis, 2004; Kitchener, Castle, y Cox, 2006).

El éxito de los programas de detección de lesiones precursoras y de CaCu tratable, es atribuible a un esquema sistemático de consultas, donde toda mujer asiste periódicamente a realizarse la prueba. Un programa público de educación para la salud deficiente, trae consigo desconocimiento sobre la prevención de esta patología y una insuficiente demanda de la prueba de tamizaje por parte de la población femenina (Denny, Quinn, Sankaranarayanan, 2006; Kitchener, Castle, y Cox, 2006).

Desafortunadamente, muchas veces los beneficios del tamizaje no están disponibles en todos los países en desarrollo, debido a la carencia de recursos. En América Latina, la cobertura de los programas preventivos puede ser alta en ciertos lugares, pero la calidad del tamizaje y el acceso al tratamiento son típicamente deficientes siendo las tasas de CaCu unas de las más altas en el mundo. Uno de los retos más significativos que enfrentan estos programas, es que a muchas mujeres en el mundo se les ha negado la posibilidad de beneficiarse de cualquier forma de prevención, lo cual se estima que resultaría en un millón de muertes por esta patología en los próximos cinco años (Kitchener, Castle, y Cox, 2006).

Diversos estudios se han realizado para conocer las razones por las cuales las mujeres no demandan los servicios de detección temprana del CaCu. En Bolivia, durante el año 2004 se desarrolló un proyecto en una población de barrios peri-urbanos, a través de la aplicación de encuestas y entrevistas a profundidad. La investigación muestra que las mujeres no acuden a los servicios de salud por falta de información en un gran porcentaje, información inadecuada e inequidad de género, sus parejas deciden por ellas en una gran parte de los casos. Además resume 3 tipos de barrera por los cuales las mujeres no se someten a exámenes de detección: las de información, las psicológicas y las socio-culturales (Stopes, 2004).

Un grupo de investigadores mexicanos en el año 2001, reportó diferencias en las razones expuestas para la no realización de la citología entre mujeres con actividad sexual y sin ella. Aquellas que tienen vida sexual activa, lo consideran innecesario, ignoran para que sirve la prueba, o creen que produce enfermedades en útero, vagina e inicia patologías peligrosas; las mujeres sin actividad sexual, no asisten por el hecho de no tener relaciones sexuales ni enfermedades vaginales. Otras causas son, preferencia por una clínica privada o especialista, no les gusta el examen, miedo a saber que tienen cáncer, miedo a la destrucción de la relación con su pareja, preferencia por una mujer para la toma de la muestra, temor al dolor durante la misma, y otras solo se la practican si tienen sangrado extra menstrual (Arguero, García-Monroy, Álvarez-Gasca, Montaña-Arvizu y Durán-Días, 2006).

Otra investigación en Cuba en el año 2002, de tipo caso-control, relacionó nivel educacional y estado socioeconómico de la población femenina con actitudes frente a la prueba de tamizaje cervical; predominaron los siguientes factores: temor a la prueba en sí, temor ante el posible diagnóstico positivo de CaCu y realización del examen en locales inadecuados (Soto, Martín, Carballo, y Benítez, 2003).

Se han descrito diversos factores que pueden afectar la capacidad y el deseo de las mujeres para participar en los programas preventivos y se han clasificado en tres categorías: la primera, los factores surgidos de normas socioculturales y el nivel educativo, que influyen en puntos de vista de las mujeres sobre la salud reproductiva, el bienestar y la noción de enfermedad. La segunda, los elementos relativos a los requerimientos clínicos y al tipo de sistema proveedor de salud. La tercera, los puntos concernientes a las razones inherentes a la persona (Bingham, et al., 2005).

Con relación a los factores socioculturales, algunas mujeres manifiestan que les resulta problemático acudir a un centro para someterse a un tamizaje si se “sienten saludables”, pues deben convencer a sus compañeros de pagar el transporte cuando no se ven enfermas. La Organización Panamericana de la Salud en Latinoamérica ha encontrado que las mujeres generalmente no entienden que el CaCu es una enfermedad evitable. En muchos escenarios las mujeres creen erróneamente que los exámenes de tamizaje cervical también se utilizan para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y por lo tanto, deciden no someterse al tamizaje, ya que el resultado positivo se considera como prueba de infidelidad marital. En algunas comunidades el examen pélvico es conocido como “colgar las

piernas” y las mujeres se refieren a la experiencia como “entregarse una misma” (Bingham, et al., 2005). Por lo antes expuesto, la educación es un componente esencial en la salud humana, las familias con más educación disfrutaban de una mejor salud, tanto adultos como niños. En países en vías de desarrollo, las mujeres tienden a tener una educación más pobre, actitudes de demanda del servicio sanitario deficientes, acceso limitado a la salud y en muchas sociedades tienen un estatus inferior al del hombre, con menos control sobre los recursos familiares, mínimo acceso al dinero y en general, menor poder en la sociedad, lo cual genera profundas consecuencias sobre su calidad de vida (Denny, Quinn, y Sankaranarayanan, 2006).

Por otra parte, entre las barreras relacionadas con el sistema proveedor de salud, existe la ubicación del servicio, que muchas veces constituye el principal obstáculo en los escenarios de bajos recursos. Las mujeres acuden sólo cuando pueden pagar el viaje, delegar sus responsabilidades hogareñas y obtener apoyo de su pareja. Otra barrera determinante es la necesidad de múltiples visitas al centro de salud, para el tamizaje, el diagnóstico confirmatorio, el tratamiento y el seguimiento, además es común el retardo en el envío de los resultados de la prueba desde los laboratorios hasta los centros de salud, lo que genera conflictos económicos y contribuye a la aparición de elevadas cifras de abandono (Bingham, et al., 2005; Denny, Quinn, y Sankaranarayanan, 2006).

También son determinantes las condiciones en que se efectúa la consulta, el modo eficaz y respetuoso en que se ofrece información a la mujer, la posibilidad de que ella haga preguntas y el proceso de lograr un consentimiento informado, así como el respeto a la privacidad y la confidencialidad. Son igualmente importantes, la apariencia, limpieza de la clínica y del personal (Bingham, et al., 2005).

En cuanto a los factores inherentes a la persona, muchas mujeres expresaron también su anhelo de intimidad. Comúnmente se sienten avergonzadas, sobre todo cuando se carece de privacidad o cuando el examen es realizado por profesionales de sexo masculino; ellas se sienten humilladas por exponer sus genitales y ser tocadas por un extraño. Otro aspecto importante lo constituye la falta de conveniencia horaria, ya que muchas mujeres dejan de asistir a la consulta, por cumplir con sus labores y responsabilidades en el hogar (Bingham, et al., 2005).

En Venezuela durante el año 2005, el cáncer representó la segunda causa de muerte. Dentro de la mortalidad por cáncer, el de órganos genitales femeninos ocupó el tercer lugar, con 1324 muertes por CaCu, de las cuales 19 correspondieron al Estado Cojedes (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2005). Durante los años 1999-2004 en el Municipio Lima Blanco, se realizó una investigación, que reportó una alta prevalencia de citologías alteradas con baja cobertura anual del programa de pesquisa de CaCu, por lo que se planteó la necesidad de realizar un estudio, con el objetivo de indagar los factores determinantes de la inasistencia a la consulta de pesquisa de CaCu en esa localidad (Pandare y Padilla, 2005).

Este estudio representa un aporte que permitirá tomar medidas educativas basadas en las actitudes que tiene la mujer ante la prueba de Papanicolaou, que le proporcionen toda la información acerca de los beneficios de una detección oportuna de lesiones precancerosas, y así optimizar la participación de la población femenina en el programa de prevención de CaCu. Asimismo, servirá de base para estudios posteriores que permitan mejorar la comunicación con la comunidad y realizar un enfoque sistémico, coherente y apropiado en términos lingüísticos, que use información técnicamente exacta y culturalmente apropiada, adaptada a las necesidades de la mujer.

## MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo, con enfoque descriptivo, basado en el diseño narrativo, en el cual los datos clave son constituidos por experiencias personales, grupales y sociales de los participantes, que fueron analizadas y expuestas en el informe de la investigación, además se hizo un abordaje interpretativo, fundamentado en la fenomenología, que pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Se utilizó como método, la entrevista semiestructurada. Se abordaron temas previamente recogidos en un guión, decidiendo cómo y cuándo formular las preguntas en función de las respuestas; los temas incluidos en el guión se referían a los factores y actitudes de las mujeres, que influyen en la no asistencia a la consulta de pesquisa de CaCu.

El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de julio y agosto del año 2007, en un área de estudio que abarco la zona urbana de Macapo, municipio Lima Blanco, estado Cojedes. Previa obtención de consentimiento informado, las entrevistas, tuvieron una duración de 15 minutos cada una, fueron grabadas en el lugar de residencia de cada entrevistada, utilizando una grabadora marca JWIN modelo JXR36. Se entrevistaron 14 mujeres con rango de edad comprendido entre 18 y 70 años; tomando como criterios de inclusión la mayoría de edad (18 años) y el no asistir a la consulta de pesquisa de CaCu en el ambulatorio de Macapo, las cuales fueron localizadas de acuerdo a información dada por un promotor de salud de la zona.

La información obtenida se transcribió textualmente y se realizó un análisis de contenido. Posteriormente, los datos fueron segmentados manualmente en relación con las diferentes actitudes de las entrevistadas ante la citología de cuello uterino, y categorizados en factores inherentes al nivel sociocultural, al servicio sanitario y a la persona.

## RESULTADOS

Una vez transcritas las 14 entrevistas se categorizaron en los siguientes 3 factores:

Tabla 1  
*Categorización en factores*

Factores	Categorías	Frases
Nivel Socio-cultural	Desinformación, desconocimiento e ignorancia (7 veces)	“No se exactamente que es la citología”
		“Es para detectar hongos y enfermedades venéreas”
		“No he ido a realizarme la citología, porque no siento nada y porque a mi ya se me fue la regla”
Servicio sanitario	Falta de confidencialidad-privacidad (5 veces)	“Si a uno le sale algo, todo el mundo se entera”
	Desconfianza hacia el especialista (1 vez)	“No le tengo confianza al doctor”

	Inconformidad con el servicio (1 vez)	“Me parece que no hace bien su trabajo”
	Temor al especialista (1 vez)	“No he ido más porque le agarré miedo al Dr....”
	Desconocimiento sobre el servicio (1 vez)	“No sabía que ahí lo hacían, en el ambulatorio”
Personal	Preferencia por un ginecólogo particular (4 veces)	“No asisto al ambulatorio porque tengo mi ginecólogo particular”
	Vergüenza (2 veces)	“La verdad, me da pena hacérmelo”
	Falta de tiempo (2 veces)	“No asisto al ambulatorio por flojera, por descuido, por el trabajo”
	Desinterés (2 veces)	“La verdad se me pasó, y no he ido más, no tomé interés en ir”
	Temor a la prueba (1 vez)	“Esos aparatos me dan miedo”
	Dificultad para trasladarse (1 vez)	“Tu sabes como es uno de viejo, descuidado, y tengo problemas en mis rodillas y no salgo sola”

## DISCUSIÓN

Durante la realización del trabajo de campo, pocas personas se prestaron a ser entrevistadas, exponiendo motivos como indisposición y falta de tiempo, lo que constituyó una limitación en la investigación.

Durante la revisión de la temática en estudio se encontró que en muchos países alrededor del mundo, hay desconocimiento acerca de la citología de cuello uterino y se tienen ideas erradas acerca de su utilidad, situación que también refleja este estudio. Por este motivo se puede inferir que existen fallas en el sistema de salud, en cuanto a la divulgación y promoción de estilos de vida saludables, así como deficiencia en la ejecución de programas preventivos y educativos acerca del CaCu. Similares hallazgos tuvieron los estudios en Bolivia y México (Arguero, García-Monroy, Álvarez-Gasca, Montaña-Arvizu, y Durán-Días, 2006; Stopes, 2004), los cuales señalan como principal determinante la falta de conocimiento acerca de la citología, desinformación, información inadecuada y en gran parte de los casos sus

parejas deciden por ellas. En contraste, la Alianza para la prevención del CaCu refiere la falta de apoyo social y económico por parte de las parejas como una de las razones que más afecta el uso de los servicios de prevención del CaCu (Bingham, et al., 2005), no siendo esto referido por ninguna de las entrevistadas.

En relación al sistema de salud, la principal barrera encontrada es la falta de confidencialidad-privacidad, similar a lo señalado por otros autores (Bingham, et al., 2005); por lo cual se podría suponer que las pacientes perciben que no se esta respetando su intimidad, tanto por parte del galeno, como por parte del resto del personal de apoyo del ambulatorio. Otra barrera importante hallada en este trabajo, es la desconfianza hacia el especialista encargado de tomar la muestra, no reflejada por otros estudios donde las limitantes relacionadas con el sistema de salud no parecen ser determinantes (Soto, Martín, Carballo, y Benítez, 2003; Stopes, 2004). La inaccesibilidad geográfica, que es reportada como una limitante de peso en escenarios de bajos recursos (Bingham, et al., 2005), no fue un hallazgo importante en este estudio.

En cuanto a los factores personales, razones como preferencia por un médico particular, vergüenza ante la realización de la prueba y temor a la misma, fue el común denominador en las entrevistas realizadas, similar a lo referido por otros autores (Arguero, García-Monroy, Álvarez-Gasca, Montaña-Arvizu, y Durán-Días, 2006; Bingham, et al., 2005), por lo cual es razonable pensar que no se están estableciendo relaciones médico-paciente empáticas y efectivas, en consecuencia las mujeres se ven negadas a asistir a la consulta ginecológica en el ambulatorio de la localidad.

Otras investigaciones realizadas en Venezuela muestran igualmente entre las principales razones, el miedo, la vergüenza, y la inaccesibilidad a los centros de salud (Comunián, Blanchard, Briceño, y Martí, 2008), factores que alcanzan incluso la población universitaria. Estos hallazgos ponen de manifiesto igualmente la necesidad de desarrollar programas de prevención de inicio temprano, puesto que se ha indicado como factor de riesgo de CaCu la sexarquia con edad menor de 20 años y que según grupos analizados, existe una relación entre menor edad de iniciación sexual y una mayor severidad de la lesión (Larrauri, 1998). En esta investigación obtuvimos que la sexarquia estuvo comprendida entre 17 y 20 años, es decir, que se encontrarían como población en riesgo para el CCU (Comunián, Blanchard, Briceño, y Martí, 2008). A este respecto resulta primordial evaluar la conducta sexual en la

adolescencia, que según estudios se considera que es en muchos casos, una conducta de riesgo, debido a que suele tener lugar en sitios y situaciones poco apropiados, sin uso de métodos de barrera, planificación familiar, o conocimientos sólidos sobre la sexualidad (Cano, 1999).

En Inglaterra, se evaluó el elemento del **riesgo percibido** de padecer cáncer de cuello uterino como consecuencia de infección por VPH (Marlow, Waller, y Wardle, 2009). Los autores determinaron que, al presentar información sobre el VPH, la percepción de riesgo de padecer CaCu aumentó en las poblaciones más jóvenes, en mayor medida que en grupos de edad avanzada, sin embargo, en todo el espectro se observaron cambios en la actitud hacia la importancia de la pesquisa de CaCu y de la detección de VPH, por lo que es importante enfatizar en el tema del riesgo de padecer cáncer durante las campañas educativas, iniciando preferiblemente en las edades más tempranas, donde el factor preventivo se potencia, no sólo por los mayores efectos de la información sobre la consciencia del riesgo, sino por sus posibles efectos en la conducta sexual posterior. Se recomienda replicar estos estudios en la población venezolana explorando los diferentes grupos etáreos y agregando la variante socioeconómica como un factor interviniente.

Se entiende que las estrategias preventivas/educativas son variadas, pero las investigaciones sobre la prevalencia de las ITS a edades tempranas y la precoz iniciación sexual de los y las adolescentes en Venezuela apuntan hacia la necesidad de diseñar programas masivos que tengan inicio durante la educación primaria (Plata, Tampo, Russotto, y Rosales, 2006). Sin embargo estos no deben detenerse allí, sino extenderse a la vida universitaria, puesto que, aunque se haya considerado a la población estudiantil universitaria de bajo riesgo, dado su perfil educativo, no existen programas universitarios que estimulen la asistencia a las consultas de despistaje y se ha encontrado que presentan razones similares a la población evaluada en la presente investigación para dejar de asistir a la consulta (Alfonso y cols., 2003; Larrauri, 1998). Además se debe hacer énfasis en las ITS de mayor presencia en la población, empezando por el Virus del Papiloma Humano (VPH), ya que alrededor de 15 de sus 150 tipos se presentan en la mayoría de los carcinomas invasores y se consideran de alto riesgo oncogénico (De Sousa, Mata, y Camejo, 2007).

La prevención del CaCu debe entonces tener entre sus aspectos más importantes la prevención y educación sobre el VPH y su detección temprana, lo cual requiere de rompimiento con tabúes, establecimiento de relaciones médico-pacientes más sólidas y confiables, desarrollando un sistema de salud accesible y eficiente, de modo que los factores ansiógenos que limitan la asistencia a la consulta, se vean disminuidos a la par de los factores logísticos, puesto que ambos influyen no sólo en la realización de la prueba, sino que afectan el manejo general de las ITS y en última instancia de la enfermedad por CaCu (Marlow, Waller, y Wardle, 2009).

Diversos estudios han recomendado para mejorar los programas de pesquisa y tratamiento de CaCu (Alfonso y cols., 2003; Mc Caffery, 2007) enfatizar en el acceso a servicios de salud como un derecho indiscutible de la mujer; aumentar los recursos económicos invertidos en estos programas y servicios; combinar la citología con inspección visual y pruebas de ADN de VPH, y tratar las lesiones pre-cancerosas con cryoterapia en una sola visita, de modo que se reduzca el riesgo de deserción del tratamiento, lo que ha arrojado un 85% de eficacia, excepto cuando se sospecha la existencia de un cáncer cervical invasivo, en cuyo caso se recomienda el uso de métodos de diagnóstico intermedios como la colposcopia. Otro aspecto importante es incluir a las parejas en el proceso de planificación y prevención de infecciones, de modo que la responsabilidad sea compartida y no recaiga exclusivamente en las mujeres (Mc Caffery, 2007). Las campañas informativas deben incluir datos sobre cómo identificar la infección (síntomas), sus causas, el tiempo que la enfermedad tarda en aparecer y cuánto dura, consecuencias, controles y curas, y las posibilidades de prevención por medio de vacunas (Marlow, Wardle, Grant, y Walle, 2009). Esta información debe ser suministrada desde un encuadre empático por parte de educadores y personal de salud, puesto que, la información puede generar factores de ansiedad y vergüenza que afecten la asistencia a servicios de salud, especialmente en grupos con bajo nivel educativo (Waller, Marlow, Wardle, 2009). La información debe ser clara, específica y explicada en un nivel comprensible para la paciente, aclarando dudas, y enfatizando en el tacto para no generar ansiedad y producir un efecto iatrogénico.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En conclusión, los factores que afectan la asistencia a la consulta de pesquisa de CaCu en la población entrevistada, fueron principalmente de índole socio-cultural, fundamentalmente el desconocimiento y la ignorancia acerca de la utilidad y el verdadero concepto de citología de cuello uterino. En relación a los factores inherentes al servicio sanitario y a la persona, las razones que más aparecieron, fueron la falta de confidencialidad-privacidad y la preferencia por un médico particular.

En vista del desconocimiento sobre la utilidad de la citología por parte de la población entrevistada, se considera pertinente enviar la información al Distrito Sanitario, o al programa de Prevención de CaCu, para que se evalúen los factores determinantes y se tomen acciones educativas que mejoren el acceso a la información adecuada acerca de la utilidad y ventajas de la prueba de citología de cuello uterino. Es importante que esta información incluya explicaciones claras y profundas sobre las diferentes enfermedades, se inicien en la adolescencia temprana e incluso en la pubertad (preferiblemente en la población de educación primaria) con extensión a la población en educación superior para generar una percepción de riesgo y conocimientos sobre sexualidad responsable y métodos de prevención. El abordaje temprano aumenta el impacto de la información y reduce la propensión a sentir vergüenza y ansiedad por la misma, lo que se proyecta en menos conductas sexuales de riesgo y mayor asistencia a servicios de salud.

Además, es de suma importancia implementar estrategias para reducir la cantidad de visitas que deba realizar una persona a la consulta, de modo que se disminuya el riesgo de deserción, así el diagnóstico precoz (combinando la inspección visual con las pruebas moleculares) y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras (eliminar el VPH) deben realizarse en una sola visita de ser posible.

Los resultados obtenidos servirán para realizar un cuestionario, que permita estudiar esta problemática en otras comunidades, utilizando métodos tanto cualitativos como cuantitativos combinados para determinar la presencia o no de los factores hallados en este estudio u otros factores, y de esta manera sea posible buscar correctivos y elaborar programas adecuados a las necesidades de la población, para disminuir el número de mujeres que

no asisten al control ginecológico y así prevenir el cáncer de cuello uterino. Asimismo, aporta información importante sobre los focos relevantes a trabajar en campañas educativas y preventivas del CaCu.

## AGRADECIMIENTOS

A las personas entrevistadas, quienes voluntariamente ofrecieron su tiempo y su testimonio, a la Sra. Anna Martini por su valiosa colaboración en la transcripción de las entrevistas, al Sr. “Cheo” quién sirvió de guía para localizar a las mujeres entrevistadas. Financiado por Proyecto G2005000408 y Proyecto **LUZLab 20070071088**.

## REFERENCIAS

- Alfonso, B., Lozada, C., Correnti, M., Cavazza, ME., Michelle, P. y Salma, N. (2003). Detección del Virus del Papiloma Humano en Muestras Cervicales de una Población de Estudiantes de la Universidad Central de Venezuela. *Revista de la Facultad de Medicina* 26 (2), 120-126.
- Arguero, L., García-Monroy, L., Álvarez-Gasca, M., Montaña-Arvizu, C., y Durán-Días, A. (2006). Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo. *Revista de la Facultad de Medicina México* 49(1): 8-14.
- Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, et al. (2005). Factores que afectan la utilización de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino en escenarios de bajos recursos. En: P, Alonso., E, Lascano., M, Hernández., (Eds). *Cáncer cervicouterino diagnóstico, prevención y control* (pp. 301-310). México: Editorial Médica Panamericana.
- Cano, A. (1999). Adolescencia y Sexualidad. Manual de Prácticas Clínicas para la atención en la adolescencia. *La Habana, Cuba, MINSAP*, 243-252
- Comunián, G., Blanchard, S., Briceño, J., y Martí, A. (2008). Inasistencia a la consulta de despistaje de cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarias. *Gaceta Médica Caracas*, 116(2), 115-120.
- De Sousa, A., Mata, G., y Camejo, M. (2007). Citología cervical de trabajadoras sexuales y mujeres del servicio de planificación familiar de la Unidad Sanitaria de Los Teques. *Revista obstetricia ginecología de Venezuela*, 67(4), 238-245.

- Denny, L., Quinn, M., y Sankaranarayanan, R. (2006). Screening for cervical cancer in developing countries. *Vaccine* 24(3): 71-77.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta Ed). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Kitchener, H., Castle, P., y Cox, T. (2006). Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine*; 24(3): 63-70.
- Larrauri, M. (1998). *Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y correlación citológica, colposcópica e histopatológica en pacientes con lesión intraepitelial de alto y bajo grado de carcinoma invasor, de la consulta de patología cervical del hospital Dr. Luis Gomez López*. Recuperado 16 de junio de 2006 del sitio web: [http://bibmed.ucla.edu/ve/cgi-win/be\\_alex.exe?Palabra=CUELLO+UTERINO&Nombrebd=bmucla](http://bibmed.ucla.edu/ve/cgi-win/be_alex.exe?Palabra=CUELLO+UTERINO&Nombrebd=bmucla)
- Lewis, M. (2004). *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Unidad de Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado el 18 de Junio de 2006, del sitio web: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.htm>.
- Marlow, L., Waller, J., y Wardle, J. (2009). The Impact of Human Papillomavirus Information on Perceived Risk of Cervical Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 18, 373.
- Marlow, L., Wardle, J., Grant, N., y Walle, J. (2009). Human papillomavirus (HPV) information needs: a theoretical framework. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 35(1), 29-33.
- Mc Caffery, K. (2007). Psychological and Social Issues in HPV Testing: Weighing-Up the Harms and Benefits. *HPV Today*, 13, 5-7.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2005). *Estadísticas vitales: natalidad y mortalidad. [en línea] Anuario de mortalidad, 2005*. Recuperado el 30 de Junio de 2007 del sitio web: [http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones\\_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/Anuarios.htm](http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/Anuarios.htm)
- Pandare M, y Padilla B. (2005). *Lesiones precursoras del Cáncer de cuello uterino en el Municipio Lima Blanco. Estado Cojedes 1999-2004*. Tesis de grado de licenciatura no publicada. Centro de Investigaciones de Enfermedades Tropicales-UC, San Carlos, Venezuela.
- Plata, G., Tampoa, A., Russotto, V., y Rosales, S. (2006). *Influencia de las Estrategias Motivacionales en la Actitud hacia la Educación Sexual*. En: Jornadas de Investigación Humanística y Educativa. Facultad de Humanidades y Educación-UCV. p.259.

- Soto, F., Martín, G., Carballo, N., y Benítez T. (2003). *Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica*. Recuperado el 16 de Junio de 2006 del sitio web: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7\\_2\\_03/san02203.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san02203.htm)
- Stopes, M. (2004). *Bolivia. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia*. Recuperado el 16 de Junio de 2006 del sitio web: <http://www.developmentgateway.org/pop/rc/ItemDetail.do~1000620>
- Waller, J., Marlow, L., Wardle, J. (2009). Anticipated shame and worry following an abnormal Pap test result: The impact of information about HPV. *Preventive Medicine*, 48 (5), 415-419.

## Aproximación a la visión de familia en un grupo de homosexuales caraqueños

Darling Álvarez, y Lettys Andrade

darlingsujehy@yahoo.es

letysan75@yahoo.es

Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela

### Resumen

Esta investigación de tipo cualitativo, analiza los contenidos en la visión de familia planteadas en doce entrevistas a profundidad por un grupo de homosexuales masculinos y femeninas habitantes de la Gran Caracas. Entre los hallazgos destaca una definición de familia basada en el modelo familiar de origen; pero que enfatiza en la vinculación un/una compañero/a, en la que no necesariamente están presentes los/as hijos/as, aún cuando existe un anhelo de criar hijos/as en unión homosexual. Los entrevistados expresan no desear formar familia con hijos/as en las condiciones actuales de la sociedad venezolana y estar de acuerdo con el matrimonio homosexual. Finalmente, se encontró que existe una vinculación de los roles de pareja con el rol sexual que ejerce cada miembro.

**Palabras claves:** Familia, homosexualidad, pareja, parentalidad.

## **Approaches to the family view in a group of homosexual people in Caracas**

### **Abstract**

This qualitative research analyses the contents in the family view of a group of homosexual (male and female) in Caracas who participated in twelve interviews. Findings revealed that their definition of family is based on their own family model but they emphasize the relationship with a mate. Although there is a desire of raising children, participants do not want to bring up a family with kids under the conditions of our Venezuelan society. They agree with the homosexual marriage. Finally, a link between couple roles and the sexual roles of each member was found.

***Key words:*** Family, homosexuality, couple, parenthood

Los homosexuales conforman la minoría más grande de nuestra sociedad. “La población exclusivamente homosexual es aproximadamente el 4% para los varones, y el 2,5% para las mujeres” (Bianco, García y Suárez, 2006, p.12). Al término homosexual, Godoy (2001) le considera “una dimensión fundamental de la sexualidad humana” (p.1). Por su parte, Lander (2004) define la homosexualidad como una “escogencia homónima del objeto del deseo sexual” (p.293). Asimismo, Muños (2003) expresa que la homosexualidad es aceptada por psicólogos y sexólogos no como una patología, sino como otra opción, y a lo que el término homosexual denota tener o desear tener sexo con alguien del propio sexo.

Kernberg (2005) establece un correlato biopsicosocial en la determinación de la adopción de una identidad de rol de género, así como en la elección de objeto de amor dominante. De acuerdo con el autor, los elementos biológicos tales como los precursores internos masculino y femenino, y la situación cerebral ambitípica durante la gestación pueden incidir y determinar la adopción de características en los individuos, pero prevalece un elemento psicosocial; si se toma en cuenta que en los primates la comunicación y el aprendizaje social tienen un control dominante en la determinación de la conducta sexual.

La incidencia del elemento psicosocial es ratificada por Lander (2004), quien postula que en el caso de los animales las relaciones de apareamiento se dan independientes a la relación de parentesco y basadas en el instinto sexual; en el caso de los seres humanos existe el dilema, y se genera la angustia de someterse a la ley -prohibición del incesto, parricidio- o dar rienda suelta al deseo.

Es que, con el paradigma de la postmodernidad, surgen nuevas formas de entender y explicar la familia, evidencia de ello es que hoy en día a nivel mundial se están impulsando acciones tendientes a “legalizar las uniones entre parejas del mismo sexo y a conseguir que sean respetados los derechos humanos de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales” (Fuentes y Carrano, 2004, p.17). Esta nueva modalidad de familia conlleva entonces una aparente ruptura con la norma, un embate al orden simbólico, una caída del padre, una feminización de la sociedad, una abolición de las diferencias (Glocer, 2007).

Robledo (2004) esboza una discusión alrededor de la imposibilidad en las parejas del mismo sexo de tener descendencia por vías naturales, destacando posiciones visiblemente contrapuestas frente a la posibilidad de lograr la

concepción de un hijo; cualquiera que sea la forma de concepción planteada, los gay entrevistados expresan que el hijo se encontrará en situación de vulnerabilidad al pertenecer a una familia constituida de forma diferente a la socialmente aceptada por la mayoría. Los homosexuales que apoyan la idea y expresan abiertamente el interés por un proyecto que apruebe la posibilidad de tener hijos en pareja del mismo sexo, argumentan un sentimiento de paternidad innato y sin posibilidad alguna de ser sustituido por ningún otro vínculo afectivo. Estos sujetos reconocen la vulnerabilidad social que podrían padecer los miembros de la familia, pero consideran que la educación es una herramienta para minimizar el impacto de cualquier situación de conflicto emocional del niño/a cuando se enfrente a evaluaciones y críticas provenientes de lo social.

Ciertamente como lo manifiesta Glocer (2007), el deseo de un hijo no está exclusivamente destinado a los heterosexuales, y cada vez es mayor la incidencia de parejas homosexuales que recurren a la adopción o la biotecnología para lograr su anhelo. Este deseo del hijo/a supone una dimisión de su omnipotencia, y la aceptación de su castración.

No obstante, dada la imposibilidad de procreación en una pareja conformada por homosexuales, las posibilidades para acceder a ellos, de acuerdo con Eigner (2007) son las siguientes:

- Hijos de uniones previas heterosexuales de alguno de los miembros de la pareja homosexual, que puede o no ser educado con su partenaire actual.
- La adopción de un niño/a.
- Una pareja de mujeres homosexuales que recurre a algún método de asistencia a la procreación, ya sea que una de ellas decide ser inseminada con el esperma de un hombre conocido o desconocido, o que una de ellas aporta un óvulo que luego de fecundado es insertado en el útero de su compañera.
- La coparentalidad, en el que uno de los miembros de una pareja de hombres homosexuales es donante del esperma. En estos casos la pareja de hombres tendrá cierto papel en la educación del niño/a.
- La pareja de hombres homosexuales recurre a un vientre en alquiler, pudiendo ser o no uno de los miembros el donante del esperma.

Con respecto a ello, existen posiciones diversas en la comunidad homosexual. Algunos consideran que la realización de su deseo de ser padre o madre es algo que debe ser respetado y validado por el entorno social heterosexual “Muchos homosexuales desean tener hijos. Afirman que pueden amar y criar niños, y proporcionarles un ambiente de afecto en el cual crecer y convertirse en adultos sanos y bien adaptados a la sociedad” (Bianco, García y Suárez, 2006). Los gays que rechazan la opción de familias homoparentales argumentan la necesaria responsabilidad asumida por cualquier individuo ante una decisión de esta naturaleza.

Otros autores enuncian una serie de criterios sobre los cuales se basa la negativa a que los homosexuales puedan formar familias con hijos/as como argumentan Wagmaster y Beckerman (1998, c.p Robledo, 2004)

El primero de ellos es la supuesta predisposición a ser homosexual de un niño criado bajo estas condiciones, además de la proclividad a experimentar problemas emocionales, psicológicos y sociales asociados al comportamiento sexual de los padres. Se alude a la imposibilidad de proporcionar estabilidad emocional al niño dada su alta promiscuidad y actitud no saludable hacia el sexo opuesto” (p. 209).

Es importante diferenciar el deseo de hacer familia del deseo de tener un hijo/a, pues en ocasiones ambos anhelos no van de la mano, ni resultan inclusivos. El deseo de familia es un anhelo ideal, no enraizado necesariamente en lo sexual; la conformación de familia provee de fuentes como el amor, la necesidad de protección, de autoafirmación, la autoconservación, el apego, entre otras (Glacer, 2007).

Para Alizade (2007) en el deseo de un hijo presente en parejas homoparentales, destacan dos motivaciones: por un lado la integración de la estructura de una familia con el consiguiente reconocimiento social; y por el otro, la trascendencia y supervivencia de psíquica en la memoria de un hijo, que aliviaría las ansiedades de muerte. El deseo de un hijo así pensado se independiza de la elección de objeto homo u hetero.

Muestra de la promoción de igualdad civil y jurídica para los homosexuales, en Holanda las parejas homosexuales pueden casarse y adoptar hijos desde el año 2000 (Fuentes y Carrano, 2004).

América Latina ya tiene experiencias similares, como lo es la ley 1004 aprobada en el 2002 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. En el artículo 1º de la misma se establece:

“A los efectos de esta Ley, se entiende por Unión Civil:

- a. A la unión conformada libremente por dos personas con independencia de su sexo u orientación sexual.
- b. Que hayan convivido en una relación de afectividad estable y pública por un período mínimo de dos años, salvo que entre los integrantes haya descendencia en común.
- c. Los integrantes deben tener domicilio legal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, inscripto con por lo menos dos años de anterioridad a la fecha en la que solicita la inscripción.
- d. Inscribir la unión en el Registro Público de Uniones Civiles.”

Hay que destacar que España fue el primer país que estableció la igualdad total en lo relativo a la adopción y matrimonio para las parejas del mismo sexo en el 2005; asimismo en el 2008, Israel se convirtió en el primer país de Asia en autorizar la adopción de hijos por parte de parejas homosexuales. El Estado de Israel ya había reconocido, en febrero de 2006, el estatuto de padres legítimos a una pareja de mujeres, de las cuales una era la madre biológica de los niños que criaba. Con esta medida, gays y lesbianas de Israel no sólo están autorizados/as a adoptar a los/las hijos/as biológicos del compañero/a del mismo sexo, sino también a otros niños/as.

Dichas leyes permiten no sólo incorporar la figura legal de uniones civiles entre parejas del mismo sexo, sino que pueden disfrutar de diversos derechos, entre ellos acceder a créditos bancarios conjuntos, tomar decisiones en caso de enfermedad de la pareja y recibir pensión; sin embargo quedó excluido en algunos países el derecho a la adopción y los derechos sucesorales. Ahora bien Roudinesco (2002, c.p. Glocer, 2007) señala que cualquiera sea la edad, sexo, orientación sexual o condición social todos desean una familia.

No obstante, los derechos que les son permitidos a los homosexuales parecen demostrar un temor a la incidencia de este nuevo modelo parental en los niños. Roudinesco (2002 c.p. Glocer, 2007) enfatiza que la homparentalidad podría originar el nacimiento de una omnipotencia de

lo materno, que aniquilaría lo paterno; la familia se vería amenazada si el padre ya no es el padre, si las mujeres controlan la procreación, y si los homosexuales intervienen en los procesos de filiación.

Queda en cuestionamiento si la llamada ley del padre, operatoria simbólica a través de una legislación que puede ser ejercida eventualmente tanto por el padre como por la madre, se puede dar en los homosexuales; ya que si bien para algunos las familias homoparentales “no afectan la reproducción de la especie, si afectan en un determinado ordenamiento simbólico social en el que la ley es homologada a la ley del padre y la diferencia anatómica es equiparada a la diferencia sexual anatómica” (Glocer, 2007, p.51).

En este mismo orden de ideas Aberasturi (1984, c.p. Alizade, 2007) manifestó que todo/a niño/a requiere de un padre para poder desprenderse de la madre, y también requiere de una pareja mujer-hombre para satisfacer, por identificación proyectiva, su bisexualidad.

No obstante, para Smola (2007) señala que “la parentalidad auxilia al individuo a luchar contra su pulsión de muerte (...) permite que se genere un sentimiento de continuidad existencial entre los sucesores” (p.67).

Y en cuanto a la incidencia sobre los/as hijos/as, Heineman (2004, c.p. Alizade, 2007) expresa la existencia de una representación mítica universal independiente de la realidad del sexo de cada progenitor, así afirma:

Las funciones maternas y paternas pueden ser ejercidas indistintamente del sexo, lo esencial viene determinado por el lugar en el cual se posicionan. En lo relacionado con el fantasma de la escena primaria no importaría tanto el sexo de cada uno de los integrantes de la pareja imaginaria sino la estructura de exclusión que lo constituye (p.81).

En Europa, específicamente en España, en el 2003, Frías Navarro y colaboradores plantean la línea de investigación centrada en la percepción de la calidad de la parentalidad homosexual y su repercusión sobre el/la niño/a. Los autores arriban a la conclusión que, para los españoles el ajuste social y psicológico del niño/a no está relacionado con el sexo de sus padres, sino con las aptitudes que como padres deben ejercer, y la posibilidad de cubrir las necesidades que los/las niños/as manifiestan, dar amor y consistencia en las relaciones familiares.

Posteriormente, en el 2004, los mismos autores presentan una síntesis de las conclusiones de diversos estudios sobre las familias homoparentales, refiriendo que según las investigaciones consultadas, no existe mayor probabilidad estadística que los/as hijos/as sean homosexuales en el futuro, sin embargo suelen tener mayor apertura a experimentar relaciones homosexuales y, posteriormente optar por la heterosexualidad. En cuanto al desarrollo de la identidad de género, Greenfeld (2007) plantea que los/as hijos/as de homosexuales no tienen mayor probabilidad de ser homosexuales o ser abusados sexualmente por sus padres, aunque la autora reconoce que una limitación es que las investigaciones se han realizado con hijos/as de homosexuales concebidos en relaciones heterosexuales.

Una revisión de los datos existente en Estados Unidos en cuanto a tecnología reproductiva asistida (ARTE) en parejas del mismo sexo, muestra que cada vez son mayores las solicitudes de parejas de este tipo. Según Greenfeld (2007) en las instituciones donde se realiza asistencia médica no se les brinda el servicio a gays, sin embargo mujeres lesbianas sí han accedido a la tecnología reproductiva asistida. Esta situación evidencia que persisten elementos discriminatorios en torno a los homosexuales basado en prejuicio sociales; la autora postula abiertamente que en Estados Unidos no existe un protocolo de pautas reproductivas para la atención de parejas homosexuales, lo cual implica que se deben realizar investigaciones que indaguen sobre “¿Por qué los hombres homosexuales desean ser padres?, ¿Cómo es la elección del padre biológico?, ¿Cómo será la relación con la donante de los óvulos?”.

En este mismo orden de ideas Faiman (2007) considera que la posibilidad de que parejas gays o lésbicas adopten un niño o lo conciban mediante las nuevas técnicas de la medicina reproductiva representa actualmente una propuesta polémica. Ante tal situación Glocer (2007) plantea que las nuevas técnicas reproductivas generan desafíos (ético-políticos) acerca de la construcción de la parentalidad y en particular de la homoparentalidad.

En resumen, las familias homoparentales cada vez están teniendo más presencia en la sociedad, bien sea con aprobación legislativa o al margen del marco legal vigente en cada país, confirmando así que la construcción de la realidad social se da de manera dinámica, generando elementos que deben ser estudiados desde las ciencias sociales para así incorporar en los avances teóricos las nuevas realidades.

Todos los cambios legislativos e investigaciones antes mencionados abren las puertas para que se den los primeros pasos en estudiar las nuevas formas de familia, en particular la homoparental.

Ahora bien no todas las parejas homosexuales procuran acceder a un hijo, en sí mismas estas parejas tienen una dinámica particular que es importante ahondar teóricamente, se ha planteado que en las relaciones de parejas homosexuales, existe un modelo latino de identidad, el cual es una proyección de las relaciones heterosexuales tradicionales: las parejas gays fueron representadas como necesariamente compuestas por un miembro masculino que es sexualmente activo y por un compañero afeminado pasivo. Ahora bien en muchas comunidades el modelo está cambiando, adoptándose el del gay americano, donde la estructura de la pareja presenta roles sexuales intercambiables y, en todo caso, no son determinantes de la autoimagen de los participantes y de sus roles sociales (Bianco, García y Suárez, 2006).

Desde un enfoque de la psicología conductual y a través de un estudio cualitativo realizado por Gómez (2003) en Colombia, se pudo conocer que las parejas homosexuales suelen tener pocas diferencias con relación a las características internas de las dinámicas presentadas por las parejas heterosexuales; no obstante, resaltan en las parejas homosexuales dificultades en el ejercicio del poder, primacía del interés personal sobre el bienestar de la pareja y una vida sexual inestable que genera discriminación y juicios sociales. La exacerbación de estos conflictos en las parejas constituidas por miembros del mismo sexo, según Gómez (2003), se puede atribuir a los modelos parentales y la forma de interacción social que se generaron en la infancia; es importante señalar que las características encontradas en las parejas homosexuales, pueden también observarse en relaciones heterosexuales.

Las investigaciones también revelan que las parejas del mismo sexo suelen hacer la división de los quehaceres domésticos de forma más equitativa que las parejas heterosexuales. Por otra parte, los datos de países como Noruega y Suecia, lugares donde se puede registrar sociedades del mismo-sexo desde los años noventa, indican que el índice de la disolución es más alto entre gays que entre uniones heterosexuales (Andersson, 2006 c.p. Peplau y Fingerhut, 2007). Asimismo, los autores bosquejan una serie de prejuicios en torno a las relaciones homosexuales entre ellos que estos

individuos han sido presentados tradicionalmente como infelices, frustrados, fracasados en desarrollar lazos románticos estables, de igual manera un segundo estereotipo, es que las relaciones del mismo sexo son disfuncionales o inferior en calidad a las de heterosexuales.

Peplau y Fingerhut (2007) hacen una recopilación de premisas en torno a las relaciones cercanas de “Lesbianas y Gays”. Encuentran que sin importar la orientación sexual, la mayoría de los individuos valoran el afecto, la formalidad, intereses compartidos, y semejanza de la creencia religiosa. Ahora bien, los hombres sin importar la orientación sexual, acentúan la atracción física sentida hacia el otro; las mujeres, sin importar la orientación sexual, dan mayor énfasis a las características de la personalidad.

Los autores antes mencionados, al caracterizar las relaciones cercanas entre parejas del mismo sexo plantean que los gays suelen presentar dificultades para establecer límites entre amistad y relaciones sexuales, esto puede estar vinculado a los resultados del estudio realizado por Kurder en 1993, donde se halló que la fidelidad sexual fue relacionada positivamente con la satisfacción en las parejas de acuerdo a las lesbianas y heterosexuales, pero no para los gays, es decir, pareciera que para los homosexuales masculinos no tiene mayor relevancia la fidelidad.

En este sentido se habla de relaciones abierta, que son aquellas en las que la pareja ha negociado la no exclusividad sexual, y la primacía emocional bajo reglas y acuerdos establecidos de manera consensuada; es decir, no existe la monogamia como sinónimo de fidelidad, los miembros de la pareja pueden tener encuentros sexuales y afectivos con terceros. Cabe destacar que la infidelidad sería entonces entendida como el incumplimiento de las reglas previamente acordadas entre los miembros de la pareja primaria (Shernoof, 2006).

Considerando que lo social siempre enmarca lo individual; en consecuencia todo abordaje desde la perspectiva de la psicología debe procurar integrar la comprensión de cualquier manifestación interna o externa del comportamiento individual, a la situaciones en que se suscita (contexto social histórico y cultural), es por ello que surgió la interrogante: ¿Cuál será la visión de familia en un grupo de homosexuales caraqueños?.

## MÉTODO

Es una investigación de campo no experimental, siendo un estudio a nivel descriptivo, que permite acceder al cómo es y cómo se suscita el fenómeno, se realizaron entrevistas a profundidad a 6 homosexuales masculinos y 6 homosexuales femeninas que cumplieran con los siguientes requerimientos: ser mayores de edad, entre 25 y 45 años; que hayan tenido mínimo una relación estable de al menos un año; cinco años o más en la condición de homosexualidad, que habitaran en la Gran Caracas, desde hace al menos dos años; sin diagnóstico de enfermedad mental o terminal. La elección de los participantes se dio mediante un evento fortuito, donde se buscó a los sujetos objetos de estudio y se les propuso participar en la investigación.

La investigación contempló varias fases, la primera fase fue la elaboración del anteproyecto, se partió de la revisión documental, en materia de familia, homosexualidad y representaciones sociales, la segunda fase contempla inicialmente el diseño de un guión de entrevista, la cual fue revisada por tres expertos, del área metodológica, de representaciones sociales y de familia, luego de la evaluación por parte de los mismos se realizaron las correcciones del formato, en base a sus sugerencias. Posteriormente se hizo un pilotaje de la entrevista corregida con el fin de depurar el guión. En la depuración, las preguntas que revelaron aspectos interesantes del objeto de estudio fueron las que se mantuvieron para la versión final del guión de entrevista. En un tercer momento se realizó la recolección de la información mediante la entrevista a profundidad, Luego de recopilados los datos, se transcribieron las entrevistas para procesar la información y realizar el análisis de contenido que fue el sustento que permitió la elaboración de un informe preliminar. En la cuarta fase los resultados fueron discutidos y contrastados con los fundamentos teóricos. Partiendo de esto, se elaboró la sección de análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## RESULTADOS

Al comparar las repuestas de los gays con las lesbianas, se aprecia que los entrevistados al definir familia, enfatizaron en los miembros de la misma, es decir, de una forma nominal; mientras que las entrevistadas realizaron sus definiciones a partir de los vínculos afectivos, sin dejar de mencionar a los miembros de la familia.

Dentro de las apreciaciones que tienen los/as entrevistados/as con respecto a lo que puede aportar la familia, se resaltan en líneas generales elementos relacionados con el aporte y protección emocional y/o psicológica proveniente de la familia de origen; lo cual coincide con las reflexiones de Coomaraswamy (s/f), quien plantea que la familia es un lugar donde las personas aprenden a cuidar y a ser cuidados, a confiar y a que se confíe en ellas, a nutrir y nutrirse

Al describir a sus familias de orígenes gran parte de los/as entrevistados/as lo hicieron a partir de la aceptación o rechazo de su condición de homosexualidad, encontrándose que a quienes se les ha aceptado su homosexualidad describen de forma positiva a sus familias, no así quienes han sido rechazados por su grupo familiar. Todo esto valida los planteamientos de Andrade (2007) los aspectos subjetivos y afectivos del ser humano están relacionados en especial con su familia de origen. A su vez se puede apreciar la presencia de familias matricentradas, con acentuación marcada de la figura materna en todos los aspectos familiares; y familias patriarcales donde el padre es quien ejerce el poder en el hogar.

En este mismo orden de ideas, se observa en parte de los/as entrevistados/as la ausencia afectiva del padre en su relato de vida, la cual es una de las variables microcontingenciales postuladas por Soto (2004) desde el enfoque interconductual, que se suscita en el caso de las lesbianas venezolanas. De esta manera se puede apreciar una tendencia en algunos/as de los entrevistados/as a sobrevalorar la figura de la madre y devaluar la figura del padre.

Asimismo se evidencian descripciones de familia en las cuales se hace alusión a la familia de origen, pudiendo o no incluirse los/las entrevistados/as; y hay quienes vinculan a su vez a la familia que construirán, sin hacer alusión a la familia de origen, sino que por el contrario expresan sus fantasías asociadas a la conformación de familia en el futuro. En su experiencia particular, destacan con gran relevancia el vínculo con la pareja para así obviar la limitante referida a la imposibilidad de reproducción biológica. De una u otra forma, la mayoría de los entrevistados insinúan que desean convivir en pareja, lo cual pasa a ser una nueva variante de estructura familiar, que comparte el modelo heterosexual de deseo de exogamia.

Los gays cuyas parejas tiene hijos/as de relaciones previas (dos homosexuales) no han convivido en el mismo hogar con los hijos/as y las parejas; los/as niños/as viven con sus respectivas madres, lo que genera

una vinculación restringida a los fines de semana y ocasiones especiales. Mientras que las lesbianas (dos homosexuales) sin han convivido con los/as hijos/as de su pareja o los propios.

Uno de los hallazgos encontrados en lo que respecta a la relación de pareja con hijos/as fue cierta diferencia genérica. En este sentido, las mujeres incluyen a los/as hijos/as de la pareja dentro de su grupo familiar; se vinculan emocionalmente con ellos, apoyan económicamente en los gastos que generan los/as niños/as, se involucran en las actividades de crianza de los/as hijos/as de la pareja, asumiendo así, actitudes maternas sin ser hijos propios. Estos hallazgos son cónsonos con la postura expuesta por Moreno (1997) según el cual la mujer no se define a sí misma como mujer sino como madre.

Por su parte, los hombres no tienen una vinculación estrecha con los hijos de la pareja, no suelen involucrarse en las funciones y responsabilidades que devengan de la crianza de los/as hijos/as, y por ello no ayudan económicamente en la manutención de los/as niños/as; asimismo no los cuentan como miembros de su familia, ni se vinculan emocionalmente con los mismos. Estos elementos parecen indicar que los hombres no desean tener un contacto estrecho con los/as hijos/as de su pareja, menos aún ser corresponsables de la formación de los mismos.

Se encuentra que los contenidos asociados a la visión de pareja expresada por los/as homosexuales de la gran Caracas se encuentran asociadas a elementos relativos al matrimonio; elementos vinculados con los roles de pareja, rol sexual y exclusividad sexual.

Referido al matrimonio, se suscitó que la mayor parte de los/as entrevistados/as se encuentra de acuerdo con el matrimonio, incluso le dan otras denominaciones. Se destacan los elementos de protección económica al momento de darse la unión legal entre homosexuales, sin que ello implique que se obvien los componentes emocionales. Para la mayoría de los entrevistados/as no existe mayor interés por la realización de ceremonias matrimoniales ante instituciones religiosas, debido a que consideran que las modificaciones requeridas para su aprobación bajo los diversos dogmas sería imposible; un elemento que resulta llamativo pues la cultura venezolana es, en líneas generales, creyente.

La aprobación del matrimonio, es considerada por algunos/as de los/as entrevistados/as un formalismo y convencionalismo social, que un real garante de unión y estabilidad en la pareja. Asimismo, es resaltante la percepción que poseen los participantes de que la sociedad venezolana no tiene la “madurez” para aceptar el matrimonio homosexual.

En cuanto a los contenidos vinculados a los roles de pareja, resalta una distribución de actividades cotidianas no ligada a los referentes tradicionales de género, pero aparentemente vinculada al rol sexual dentro de la pareja. Es decir, pareciera que las actividades más ligadas a la mujer son realizadas por los homosexuales definidos como pasivos, mientras que las culturalmente más relacionadas con el hombre son ejecutadas por los activos en la relación de pareja. Con respecto a los/as versátiles, expresan compartir de manera rotativa las funciones dentro del hogar por lo que las actividades se realizarían más asociado a la carga que representen y la disposición de cada uno de los miembros de la pareja.

En relación a las demostraciones afectivas entre los miembros de la pareja, los/as entrevistados/as muestran opiniones divididas, ya que un grupo de ellos/as consideran que el manejo con naturalidad de las expresiones de afecto promueve una mejor aceptación por parte de terceros, asimismo es una manera de legitimar este tipo de pareja. Por su parte otros/as de los/as entrevistados/as, creen que un manejo disimulado y restringido de las expresiones de afecto es la manera más idónea de manejar la relación de pareja delante de los otros. Esta última posición a su vez busca evitar la confrontación por parte de personas significativas heterosexuales.

De acuerdo con lo expresado por los/as entrevistados/as el rol sexual pareciera influir en la elección de pareja. Asimismo se asume que, en algunos de los casos, la pareja debe cumplir además con un rol de género que corresponda con las preferencias de la pareja hacia determinadas características de comportamiento y de vestimenta.

Existen dos clasificaciones en las mujeres homosexuales, la primera se refiere a su desempeño en el acto sexual, en este sentido activa es aquella que en el acto sexual provee de placer a su pareja y ejerce roles de género comúnmente asociados a lo masculino (sostén de hogar); la pasiva, ejerce roles femeninos y recibe placer de su pareja; las lesbianas versátiles procuran en el acto sexual dar y recibir placer sin establecer relaciones de dominación permanentes y, a su vez despliegan roles asociados a ambos géneros. Por otra parte, se encuentra la clasificación de “camión”, lesbiana con rasgos

físicos masculinos que realizan trabajos tradicionalmente son asumidos por hombres y despliegan comportamientos adaptados al género masculino; las “machitos” son las que poseen rasgos físicos masculinos pero no tan marcados y se comportan como hombres, pero no suelen ejercer trabajos de hombres; las “femeninas” son lesbianas que tienen una adecuada identificación con el rol de género femenino comúnmente aceptado. Es importante señalar que las camioneras y machitos son consideradas como “las fuertes”, por el resto de las lesbianas, puesto que exacerban las características del sexo contrario al biológico.

En los hombres sólo se clasifican como activos, pasivos y versátiles en cuanto a su rol sexual. El activo es penetrador, el pasivo es penetrado y el versátil ejerce las dos acciones. Los llamados “fuertes” son las comúnmente conocidas como “locas”, quienes exacerban las características del sexo contrario, son estos los que suelen ser discriminados en mayor medida por los/as mismos/as homosexuales, y por la comunidad en general.

Se observa en algunos/as de los/las entrevistados/as una tendencia a intercambiar los roles de dador/a o receptor/a de placer, asumiendo un rol más dominante o pasivo dentro de la sexualidad dependiendo de las circunstancias y/o pareja con la que están. De igual forma, expresan una necesidad de romper con el patrón tradicional de pareja heterosexual, en el que culturalmente se otorga una posición de dominio al hombre en diversos ámbitos, incluyendo el sexual, instaurando una relación de poder ante la mujer. Esto parece indicar una necesidad de no relacionarse con los caracteres de género que sectores discriminatorios les han atribuido.

La exclusividad sexual fue otro de los temas resaltantes en la visión de pareja de los/as entrevistados/as. En este tópico se encontró que existen posiciones totalmente distintas en lo que respecta a la posibilidad de tener otros/as compañeros/as sexuales, así como tener “sexo casual” vivenciando una relación de pareja abierta; o, por el contrario, mantener una fidelidad y exclusividad sexual en el sentido amplio de la palabra.

Un grupo manifestó encontrarse en contra de las relaciones abiertas, expresando conversar con sus parejas, y acordando relaciones de fidelidad mutua. Mientras que otros/as expresaron preferir las relaciones abiertas, previamente acordadas con sus parejas, en las cuales no existe exclusividad sexual entre los miembros de la pareja y los niveles de comunicación varían desde conocer los encuentros sexuales externos a preferir desconocerlos totalmente.

En cuanto al acceso a los/as hijos/as, existen tres opciones contempladas: la primera es la biotecnología, los homosexuales se están planteando hacer uso de avances bio-tecnológicos para acceder al hijo/a; la segunda es la adopción, aunque todos manifiestan que debe haber una modificación del marco legal; y por último los encuentros sexuales, que fueron contemplados sólo por aquellos que habían tenido experiencias heterosexuales previas, y lo harían con alguien conocido.

La mayoría de los participantes que expresaron desear concebir a sus hijos/as exclusivamente mediante inseminación artificial no han tenido experiencias de relaciones sexuales heterosexuales, y desean evitar un encuentro sexual para procrear el/la hijo/a. Esto confirma los postulados de Glocer (2007) y Greenfeld (2007), quienes plantean que cada vez más parejas homosexuales recurren a la biotecnología para la procreación de un hijo.

Por el contrario, los dos sujetos que manifestaron optar por la vía de un encuentro sexual para concebir un/a hijo/a, reportaron a su vez, haber tenido experiencias de relaciones sexuales heterosexuales, aunado a que el encuentro se realizará con una persona conocida, a el/la cual se le tiene alta estima por sus valores morales y posibilidad de hacer un buen equipo parental.

Un mayor número de hombres plantea la opción de la adopción, mientras que solo una de las mujeres entrevistadas expresó que acudiría a un proceso de adopción, pero sólo como segundo recurso. Es decir, las lesbianas entrevistadas prefieren ser progenitoras biológicas de sus hijos/as; mientras que los hombres dependen de una mujer de manera más determinante en este sentido.

Los entrevistados visualizan la adopción como una acción de tipo altruista, y procuran una relación con el/la hijo/a basada en las necesidades afectivas más que en los elementos consanguíneos; esto puede interpretarse como una racionalización para enfrentarse a la imposibilidad biológica. Asimismo en Venezuela, la adopción es percibida difícil de lograr debido las trabas burocráticas y la discriminación por su elección sexual.

En lo referente al tipo de relación que desearía o desearían que su hijo/a mantuviese con el padre o la madre, según sea el caso, encontramos algunas posturas diversas.

El grupo de entrevistados/as que se plantea la opción de tener un hijo/a con una persona conocida resalta el deseo y la necesidad de que exista un vínculo con el progenitor/a biológico. Se observa una búsqueda de protección hacia el posible hijo/a al brindarle figuras parentales femeninas y/o masculinas que le permitan un desarrollo integral. Esta visión de los/as entrevistados/as coincide con los planeamientos de Yárnoz (2006) tanto la madre como el padre son figuras importante para los niños y niñas, primeramente como figuras de apego y luego como modelos en el proceso de socialización

Por otra parte algunos de los/as entrevistados/as expresaron que prefieren la opción de un donante desconocido, para que así no exista vínculos entre el/la niño/a y el/la progenitor/a; incluso plantean que la presencia del progenitor/a biológico puede generar dificultades en la pareja, más que en el/la niño/a.

Cabe resaltar que aquellos entrevistados/as que desean vincular al hijo/a con la figura materna o paterna manifestaron tener una relación cercana con sus progenitores. Por su parte, en los/as homosexuales cuyo padre o madre estuvo ausente o la relación fue conflictiva prefieren que el niño no tenga contacto o cercanía con el/la progenitor/a; pareciese entonces que no desean establecer una triangulación heterosexual (madre, padre e hijo/a), repitiendo, especialmente en el caso de las mujeres, el patrón vincular aprendido en la familia de origen.

Parece existir como patrón común una tendencia a no imponer, a que los hijos/as siempre escojan con o sin previa orientación de los padres. Parecieran desear que los hijos/as sean heterosexuales, pero quieren arriesgarse a dejarlos elegir en muchas situaciones, para que sus hijos/as se sientan libres de escoger patrones conductuales de género como a ellos/as no se les permitió. A su vez, esto revela que no están convencidos sobre lo que sea adecuado demostrar como idóneo en lo relativo a las preferencias sexuales, ya sea por la prevalencia de la cultura heterosexual, por las contradicciones existente en si mismo sobre si es patológica la escogencia de objeto homosexual, o por no asumir responsabilidad en la educación sexual y posterior escogencia de objeto de amor de sus hijos/as.

Por otra parte entre las diferencias intergenéricas, pudimos observar la tendencia (al menos en el discurso) a anular a la figura masculina por parte de algunas de las lesbianas, especialmente en aquellas sin experiencias heterosexuales previas, y resaltar la figura materna por parte de los gays.

Las diversas expresiones recabadas demuestran posiciones encontradas en relación a la influencia de las preferencias sexuales de los padres en la de los hijos/as. Algunos/as consideraron que no existen elementos comprobados que funjan como determinantes de la elección de objeto, por lo que la convivencia de los/as niños/as en una familia homoparental no tendría porque ser la causante de su orientación sexual de tipo homosexual, esto lo justifican manifestando que son homosexuales a pesar de provenir de hogares heterosexuales, o con expresiones del tipo “con esto se nace”.

Otros/as entrevistados/as consideran que durante la niñez, la ausencia de un modelo de referencia materno y paterno adecuado al género incidiría en la posterior elección de objeto homosexual de los hijos/as.

Las opiniones de los/as entrevistados/as demuestran una relación directamente proporcional entre la preferencia sexual y la cercanía al rol de género contrario al sexo que se posee, con la posibilidad de un mayor rechazo de parte de la comunidad homosexual, debido a un prejuicio que procede de la visión que otorga la comunidad no homosexual, pero que ellos reproducen con la finalidad de cuidar su imagen. La exclusión más frecuente la viven los llamados “fuertes” tanto mujeres como hombres, las comúnmente conocidas como “camión” y las “locas”.

Las situaciones de discriminación obedecen tanto a dogmas que no aceptan la homosexualidad, como al abuso de poder por entes de seguridad que descalifican y agreden a los/as homosexuales.

Asimismo, existen temores en relación a las instituciones que ejercen un grado de poder y tutela en los/as hijos/as como los colegios, debido a la necesaria socialización entre los/as niños/as asistentes y la participación esporádica de los padres en eventos y compromisos donde están expuestos a las opiniones de representantes y trabajadores, pudiendo colocar a los niños/as en situaciones de vulnerabilidad de la cuales ellos, aparentemente, no les pueden proteger. Para Imber-Black (1999) las políticas del Estado signadas por la negación, se instauran bajo la metáfora del secreto, condenando a la pseudoclandestinidad diaria a los/as homosexuales y lesbianas.

Las expresiones de los/as entrevistados/as coinciden en la existencia de discriminación y maltrato hacia los/as homosexuales en los diversos ámbitos de interacción cotidiana. Este hecho lo señalan como la principal limitante ante la posibilidad de establecer familias homoparentales en nuestro país.

En este mismo orden de ideas Imber-Black (1999) manifiesta la existencia de homofobia y heterocentrismo en el contexto social, que limita las interacciones de los homosexuales. Estas acciones son producto de las creencias de las posiciones conservadoras sobre la sexualidad, que imperan en nuestra cultura, tales como que la dicotomía anatómica conlleva una dicotomía genérica, el sexo visto solo para fines reproductivos, y la familia como un ente natural; por ello, toda práctica que no se sume a estos conceptos es considerada como inapropiada (Rotenberg, s.f. c.p. Maffia, 2007). Es decir, los/as homosexuales son discriminados a partir de un referente socio-cultural de estereotipos que no necesariamente representan a la gran mayoría de gays y lesbianas de nuestro país.

Ante estas vivencias discriminativas, los/as entrevistados/as optan o por la desesperanza aprendida, por ignorar el juicio de la mayoría, o por el ejercicio de sus derechos como ciudadanía, entendiendo ciudadanía como la capacidad de ejercicio de todos los derechos bajo el amparo del Estado, lo cual no ven como viable dentro de nuestro país, debido a la discriminación por omisión en la que están inmersos los derechos políticos otorgados por nuestro Estado (Maffia, 2007). Y expresan la fantasía de que en otros países (desarrollados) pudieran no ser víctimas de discriminaciones, por su elección sexual.

Un aspecto señalado por los/as entrevistados/as es el referido a los temores de las consecuencias que pueda tener sus preferencias sexuales en la relación que establezcan con sus hijos/as, ya sea debido a la imitación de patrones homosexuales y la culpabilización de las figuras homoparentales de ello, o al rechazo de los padres producto de la influencia del entorno.

Las entrevistas reflejan que hay un temor en relación a la incidencia que tenga la sociedad en el bienestar psicológico de los/as hijos/as y por ende, las consecuencias en la dinámica familiar. Ante este temor manifiesto la alternativa es establecer familia fuera de nuestro territorio, con el fin de evitar la confrontación entre padres homoparentales y el/la hijo/a, así como con el exosistema, creyendo que en otras latitudes pueden encontrar sociedades más abiertas y/o tolerantes. Robledo (2004) en su estudio expresa que los homosexuales cubanos reconocen la vulnerabilidad de los hijos frente al entorno social. Los/as entrevistados/as que expresan angustia ante posibles discriminaciones sufridas por sus hijos/as, creen que éstas provendrían del entorno social, concretamente vecinos, asimismo plantean que es posible que dichas discriminaciones no se susciten en otros países.

## DISCUSIÓN

La naturalización de familias homoparentales, aún no se ha gestado en la comunidad en general, aunque ya existen familias homoparentales, en su mayoría conformadas a partir de parejas de lesbianas con hijos/as, pero no es una práctica común, sin embargo es el inicio de la institucionalización de una nueva forma de estructura familiar, que está hoy en día en las mentes y acciones de una generación adulta de homosexuales, que encuentra grandes resistencias sociales que no les permiten llegar a legitimarse, pero que transmitirán esta información a sus hijos/as, quienes no participaron en la creación de esta realidad, y así las próximas generaciones tendrán la posibilidad de percibir a las familias homoparentales como una realidad dada, y no como un caso social atípico.

Se puede plantear que no existe mayor distinción entre el concepto de familia que manejan los homosexuales, y los referentes teóricos en ésta materia. Las representaciones sociales de la familia enfatizan en una serie de valores y actitudes instituidas en una sociedad dominada por el heterocentrismo y una cultura matricentrada, en la que se destacan los planteamientos de Coomaraswamy (s.f) acerca de los aportes de protección emocional y psicológica provenientes de la familia de origen.

El surgimiento de las familias homoparentales en Venezuela se suscita bajo un clima social de ilegalidad y poca aceptación de las instituciones, concretamente el Estado venezolano no ha legislado ninguna ley que tenga como objetivo proteger a esta minoría sexual y a sus familiares, lo cual genera que la comunidad homosexual del país se encuentre en situación de vulnerabilidad y desigualdad. Sin embargo, desde la comunidad gay parece haber expectativas de legalizar el matrimonio civil entre personas del mismo sexo y la consecuente legitimación de las familias homoparentales, basados en la idea de que el hijo/a no es un deseo exclusivo de los heterosexuales, y que ellos/as también tienen el derecho y las capacidades (materiales, físicas y psicológicas) para la formación adecuada de los/as hijos/as,

Un hogar con padres homosexuales puede generar incertidumbre, sobre todo si se toman en cuenta los planteamientos psicoanalíticos referidos al Complejo de Edipo, su triangulación, y el proceso de identificación por el que deben atravesar todos/as los/as niños/as en ese período del desarrollo, pero viendo la manera en que algunos/as gays y lesbiana piensan o han manejado la crianza de los hijos/as, lo más importante pareciera ser la

dinámica del tercer excluido (independientemente del sexo biológico de los protagonistas del triángulo), y la existencia de figuras parentales femeninas y masculinas con importante vinculación con el/la niño/a, sin que tenga que ser necesariamente miembro del núcleo familiar. En este mismo orden de ideas el complejo de Edipo configura modelos e ideales que no pueden corresponder a una única forma universal y es, por el contrario, posible distinguir diversos complejos parentales (Faiman, 2007).

Asimismo, parece ser que la posibilidad de formar familia homoparental es vista como más viable en las lesbianas que en los gays, esto puede estar asociado a la cultura matricentrada que plantea Moreno (1997), donde se puede deducir que a la mujer se le ve como madre y por ende con la capacidad de criar hijos/as, mientras que a los hombres no se les asocia tales características, sin embargo; no se pueden obviar las diferencias biológicas y la autonomía que tienen las mujeres (una vez ha ocurrido la fecundación), para llevar a término un embarazo, sin la presencia del varón.

Si de acuerdo con Moreno (1997) el venezolano se puede definir como *Homo convivalis*, las relaciones parecen definir a los/as individuos/as de nuestra sociedad. Este entramado de relaciones se da en todos los sistemas, pero de manera más marcada en el microsistema, y más específicamente en la familia, convirtiéndose así en una necesidad. Cabe destacar que cuando hablamos de necesidad, nos referimos a que, tanto para los/as heterosexuales como para los/as homosexuales, la familia parece ser un elemento indispensable, un paso lógico y hasta obvio a seguir luego de lograda la adultez, y de haber alcanzado algunas metas personales de distinto orden.

La familia está institucionalizada, construida culturalmente, magnificada; además es, a su vez, una segunda oportunidad para arreglar situaciones, alcanzar muchos ideales no presentes en sus relaciones familiares de origen, específicamente para los gays y lesbiana debido a la reinante cultura heterosexual, que limita, interfiere y hasta condiciona las relaciones entre el/la homosexual y sus nexos sanguíneos, que reclaman a su vez sus propios ideales en el gay o la lesbiana.

Es entonces la familia para los gays y las lesbianas, un espacio donde depositan valores, anhelos, elementos narcisistas, expectativas, sueños, motivaciones; que desde su elección de objeto amoroso, implica tener que innovar, y más aún, entre tanta innovación verse con detractores de sus sueños: una mayoría que está presente, que normaliza prácticas y deslegitima

otras. Y como tal la familia depende del modelo de donde el/la homosexual parte, pero también de elementos personales, de sus propias vivencias, de su personalidad, de la relación que establezca con su pareja y con el entorno que le apoya o le adversa (en la mayoría de los casos).

Es importante considerar que mas allá de hacer este ejercicio de fantasear con la familia y lo que pudiera representar para el/la homosexual como parte de ésta, se debe pensar en lo que esa familia pudiese significar para el/la hijo/a, quien ciertamente llega a insertarse en una dinámica que puede o no ser similar a la presente en una familia heterosexual, pero que él/ella la vivenciará de acuerdo a las interacciones que establezca, e inicialmente le procuren sus padres, con los diversos sistemas (micro, meso, macro).

Según Simón, Triana y González (1998) el macrosistema está conformado por un conjunto de creencias culturales del deber ser familiar. En Venezuela, y en las sociedades latinoamericanas en general, se avala culturalmente que la familia está constituida por una pareja cuyos miembros son de distinto sexo, esto permite ver que existe una marcada cultura heterocentrista, la cual genera en los/as homosexuales la tendencia a ocultar sus vínculos de pareja con personas de su mismo sexo. De esta manera, las lesbianas que vivieron en familia homoparental con hijos/as no aclaraban ante los miembros de la comunidad sus vínculos afectivos reales. Esta realidad coincide con lo expresado por Imber-black (1999) que afirma que desde las políticas del Estado signadas por la negación, se instaura bajo la metáfora del secreto a estas familias, condenando a la seudoclandestinidad diaria a los homosexuales y lesbianas. Toda esta situación tiende a generar malestar y angustia en los/las homosexuales que están viviendo en una sociedad que presenta contradicciones relativas a la apertura y/o rechazo de la homoparentalidad.

Igualmente, en el ámbito social se manejan los estereotipos, los cuales son el primer paso para la formación de una representación social. Los gays y las lesbianas definen la familia inicialmente, a partir de la pareja sin hijos/as, porque tangiblemente es lo que ellos/as pueden construir sin llegar a encontrar mayores dificultades. Un referente de este tipo de familia, es la clasificación realizada por Quintero (1997) donde se expresa que existen ocho tipos de familia, siendo una de ellas la pareja sin hijos. Esto refuerza el patrón socio-cultural que ha estereotipado a la pareja homosexual como dos adultos del mismo sexo conviviendo sin hijos/as, un poco asociado a la

imposibilidad reproductiva entre ellos/as, aunque hoy en día hay quienes desean desde una pareja homosexual llegar a crías hijos/as, dando paso al cambio en el estereotipo socialmente manejado.

Los/as participantes relatan situaciones de discriminación y rechazo social, es por ello que en múltiples ocasiones prefieren ocultar su elección sexual incluso a sus familiares; sin embargo, el mantenimiento de esta doble vida, genera en muchos de los casos, sentimientos de culpa que se expresan a través de los temores que reportan, y la fantasía de ocasionar daños irreparables a sus familiares al notificarles sus preferencias sexuales, esta situación ya ha sido reportada por Robledo (2004). Entonces, ¿Estos temores no serán transmitidos a los/as hijos/as?, ¿Cómo se entablará la relación de familiar con el meso y macrosistema?

Se observó que los gays y lesbianas provienen de distintas estructuras familiares, sin embargo un aspecto notorio en los discursos, como elemento común, es cierta distancia afectiva con la figura del padre que, en algunos casos, fue una relación vivida como poco significativa. Se aprecia así descripciones negativas de las figuras paternas y descripciones positivas de las figuras maternas, a quienes tienden incluso a idealizar en la mayoría de los casos. Esto concuerda con Soto (2004) quien postula la existencia de variables microcontingenciales en las familias de origen de los/as homosexuales, así como con Hurtado (2008), de acuerdo con el cual, la mujer se constituye como dueña absoluta de la familia al configurarse como madre, mientras que el hombre se constituye dentro de ésta como hijo, sin elaborar el padre y destinándose a crecer como macho.

Si esto es lo que, de acuerdo con algunos autores, ocurre en la sociedad venezolana, ¿Cómo quedará configurada la familia homoparental masculina con hijos/as?, ¿Quién, dentro de éstas, constituirá el eje focal de los afectos e identificaciones? (en especial para las hijas), ¿Repetirán las lesbianas el modelo matricentrado, con una presencia “cuasi primitiva”, y oposición competitiva con el hombre?, ¿Será más marcada la desconfianza transmitida a los/as hijos/as para con los hombres?, o ¿Simplemente será una oportunidad de reivindicación de las funciones paternas para los homosexuales masculinos?, y ¿La repetición del modelo maternal imperante en nuestra sociedad?. Estas preguntas quedan a la reflexión y un estudio posterior a las familias homoparentales.

Tomando en cuenta los elementos abordados en la discusión se considera pertinente que se realicen estudios en esta área, aumentando la muestra de sujetos, y contemplando un abordaje metodológicamente más amplio, que incluya otras herramientas que permitan tener una visión más profunda del fenómeno.

## REFERENCIAS

- Alizade, M. (2007). Pensando la homoparentalidad. En Rotenberg, E y Agrest, B (comps.), *Homoparentalidades. Nuevas familias* (pp.77-83). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Andrade, A. (2007) ¿Una nueva familia?. En Rotenberg, E. y Agrest, B (comps.), *Homoparentalidad. Nuevas familias* (pp. 155-164). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bianco, F., García, R., Suárez, R. (2006) Homosexualidad y principios bioéticos. *Sexología, XI* (1), 5-26.
- Eiguer, A. (2007). Homoparentalidades, afiliación y vínculo filial. En Rotenberg, E. y Agrest, B (comps.), *Homoparentalidad. Nuevas familias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Faiman, G. (2007) La parentalidad homosexual. En Rotenberg, E. y Agrest, B (comps.), *Homoparentalidad. Nuevas familias* (pp.165-174). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Glozer, L. (2007). Parentalidad en parejas homosexuales. En Rotenberg, E. y Agrest, B (comps.), *Homoparentalidad. Nuevas familias* (pp.47-56). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Godoy, T. (2001). *Homosexualidad: Un recorrido en la obra Freudiana. s.e.* Caracas.
- Gómez J. (2003). La relación de una pareja homosexual masculina desde su mundo social: una historia de vida [Versión electrónica], *Psicología* 7(1).
- Greenfeld, D. (2007). Gay male couples and assisted reproduction: should we assist?. *Fertil Steril* 88, 18–20.
- Gays y lesbianas de Israel podrán adoptar hijos.* (2008). Recuperado el 10 de septiembre de 2008, de <http://www.agmagazine.com.ar/index.php?IdNot=2176>.
- Imber-Black, E. (1999). *La vida secretas de las familias*. Madrid: Gedisa.

- Kurder, L. (2004). *Resolución sobre orientación sexual y matrimonio adoptada por el Consejo de Representantes de la Asociación Americana de Psicología*. American Psychological Association APA.
- Lander R. (2004). *Experiencia subjetiva y Lógica del otro*. Caracas: Psicoanalítica Caracas.
- Ley 1004. Recuperado el 01 de noviembre de 2007 de [www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/html/ley1004.html](http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/html/ley1004.html)
- Maffia, D. (2007). Familia y adopción: reflexiones acerca de la homoparentalidad. En Rotenberg, E. y Agrest, B (comps.), *Homoparentalidad. Nuevas familias* (pp. 57-62). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Moreno, A. (1997). *La Familia Popular Venezolana*. Caracas: Centro GUMILLA.
- Muños, C. (2003). Identidades translocales y orientación sexual en caracas: (arqueología, genealogía y tecnologías de la orientación sexual). En Mato, D. (coord.), *Políticas de Identidades y diferencias sociales en Tiempos de Globalización*. Caracas: FACES-UCV.
- Peplau L. y Fingerhut A. (2007). The Close Relationships of Lesbians and Gay Men. *Anuarios de Revista Psicología* 58,405-424.
- Quintero, A. (1997). *Trabajo Social y Procesos Familiares*. Buenos Aires: Lumen, Humanitas.
- Robledo, L. (2004). La controversia entre homosexualidad y familia: El caso cubano. *Papers Revista de Sociología* (74), 203-215.
- Simón, M., Triana, B. y González, M. (1998). Vida familiar y representaciones de familia. En Rodrigo, M. y Palacios, J. (Eds.). *Familia y desarrollo humano* (pp. 298-315). Madrid: Alianza Editorial.
- Smola, A. (2007). Homoparentalidades. En Rotenberg, E y Agrest, B (comps.). *Homoparentalidades: nuevas familias* (pp. 63-70). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Soto, G. (2004). *Variables etiológica en la homosexualidad femenina: un enfoque interconductual*. Trabajo Especial de Grado no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Yáñez, S. (2006). ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. *Anales de psicología*, 22 (2), 175-185.

## Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales

Cineret Lastra<sup>1</sup>, Zoila Moreno<sup>1</sup>, Purificacion Prieto<sup>1</sup> y Carlos Sardiñas<sup>2</sup>

cine.lastra@gmail.com

carioswa@hotmail.com

pmprieto@gmail.com

carlosardiñas@yahoo.es

<sup>1</sup>Escuela de Psicología- Universidad Central de Venezuela

<sup>2</sup>Unidad de Coloproctología, Hospital Universitario de Caracas.

### Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales, fundamentándose en los Modelos del Análisis Conductual y de la Salud Biológica de Ribes (1990). Es de tipo no experimental, transeccional correlacional, de campo, se exploraron los repertorios conductuales de 30 pacientes, con alteraciones anorrectales y de 20 personas, sin alteraciones anorrectales, empleando para ello la *Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales Versión ABC (Adaptación Briceño-Contreras 2006)*. Al comparar los repertorios explorados en la Guía en ambos grupos, se encontraron diferencias significativas en las características de los hábitos de eliminación. Los resultados sugieren que estos comportamientos pueden estar relacionados con el inicio y mantenimiento de las alteraciones anorrectales.

*Palabras clave:* Alteraciones anorrectales, Repertorios conductuales, Estilos interactivos, Competencias funcionales.

## Relationship between the behavioral repertoires and the anorectal alterations

### Abstract

This investigation analyzed the relationship between the behavioral repertoire and the anorectal alteration based on the Behavioral Analysis Model and Biological Health Model of Ribes (1990). It is a non experimental, transactional, correlational and field study. The behavioral repertoires of 30 patients with anorectal alterations and 20 without anorectal alterations were examined using the interview guide for the Behavioral Analysis in Anorectal Alteration ABC (Adaptation Briceño – Contreras 2006) After comparing the repertoires of both groups we found meaningful differences in the characteristics of the elimination habits. The results suggest that the behaviors can be related to the beginning and maintenance of anorectal alterations.

**Key words:** anorectal alterations, behavioral repertoires, interactive styles, functional competences

El estudio de los trastornos anorrectales con miras a establecer programas de prevención y tratamiento en el contexto de la medicina pone en evidencia las dificultades que se presentan al momento de establecer una causa preponderante que justifique su aparición y la necesidad de evitar su reaparición, una vez que son tratados de manera exitosa. En la mayoría de las ocasiones, las propuestas de intervención están dirigidas a dos aspectos fundamentales, por un lado al control y el tratamiento puntual del síntoma físico, por el otro a un nivel más funcional, se orientan a la caracterización de la estructura de los hábitos de alimentación y eliminación que exhibe el sujeto, empleando para ello la descripción verbal que éste hace de los mismos y proponiendo sugerencias para su modificación sobre la base de criterios sociales estándares que carecen de verificación empírica, por ejemplo el número de veces diarias que se debe evacuar, que alimentos son los más recomendados para facilitar la evacuación, maniobras físicas al momento de la misma, comparación del acto de evacuar con el de otros miembros de la familia, entre otros.

Se pretende solventar una situación que requiere de la participación de un equipo de salud, con el abordaje desde la medicina responsable de resolver los aspectos propios de su campo, se incluye de manera segmentada el aporte de la psicología, la psiquiatría, la fisioterapia, la nutrición y no se aprovecha a su principal componente el paciente mismo, como la fuente principal de información.

Siguiendo el planteamiento anterior, una de las dificultades a despejar es la necesidad de dar preponderancia a un tipo de componente sobre otro, hasta donde se debe privilegiar el componente anatómico sobre la función de la estructura cuando se hace referencia a los trastornos anorrectales. La mayoría de las veces, por tratarse de cuadros con una sintomatología física perfectamente evidente y atribuible a fallas estructurales del organismo pareciera que solo es competencia de la Medicina y más concretamente de la Proctología, el hecho de resolver los problemas estructurales debiese permitir la solución total del problema y garantizar una mejor calidad de vida, sin embargo, por otro lado, la presencia de factores psicológicos pone en evidencia la necesidad de contemplar además de las estructuras, las funciones y no solo de los componentes orgánicos asociados, sino de otras variables pertenecientes al contexto de la mirada macro del individuo, como es el caso de la presencia de hábitos comportamentales inadecuados o la asociación con factores emocionales o estilos de comportamiento, aquí se comienza a dar preponderancia a la Psicología; uno de los primeros

escayos a vencer es la frontera disciplinar, para ello es importante que se proponga una denominación propia al área y que se insista en la necesidad del planteamiento de un modelo de abordaje igualmente propio a futuro.

En nuestro país, más específicamente en la interacción entre la Proctología y la Psicología como campos disciplinares, desde el año 2004 se han venido desarrollando una serie de trabajos cuyo objetivo fundamental es la construcción de una línea de investigación que permita la generación de la espiral holística (término acuñado por Barrera, 2003) que conduzca a culminar con la propuesta de un modelo explicativo que permita el esclarecimiento no solo de la aparición de los trastornos anorrectales sino también que pueda contextualizar la prevalencia de los aspectos psicológicos en los mismos y que contribuya en definitiva con la generación de una propuesta de intervención eficaz.

Cronológicamente, Moreno y Ochoa en el año 2005, investigaron el incremento considerable de la recidiva (Morales, 1999) en los trastornos anorrectales a pesar de la efectividad de los procedimientos quirúrgicos como abordaje terapéutico único en el tratamiento de los mismos. Destacaron que era notable la ausencia de una explicación clínica consistente de la misma por parte de los especialistas en el área de la Proctología, señalando que el énfasis era en la corrección anatómica. Las autoras propusieron ampliar la visión del problema incorporando los factores psicológicos como eventos disposicionales o coadyuvantes, lo que quizás explicaría la persistencia de la problemática a mediano plazo en algunos casos, disminuyendo por lo tanto las posibilidades de una cura definitiva del problema. Como hasta ese momento los trabajos científicos publicados no describían un estudio sistemático de la incidencia de los aspectos psicológicos, emplearon la visión funcional del análisis conductual como modelo en un estudio exploratorio que incluyó entre sus actividades el diseño de instrumentos de recolección de información, tales como guías de entrevista, registros específicos de dimensiones conductuales vinculadas con los hábitos de alimentación y de eliminación, además de proponer una selección de los procedimientos terapéuticos derivados de los principios del aprendizaje cuyo fin era instaurar y mantener comportamientos apropiados en el individuo con el fin de disminuir la posibilidad de las recidivas.

El diseño de la Guía de Entrevista debía permitir identificar y caracterizar una unidad de análisis y una unidad de medida, sobre la base de aquellas dimensiones conductuales derivadas de la identificación de las áreas que

constituían los factores psicológicos vinculados a la problemática anorrectal; la Guía de Entrevista resultante fue validada entre profesionales del área de la Proctología y de la Psicología en lo referente a sus características de construcción y a nivel empírico con un grupo de pacientes que asistían a la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. Por otra parte, ya en la fase experimental, una vez aplicada la Guía de Entrevista a un grupo de pacientes, emplearon un programa estadístico como complemento al análisis clínico de los datos. Entre los resultados pudieron observar que las distintas áreas (social, emocional, laboral, entre otras) del individuo interactuaban entre sí, y concluyeron que el aspecto emocional es el componente con mayor incidencia en el desarrollo de las demás áreas así como en la manifestación y recurrencia de las patologías anorrectales. La conclusión principal del estudio apuntaba a destacar la presencia de patrones conductuales específicos en los pacientes que presentaban la recidiva de las patologías anorrectales.

En el año 2006, Briceño y Contreras se propusieron describir específicamente los patrones conductuales de las personas que presentaban alteraciones anorrectales, empleando una versión modificada de la Guía de Entrevista elaborada por Moreno y Ochoa (2005), la denominaron Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales Versión ABC (Adaptación Briceño- Contreras 2006). Los resultados apuntaron a que en el área laboral un 40% de la muestra estudiada estaba desempleada y del total de desempleados el 48% relacionaba la condición de desempleo con la enfermedad. En cuanto al área sexual, el 39% señaló que había disminuido su actividad sexual a causa de la enfermedad bien por dolor o por temor lesionarse más y si habían sido tratados quirúrgicamente, para evitar comprometer el tratamiento.

En cuanto a los hábitos de eliminación encontraron que, la mayoría presentaban comportamientos de riesgo, como los califican Sardiñas (2002) y Morgado (1997), tales como la realización de mucho esfuerzo al momento de evacuar (pujar), permanecer mucho tiempo con el esfínter relajado realizando una actividad adicional a la defecación (leer, hablar por teléfono mientras usaban el sanitario), no atender el primer impulso postergando la evacuación, reportaban verbalmente sensación de “evacuación incompleta” lo que se traducía en insistencia por vaciar recto de toda la materia fecal con maniobras como pujar o utilizando los dedos. Otro dato importante, era que sus hábitos alimentarios se caracterizaban por un bajo consumo de líquido durante el día y un bajo consumo de fibra dietética, además, durante la

ingesta se evidenciaba una ingesta rápida de los alimentos y la combinación con la realización de otras actividades adicionales al momento de comer (leer, conversar sobre asuntos del trabajo, ver televisión).

En la exploración de los aspectos emocionales destacaron la intranquilidad ante diversas situaciones (disputas familiares, problemas económicos, síntomas de la enfermedad), cambios emocionales antes y a partir de la enfermedad (sensibilidad, irritabilidad, tristeza e intranquilidad), comprometiendo el área social en la que se reflejaba un temor frecuente a ser evaluado negativamente, alta tensión ante situaciones sociales y la evitación social. Las autoras concluían que se evidenciaba un fuerte componente ansiógeno y que algunos de los comportamientos encontrados tales como temor a ser evaluado negativamente, tensión y evitación social, ansiedad, depresión e irritabilidad se correspondían parcialmente con los que Prise (1982, c.p. Mainieri, 1999) agrupaba en lo que denominó patrón de conducta tipo C, destacaban además la importancia de la intervención desde la medicina conductual en las alteraciones anorrectales y la clara influencia de los patrones conductuales de las personas con trastornos anorrectales tanto en la adquisición como en el mantenimiento de la enfermedad.

A diferencia de los estudios anteriores, la propuesta en la presente investigación, se orientó a indagar la correlación entre los patrones comportamentales y las alteraciones anorrectales, específicamente en las siguientes patologías hemorroides, fisura anal y absceso fistuloso, incluyendo para ello un grupo de comparación en el estudio conformado por individuos que no presentaban trastornos anorrectales. Para ello, fue necesario identificar y describir los repertorios de cada grupo mediante la Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales Versión ABC-adaptación Briceño- Contreras 2006 (Versión ABC- 2006).

Adicionalmente, se compararon los resultados obtenidos con elementos del Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes (1990), en el cual se especifican los factores conductuales pertinentes a la salud-enfermedad y se argumenta que el inicio de una enfermedad, así como su prevención, curación y rehabilitación, implica la participación de un individuo actuando. Esto con el objetivo de conocer si el inicio y mantenimiento de estas patologías anorrectales podían ser explicadas bajo este modelo. Ribes (1990) plantea que existen procesos psicológicos entre los que se incluyen la historia interactiva del individuo, las competencias funcionales presentes

y la modulación de los estados biológicos por parte de las contingencias ambientales, que según las características funcionales del comportamiento, tendrán como resultado la vulnerabilidad biológica, y a su vez afectarán la emisión de conductas preventivas y/o de riesgo asociadas a una patología biológica.

## MÉTODO

La investigación desarrollada no fue experimental, se le pudiese calificar como transeccional correlacional, de campo. Es no experimental, debido a que no se tuvo control directo sobre la variable predictora, ni se crearon condiciones artificiales para estudiarlas, porque esta y sus efectos ya habían ocurrido (Kerlinger y Lee, 2002). Por otra parte, es transeccional correlacional porque se describen “relaciones entre dos o más variables en un momento determinado...sin precisar...causalidad...” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, pp. 194-195). Además, se considera una investigación de campo, pues “sistemáticamente busca relaciones entre variables” en una situación de la vida real, es decir, en el ambiente específico en el que ocurrió (institución de salud) (Kerlinger y Lee, 2002, p. 286).

Esta investigación se llevó a cabo en dos fases, las cuales serán descritas a continuación:

### FASE I. VALIDACIÓN EMPÍRICA

Se realizó una prueba piloto para evaluar la guía de entrevista, en lo referente al tiempo de aplicación, presentación y comprensión de los ítems. La misma se llevó a cabo en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC-HUC), ubicado en la Ciudad Universitaria, Región Capital, con cinco pacientes, de sexo femenino y masculino que presentaban alteraciones anorrectales. Para ello se empleó la “Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales. Adaptación Briceño- Contreras 2006” (Versión ABC- 2006).

En esta fase las investigadoras aplicaron las entrevistas de manera conjunta, con el propósito de alcanzar confiabilidad en la información obtenida, afinar detalles referentes a la formulación de las preguntas y establecer la duración aproximada de la entrevista.

A partir de las observaciones durante esta etapa inicial, se evidenció que los pacientes al tener conocimiento de que la entrevista era de carácter psicológico, modificaban sus respuestas aparentemente por deseabilidad social, justificaban sus respuesta u omitían información que le habían proporcionado al personal médico de UNICOPROC-HUC, dificultando así la obtención de datos fiables. Se decidió no mencionarles a los sujetos que formaría parte de la investigación que se trataba de una entrevista psicológica y se incorporó la tarea como parte del protocolo de la atención de los casos de UNICOPROC-HUC. Adicionalmente, se consideró necesaria la modificación en la presentación del ítem 4 y 4. 1 referente a la selección de las actividades sexuales que practica el paciente y el orden de preferencia de las mismas. También se agregaron las opciones de respuesta en el área social de la prueba autoaplicada, para facilitar la identificación de las respuestas por parte del paciente.

## FASE II. APLICACIÓN

Esta fase consistió en la aplicación de la guía entrevista a un grupo de pacientes con alteraciones anorrectales y a otro grupo de personas sin alteraciones, con el propósito responder a los objetivos planteados en la investigación, tomando en cuenta las consideraciones de la validación empírica.

### *Ambiente*

El estudio se realizó en dos ambientes, el primero la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC-HUC), ubicado en la Ciudad Universitaria, Región Capital, en la que se procedió a entrevistar a los pacientes que presentaban alteraciones anorrectales. El segundo el Ambulatorio Docente Asistencial del Hospital Universitario de Caracas (ADA-HUC) ubicado en la Ciudad Universitaria, Región Capital espacio en el que se entrevistaron a los sujetos que no presentaban alteraciones anorrectales.

### *Sujetos*

Se entrevistaron un total de 30 personas con alteraciones anorrectales (hemorroides, fisura y fistula) y 20 personas sin alteraciones anorrectales, tanto de sexo femenino como masculino.

### *Criterios de exclusión*

En el grupo de los pacientes que presentaban alteraciones anorrectales, se excluyeron los casos en los que la patología era producto de enfermedades de transmisión sexual o malformación congénita, así como los pacientes que presentaban alteraciones funcionales (incontinencia y estreñimiento). También fueron excluidos los pacientes que presentaban alteraciones de un largo período de evolución (rectocele, prolapso) y los que habían sido sometidos a tratamiento quirúrgico. En el segundo grupo, conformado por personas que no presentaban las alteraciones, se excluyeron las personas que en otro momento habían presentado una patología anorrectal y también aquellas que padecen patologías relacionadas al colón e intestino.

### *Materiales*

“*Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales. Adaptación Briceño- Contreras 2006*” (Versión ABC – 2006). Compuesta por dos partes, la primera consiste en una entrevista semiestructurada y la segunda, un cuestionario autoaplicado con opciones de respuesta tipo likert.

En la entrevista semiestructurada se exploró la información demográfica de los pacientes: datos de identificación y estratificación social (12 ítems), también la información referente a los antecedentes de la enfermedad (11 ítems), las áreas laboral (10 ítems), sexual (9 ítems) y emocional (10 ítems), así como los hábitos alimentarios (11 ítems) y de eliminación (14 ítems). En el cuestionario autoaplicado, se exploraron las áreas emocional (12 ítems) y social (39 ítems).

- Hoja de respuesta: consiste en un formato en el que se transcribieron las respuestas de los pacientes al momento de la entrevista semiestructurada.

### *Variables*

Debido a las características del diseño no experimental correlacional de campo, no se hará uso de la denominación: variable independiente (VI) y variable dependiente (VD), pues no es posible establecer una relación causal entre las mismas. Por lo tanto, las variables serán manejadas como variable predictora y variable criterio.

*Variables Predictoras:* son aquellas a partir de las cuales se espera prever la variable criterio, no se manipulan (Kerlinger y Lee, 2002). Las alteraciones anorrectales que presentaban los pacientes fueron las variables predictoras de la investigación; estas no podían ser manipuladas ya que su impacto ya había ocurrido en el tiempo. Fueron medidas en términos de presencia-ausencia y tiempo de evolución, con un nivel de medida nominal y ordinal.

*Variable Criterio:* Son aquellas que se predicen o anticipan a partir de la variable predictora (Kerlinger y Lee, 2002). Las variables criterios de la investigación son los repertorios conductuales que poseen las personas con y sin alteraciones anorrectales, en términos de presencia-ausencia. La unidad de medida es nominal, y adicionalmente se asignaron valores a los ítems para obtener un índice en cada una de las áreas evaluadas y así se alcanzó un nivel de medida ordinal. Las variables criterio fueron los repertorios conductuales de pacientes con alteraciones anorrectales, en las siguientes áreas: hábitos alimentarios y de eliminación, área laboral, social, emocional y sexual.

Para cada una de las áreas se utilizaron las definiciones instrumentales expuestas en la Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales. Adaptación Briceño- Contreras 2006” (Versión ABC – 2006).

*Hábitos alimentarios:* conductas orientadas a la ingesta de alimentos por parte del individuo de acuerdo a sus experiencias y necesidades, relacionadas con el tipo de alimento, horario, y frecuencia de consumo, situación y topografía.

*Hábitos de eliminación:* conductas repetitivas diferentes a las respuestas reflejas que le permiten a las personas poseer un control sobre la retención y eliminación de sus heces.

*Área laboral:* por medio de la exploración del comportamiento de la persona dentro de un ambiente de trabajo se buscaba conocer la incidencia de este contexto sobre la enfermedad y explorar cómo la enfermedad también podía estar afectando el comportamiento laboral de la persona.

*Área social:* es el comportamiento interactivo del individuo con las otras personas que se encontrará mediado por el ambiente, la situación, los intereses propios y las respuestas del otro. De esta área interesaba conocer

la presencia de comportamientos asertivos en el individuo, de apoyo social, identificar si mostraba temor a ser evaluado negativamente en sus interacciones y la posible presencia de tensión o evitación social.

*Área emocional:* Se refiere a los estados de ánimo y modos de afrontamiento, que el individuo evidencia a través de su funcionamiento individual y social. También se espera conocer si la persona ha atravesado estados ansiosos o depresivos y caracterizarlo (topografía).

*Área sexual:* Buscaba explorar elementos relacionados con la preferencia sexual de los participantes, su frecuencia, topografía y grado de satisfacción en la actividad sexual.

### *Procedimiento*

Luego de la aplicación de la prueba piloto, se procedió a la recolección de la muestra de personas con alteraciones anorrectales esta actividad se desarrollo en la Unidad de Coloproctología, del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC-HUC) por un período de cinco meses. El paciente era atendido por los médicos de UNICOPROC-HUC, se establecía el plan de trabajo y se contrastaban las características del caso con los criterios de exclusión con el fin de seleccionar a los sujetos que participarían en la investigación.

Para seleccionar a los sujetos que conformarían el grupo de personas sin alteraciones anorrectales se abordó a los individuos que se encontraban en la sala de espera I y II del Ambulatorio Docente Asistencial del HUC (ADA-HUC). Como criterio se indagaba su estado de salud, la condición para participar en el estudio era que no presentaran trastornos físicos, si los presentaban la exigencia era que se tratara de enfermedades distintas a las alteraciones anorrectales.

En ambos grupos, se administraban los dos componentes de la *Guía de Entrevista para la Exploración Conductual en Alteraciones Anorrectales (Versión ABC – 2006)*, primero se empleaba la guía semi-estructurada para entrevistar a los participantes y posteriormente se les entregaba a los sujetos el cuestionario autoaplicado. En todo momento se les garantizaba la confidencialidad de la información proporcionada.

## RESULTADOS

Una vez terminada la recolección de datos en ambos grupos, se procedió al análisis de los resultados para ello fue necesario categorizar las respuestas de las preguntas abiertas y asignarle un valor numérico para, posteriormente, realizar el vaciado de los datos en el programa Microsoft Office Excel versión 2003 y después trasladarlos al programa SPSS (Programa Estadístico Para las Ciencias Sociales) versión 12.0.

En la entrevista semiestructurada la asignación de valores se realizó de la siguiente manera: a las respuestas que apuntaron a un repertorio inadecuado se le asignó una puntuación mínima de cero, las respuestas asociadas a un repertorio adecuado obtuvieron una puntuación máxima de cinco, el resto de las respuestas obtenían un valor intermedio (2, 3, 4). En los hábitos alimentarios se asignaron puntuaciones a los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 y 10, en el caso de los hábitos de eliminación a los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12 y 13, en el área laboral fue necesario en el caso de los ítems 1, 4, 5, 6 y en el área sexual en los ítems 2, 3, 5 y 6.

Por su parte, las áreas emocional y social se analizaron sobre la base de los ítems del cuestionario autoaplicado, en el cual la asignación de valores se realizó de la siguiente manera: la opción *casi nunca* tuvo una puntuación de cero, la opción *algunas veces* una puntuación de uno, la opción *frecuentemente* una puntuación de dos y la opción *casi siempre* una puntuación de tres; algunos ítems medían el repertorio de manera inversa, por lo cual fue necesario invertir los valores de las opciones de respuesta utilizando el programa estadístico SPSS 12.0 (*casi nunca* tenía una puntuación de tres, *algunas veces* tenía una puntuación de dos, *frecuentemente* tenía una puntuación de uno y *casi siempre* tenía una puntuación de cero). Luego de obtener las puntuaciones en cada área, se compararon los repertorios conductuales de ambos grupos.

Se obtuvieron puntuaciones que apuntaban a diferencias significativas en el área sexual y en los hábitos de eliminación, mientras que en el resto de las dimensiones no se encontraron diferencias importantes entre los grupos, tal como se presenta en las tablas que se exponen a continuación:

Tabla 1

*Comparación de los grupos en cuanto a la presencia de ansiedad.*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	9,50
Pacientes sin alteraciones	10,95

Tabla 2

*Comparación de los grupos en cuanto a la presencia de depresión*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	5,60
Pacientes sin alteraciones	5,70

Tabla 3

*Comparación de los grupos en iniciar y mantener conversaciones y hacer y rechazar peticiones*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	13,10
Pacientes sin alteraciones	11,55

Tabla 4

*Comparación de los grupos en expresión de afecto, opiniones, desacuerdos y enfados, defensa de derechos propios*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	21,6667
Pacientes sin alteraciones	20,5500

Tabla 5

*Comparación de los grupos en cuanto a la presencia de apoyo social disponible*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	12,23
Pacientes sin alteraciones	10,65

Tabla 6

*Comparación de los grupos en cuanto a la presencia de temor a ser evaluado negativamente*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	9,0000
Pacientes sin alteraciones	8,8000

Tabla 7

*Comparación de los grupos en cuanto a tensión y evitación social*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	4,60
Pacientes sin alteraciones	5,35

Tabla 8

*Comparación de los grupos en el área laboral*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	14,68
Pacientes sin alteraciones	14,50

Tabla 9

*Comparación de los grupos en hábitos alimentarios*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	30,66
Pacientes sin alteraciones	30,30

En el *área emocional*, las participantes de sexo femenino de ambos grupos reportaron sentirse decaídas en un porcentaje superior a los hombres. Fue mayor el número de mujeres que presentaban alteraciones anorrectales (71%) que expresaron sentirse decaídas en comparación con las mujeres sin alteraciones anorrectales (67%), este dato fue similar en el caso de los hombres. En ambos grupos, las mujeres expresaron tener más cambios emocionales que los hombres. Tanto mujeres como hombres con la patología anorrectal, reportan más cambios emocionales que las personas sin alteraciones, pero estas diferencias no son significativas.

En el *área de hábitos de alimentarios*, las personas sin alteraciones anorrectales reportaron tener un horario establecido para realizar sus comidas, no así en el caso de las personas con alteraciones. Ambos grupos reportaron realizar meriendas entre comidas principales. En cuanto al consumo de agua durante el día, las personas con alteraciones ingieren mayor cantidad que las personas sin alteraciones, se puede deducir que esta diferencia se debe al seguimiento de recomendaciones médicas referentes a la presencia de la patología anorrectal. Las personas entrevistadas reportaron la presencia de hábitos de alimentación siendo las mujeres en ambos grupos quienes presentan mejores hábitos que los hombres.

En cuanto al *área social*, los participantes de ambos grupos presentaron habilidades para iniciar y mantener conversaciones, así como para hacer y rechazar peticiones; siendo los hombres quienes exhibían esta habilidad en mayor medida que las mujeres.

En ambos grupos los participantes reportaron experimentar temor a ser evaluados negativamente, sin embargo, los hombres con alteraciones anorrectales obtuvieron un valor mayor (10,07) que los hombres sin alteraciones anorrectales (6,6) y que el resto de las participantes del sexo femenino.

En ambos grupos no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre género y apoyo social disponible, así como entre género y tensión o evitación social, es decir, tanto las personas del género femenino y del masculino, con o sin alteraciones, disponen de apoyo social en momentos de enfermedad y también experimentan tensión en situaciones sociales.

En el *área sexual*, se pudo conocer que un alto número de los pacientes sin alteraciones anorrectales (85%) manifestaron satisfacción con su vida sexual y tener relaciones de parejas estables en la actualidad (95%), a diferencia del grupo de personas con alteraciones anorrectales, en el que un 65,5%, expresó estar satisfecho, y un número importante expresó no ser activo sexualmente en la actualidad (40%). Asimismo, algunos expresaron sentir dolor durante la actividad sexual, afectando en determinados casos, las posiciones sexuales que practicaban; estas diferencias entre los grupos en el área sexual se evidencian en la Tabla 10, donde se observa que las personas sin alteraciones anorrectales obtuvieron un promedio mayor en esta área que los pacientes con alteraciones.

Tabla 10

*Comparación de los grupos en el Área Sexual.*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	14,53
Pacientes sin alteraciones	16,25

Con respecto a los *hábitos de eliminación*, el grupo de pacientes con alteraciones anorrectales, en su mayoría, expresó presentar dificultades en torno a la evacuación, tales como, peso abdominal, esfuerzo al evacuar y sensación de evacuación incompleta; además, reportaron que no asisten a evacuar ante el primer impulso, que la presencia de otros influye para que eviten ir al baño y que utilizan medicamentos y alimentos para facilitar la evacuación, siendo el laxante el producto más usado por estos pacientes. En comparación con el grupo de personas sin alteraciones, observándose en la Tabla 11 que obtuvieron un promedio de puntuaciones inferior.

Tabla 11

*Comparación de los grupos en cuanto a los hábitos de eliminación.*

Grupo	Media
Pacientes con alteraciones	31,06
Pacientes sin alteraciones	34,90

Cabe destacar que de las personas con alteraciones que reportaron evacuar diariamente, un 23% señaló que empleaban laxantes para facilitar la evacuación, y de los pacientes que evacuan entre 1 y 4 veces por semana solo un 23% no reportó usar laxantes.

Por otra parte, en ambos grupos se evidenció la presencia de un horario al momento de evacuar, vinculado con el uso del sanitario en el hogar y con el horario de la mañana antes de iniciar sus actividades laborales.

En ambos grupos, los hombres acuden a evacuar ante el primer impulso más que las mujeres y las personas sin alteraciones anorrectales más que las personas con alteraciones. Adicionalmente, las personas del género femenino reportan que la presencia de otros influye para que eviten ir al baño, en comparación con las personas del género masculino. Las mujeres con alteraciones anorrectales (76%) evitan ir al baño por la presencia de otros más que las mujeres que no presentan la patología (40%). Los hombres tienen mejores hábitos de eliminación que las mujeres (Ver Tabla 12).

Tabla 12.

*Relación entre género y hábitos de eliminación.*

Grupo	Género	Media
Pacientes con alteraciones	Masculino	37,0
	Femenino	26,52
Pacientes sin alteraciones	Masculino	38,60
	Femenino	33,66

## DISCUSIÓN

Ribes (1990) propone “la existencia de procesos psicológicos que relacionan las condiciones biológicas del individuo y su comportamiento individual en un marco sociocultural, y según las características funcionales del comportamiento, tendrán como resultado la vulnerabilidad biológica, la cual aumenta “...el riesgo de que, dado factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica” (Ribes, 1990, p. 30). En este sentido, se esperaría que las personas con alteraciones anorrectales ejecutaran conductas inadecuadas o de riesgo que conformarían los factores desencadenantes de esta patología y que las mismas no estarían presentes en las personas sin alteraciones. Los resultados obtenidos, con los sujetos que participaron en el estudio, apuntan a que no se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las áreas evaluadas.

En el área emocional, las personas con alteraciones anorrectales reportaron experimentar cambios emocionales y estar decaídas en mayor medida que las personas sin alteraciones, sin embargo, estas diferencias no son significativas. En el área social, ambos grupos presentan habilidades para iniciar y mantener conversaciones, hacer y rechazar peticiones, así como para expresar afecto, opiniones, desacuerdo, enfado, y defensa de derechos propios; además, reportaron sentir temor a ser evaluados negativamente y tensión social; lo que se corresponde con lo resultados encontrados por Briceño y Conteras (2006).

En cuanto a los hábitos de alimentación, no se encontraron diferencias significativas entre las personas con alteraciones y sin alteraciones, esto puede deberse a que algunos de los pacientes con alteraciones anorrectales habían presentado otras patologías anteriormente y habían modificado sus hábitos por recomendación médica, lo cual pudo afectar los resultados de la investigación en esta área y lo que apuntaría a seleccionar sujetos que presenten únicamente las patologías anorrectales como criterio de inclusión.

Por otra parte, en el área laboral, se encontró que algunos pacientes se veían afectados por los síntomas de la enfermedad, experimentando irritabilidad e incomodidad en el trabajo y en algunos casos se habían ausentado de su lugar de trabajo o habían interrumpido de forma prolongada sus actividades laborales, sin embargo no fue la mayoría, mientras que en el área sexual, se encontraron diferencias, pues se pudo conocer que las

personas sin alteraciones anorrectales manifestaron estar satisfechos con su vida sexual y tener relaciones de parejas estables en la actualidad, a diferencia del grupo de personas con alteraciones anorrectales, en el que un número importante expresó no ser activos sexualmente en la actualidad, debido en parte a la presencia de la enfermedad. Asimismo, algunos expresaron sentir dolor durante la actividad sexual, disminuyendo la frecuencia de la actividad sexual y afectando en determinados casos, las posiciones sexuales que practican. Estas diferencias resultan de la patología más no la antecedente.

Sobre la base de los resultados, se podría sugerir que el modelo de Ribes (1990) es insuficiente para explicar el desarrollo de estas patologías o que las condiciones que afectan la vulnerabilidad en los trastornos anorrectales pueden ser de naturaleza estrictamente orgánica (predisposición genética). Sin embargo, hay que destacar que se encontraron diferencias significativas en lo que concierne a los hábitos de eliminación, ya que se evidenció que los pacientes con alteraciones anorrectales en su mayoría realizaban esfuerzo al evacuar, por lo que se ayudaban manualmente y facilitaban su evacuación haciendo uso de laxantes, generalmente no acudían a evacuar ante el primer impulso en comparación con las personas sin alteraciones anorrectales, reportaron además tener sensación de evacuación incompleta, peso abdominal, realizar actividades durante la evacuación y evitar ir al baño por la presencia de otras personas, todas con una frecuencia mayor que las personas sin alteraciones.

Por otro lado, en lo que respecta a las diferencias por género, se encontró que las mujeres, en comparación con los hombres, tienen mejores hábitos de alimentación, sin embargo, presentan mayores deficiencias en los hábitos de eliminación y en las áreas emocional, sexual, y social.

De acuerdo a estos resultados, podría decirse que la vulnerabilidad biológica para presentar una alteración anorrectal viene dada fundamentalmente por los hábitos de eliminación que poseen los pacientes. Por lo tanto, cualquier intervención terapéutica debe orientarse a modificar los hábitos de eliminación, para que se mantengan los resultados obtenidos a través del tratamiento médico, destacándose la importancia del diseño empleando elementos del Análisis Conductual al momento de la exploración y mantenimiento de los repertorios adecuados.

Por último, es importante resaltar que a pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a los hábitos de alimentación y las áreas emocional y social, aún no se puede desvincular

la influencia de estas variables en el inicio y mantenimiento de la patología anorrectal; en esta dirección, los resultados de esta investigación no pretenden ser definitivos, por el contrario, se corrobora la necesidad de continuar indagando y se incentiva la realización de nuevas investigaciones, que exploren a profundidad exclusivamente estos aspectos.

Para investigaciones futuras, se sugiere la exploración detallada de los estilos de afrontamiento como un elemento importante al momento de medir el impacto de los factores ambientales en la incidencia de los trastornos anorrectales y en la recidiva, así como la ocurrencia de elementos emocionales. Es recomendable, el empleo de grupos de sujetos con características disímiles marcadas, ya que en el grupo control no se establecieron como criterios de exclusión la presencia de otras patologías, el único criterio era que no presentaran trastornos anorrectales, es posible que algunas de la problemáticas que presentaban incidiera de manera similar en el despliegue de las conductas.

## REFERENCIAS

- Barrera, M. (2003). *Líneas de investigación. En investigación holística*. (2ª ed). Caracas: Fundación Servicios y Proyecciones para América Latina, Sypal.
- Briceño, D. y Contreras, L. (2006). *Patrones conductuales de pacientes con alteraciones anorrectales*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, T. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4a ed.). México: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. (4a ed.). México: McGraw-Hill/Hispanoamericana.
- Lastra, C. y Moreno, Z. (2009). *Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Mainieri, R. (1999). *Estrés*. Recuperado el 11 de enero de 2009, de <http://healthclub fortunecity.com/hockey/91/estres.html>
- Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Paídos.

- Moreno, R. y Ochoa, M. (2005). *Trastornos anorrectales: una aproximación desde el modelo conductual*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Morgado, P. (1997). *Manual de Coloproctología*. Caracas: Editorial Kinesis.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Sardiñas, C. (2002). *Proctología para cirujanos generales*. Caracas: Disinlimed.

## **Relación entre la intensidad del dolor y las variables sexo y edad en sujetos con dolor crónico**

Carmen Susana Cardoso, Daniel Antonio Porras y Esther Contreras

susanacardoso2004@yahoo.es

filocrata@gmail.com

estherc47@hotmail.com

Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela

### **Resumen**

El objetivo de este estudio fue verificar y analizar las posibles relaciones entre la estimación del nivel de intensidad de dolor crónico, sexo y edad, y analizar la descripción del dolor reportado verbalmente. Se aplicó un instrumento a 102 participantes atendidos en el Hospital Oncológico Luís Razzetti, con diagnóstico de dolor crónico, mayores de 20 años de edad (inclusive). Se realizó un análisis descriptivo y cualitativo. Se encontró que existe una asociación moderada-baja significativa para dichas variables, el nivel de instrucción influye en la descripción del dolor y éste es concebido como un fenómeno biológico; sin embargo las evidencias conducen a concluir con bastante certeza que el reporte verbal que indica la descripción verbal del dolor es aprendido.

**Palabras clave:** dolor crónico, estimación de la intensidad del dolor crónico, sexo y edad.

## **Relationship between the intensity of pain and the sex and age variables in subjects with pain**

### Abstract

This research verified and analyzed the possible relations between the estimate of the level of chronic pain intensity, sex and age. It also analyzed the description of pain reported orally. An instrument was applied to 102 participants over 20 years of age from the “Hospital Oncológico Luis Razzetti” with chronic pain. It was a descriptive and qualitative study. The results revealed that there is a significant moderate – low association between the variables, the level of instruction has an influence on the description of pain and it is seen as a biological phenomenon; however, we can conclude that the oral report of the description of pain is learned.

**Key words:** chronic pain, estimate of the intensity of chronic pain, sex, age

El dolor no se limita únicamente al factor biológico, sino que también es resultado de variables psicológicas. Así lo indicó Beecher (1956, cp. Araoz, Burte y Carrese, 1998) al señalar que la intensidad del sufrimiento está determinada, en gran medida, por lo que significa el dolor para el paciente. De esta manera, Beecher (1957, cp. Araoz, et al., 1998) describe al dolor como una experiencia bidimensional que está compuesta por un estímulo sensorial y por un componente emocional.

Sin embargo, esta idea no siempre fue concebida de esta manera, sino que se consideraba que la experiencia del dolor resultaba virtualmente equivalente a la cantidad de tejido dañado. Este planteamiento se atribuye originalmente a Descartes, quien propuso en el siglo XVII que el cuerpo funcionaba de forma mecánica. De acuerdo con Descartes, la mente funcionaba según unos principios propios y que el cuerpo y la mente interactuaban de un modo limitado (Brannon y Feist, 2001). Se observa entonces, como bien lo indica Melzack (1993, cp. Brannon y Feist, 2001) que Descartes no sólo influyó en el desarrollo de la ciencia, la fisiología y la medicina, sino también en la idea de que el dolor es una experiencia física que no está influida por factores psicológicos.

Con el tiempo, este planteamiento fue cambiado para dar paso a nuevos modelos y teorías, intentando integrar muchos aspectos, los cuales aunque diferían en sus explicaciones, coinciden en que el dolor es una experiencia multidimensional y compleja.

Melzack (1973, cp. Araoz, et al., 1998), por su parte, enumera algunas de las posibles variables individuales que pueden influir en la experiencia del dolor de una persona; entre ellas menciona a la ansiedad, la depresión, la sugestión, el condicionamiento anterior, la atención, la evaluación y el aprendizaje cultural. De esta forma, se ha defendido que la experiencia del dolor está determinada por diferentes variables, siendo una de ellas las características personales que pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor (Ramírez-Maestre, Esteve, López-Martínez y Anarte, 2001).

Parece entonces sensato hablar de una serie de determinantes de la experiencia del dolor y de las respuestas del sujeto a éste. Específicamente, ciertas características personales o variables psicosociales del sujeto con dolor crónico, como la variable sexo y edad, podrían asociarse con el reporte de la intensidad del dolor crónico.

Muchas investigaciones en relación con las variables sexo, edad e intensidad del dolor se han realizado, no obstante, no quedan claras las relaciones entre ellas. Algunos estudios sugieren que existen diferencias en el dolor informado entre hombres y mujeres, ya sea éste agudo o crónico (Ellermeier y Westphal, 1995) y Sullivan, Tripa y Santor (2000, cp. Ramírez-Maestre, et al., 2001) siendo las mujeres las que evalúan al estímulo doloroso como más intenso que los hombres (Feine, Bushnell, Miren y Duncan, 1991) y otras investigaciones como la de Turk y Okifuji (1999) que indican no encontrar diferencias en el nivel de intensidad de dolor según el sexo.

Referente a la edad, estudios indican que la edad sí es una variable importante en la modulación del dolor, de ésta, una relación es negativa entre ellas, de tal forma que a medida que aumenta la edad cronológica de los pacientes, disminuye el dolor manifestado por éstos (Ramírez, et al., 1999; Rodríguez, et al., 1998; Wu, 1991; Dobratz, 1995 y Williamson, et al., 1995, cp. Anarte, Ramírez, López y Esteve, 2001). Sin embargo, el estudio realizado por Anarte et al. (2001) encontró que la edad no parece guardar una relación significativa con el padecimiento de dolor crónico.

Dadas las faltas de consistencia en los hallazgos antes señalados, la presente investigación estuvo dirigida a evaluar las posibles relaciones entre las variables sexo y edad y la estimación de la intensidad del dolor, en pacientes con dolor crónico.

Además de ello, se identificaron otras variables, tales como el grado de instrucción y el diagnóstico clínico, que en este caso fue únicamente con pacientes oncológicos para tener mayor homogeneidad de la población estudiada; además se consideraron también el lugar de procedencia de cada paciente y criterios de presencia de dolor, tomando como criterio mínimo el de tres meses (Beecher, 1990, cp. Brannon y Feist, 2001). Adicionalmente, se registró si los sujetos recibían tratamiento psicológico, cuáles medicamentos usaban, que hacían para aliviar el dolor y, finalmente, la descripción que ellos realizaban acerca de su dolor.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

Se estudió a 102 sujetos de ambos sexos, atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Oncológico Luís Razzetti con diagnóstico de dolor crónico (3 meses ó más de evolución), mayores de 20 años de edad (inclusive) que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

### TIPO DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es de tipo descriptivo correlacional, porque su finalidad fue determinar la asociación existente entre dos variables o más, que en este caso es entre las dichas variables sexo y edad con el reporte verbal del sujeto que refiere la intensidad del dolor crónico (Arias, 2006).

Adicionalmente, se controló algunas variables en el estudio, a saber:

- Grado de instrucción aprobado.
- Diagnóstico clínico.
- Si recibía tratamiento psicológico o no.
- Tiempo de la presentación del dolor crónico, cuyo criterio mínimo era de tres meses de presentación.
- Nombre de los medicamentos para aliviar el dolor.

### DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue un estudio de campo, el cual buscaba descubrir las relaciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas, en estructuras sociales reales y cuando no es posible llevar a cabo la aleatorización ni manipular variables independientes (Kerlinger y Lee, 2002). Como sucedió en este caso, hay variables que ya estaban dadas en el sujeto, vg. la variable sexo y edad; las cuales no se pudieron manipular. En el caso de la variable sexo, ésta es una variable orgánica. En el caso de la edad, estas características las poseían los sujetos en diversos grados cuando participaron a la situación de investigación (Kerlinger y Lee, 2002).

Asimismo, fue una investigación de campo porque se evaluó el fenómeno, en el lugar natural donde ocurrió, es decir, se evaluó la estimación

del nivel de intensidad del dolor crónico en el Hospital, en donde los sujetos recurren para el control de su dolencia. Se realizó a través de una escala de estimación numérica, la cual permitió establecer las relaciones entre el sexo, edad y la estimación de la intensidad del dolor.

### INSTRUMENTOS Y MATERIALES

El Instrumento solicitaba datos de carátula (número de cédula, nacionalidad, nivel de instrucción aprobado, sexo, edad, lugar de procedencia) información del diagnóstico clínico, tiempo de presentación de dolor, si recibía tratamiento psicológico, cuáles medicamentos usaba para aliviar el dolor, qué hacía para aliviar el dolor.

Asimismo, el Instrumento contenía la Escala de Estimación Numérica que se empleó para evaluar el nivel de intensidad del dolor crónico reportado por los sujetos, escala descrita Penzo (1989).

Dicha escala, fue clasificada dentro de la categoría de autoinforme, y es una estimación *cuantitativa* y *numérica* del nivel de la intensidad del dolor, que permitió a los sujetos realizar una estimación de la misma, mediante una escala que va de 0 a 10, siendo 0 “ausencia de dolor” y 10 “dolor insoportable” (Penzo, 1989).

Según Penzo (1989) este tipo de medida ha sido una de las más utilizadas en la estimación de la intensidad del dolor, dado que en diferentes estudios se ha reportado una alta y positiva correlación con otros procedimientos psicológicos de evaluación del dolor crónico, llegando a ser de 0.59 entre una Escala Verbal y la Escala Numérica y de 0.86 con la Escala Numérica y la Escala Analógica Visual (Huskisson, 1976), otros estudios arrojaron una fuerte asociación entre la Escala Numérica para la estimación de la intensidad de dolor por cáncer con la escala Analógica Visual (Kremer et al., 1981; Wilkie et al., 1990; Paice and Cohen, 1997; Sze et al., 1998; cp. Jensen, 2003). En otro estudio, de 0.71 entre las mismas pruebas, es decir la Escala Analógica Visual y la Escala Numérica (Reading y Cox, 1979).

Daut et al. (1993; cp. Jensen, 2003) realizó un estudio donde examinó la confiabilidad de test-retest de la escala de estimación numérica de la intensidad encontrando muy buena estabilidad para la escala de estimación numérica de la intensidad del peor dolor ( $r = .93$ ) y para el promedio de dolor de  $r = .78$ .

Finalmente, se solicitó la descripción del dolor, de acuerdo con la apreciación de cada persona disponiendo para ello de espacio en blanco para escribir.

Entre los materiales empleados fueron: tabla de madera tamaño oficio para cada investigador, caja de lápices con borra, sacapuntas e instrumento impreso en una hoja tamaño carta.

## PROCEDIMIENTO

Se solicitó el permiso en la respectiva institución, se seleccionó de forma no probabilística a 102 sujetos, considerando los criterios para incluirlos en el estudio. Se inició la evaluación con una entrevista semi-estructurada, luego se aplicó el instrumento, solicitándoles que respondieran de forma verbal a las preguntas que se le formulaba y éstas eran registradas por el investigador. Una vez finalizada la aplicación del instrumento a todos los sujetos, se realizó el análisis de los instrumentos.

## RESULTADOS

Para el análisis de los datos, se utilizó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 11.0) para Windows XP Home.

Se calculó una matriz de correlaciones usando el coeficiente de correlación Punto Biserial para las variables sexo y estimación de la intensidad del dolor crónico y otra matriz de correlación de Spearman para la variable edad y la estimación de la intensidad del dolor crónico; por último se utilizó una Correlación Múltiple para explorar las posibles relaciones entre las variables sexo, edad y estimación de la intensidad del dolor crónico.

El estudio incluyó algunas variables controladas para explorar las características de la población; para ello se realizó una descripción de la distribución de los datos. Además, se realizó un análisis cualitativo a la descripción verbal que realizaron los sujetos de su dolor.

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El 34.3% (35 sujetos) del total de sujetos correspondieron al sexo masculino y el 65.7% al sexo femenino, siendo este último el dato que más se repite (67 sujetos). Corresponde a la categoría de “Adulterez Temprana” el 4, 17.6% (18 sujetos)” que incluye las edades comprendidas entre 20-40 años. El 55.9% (57 sujetos) representa la categoría de “Adulterez Intermedia”, que va desde 41-65 años de edad y el 26.5% (27 sujetos) pertenece a la “Adulterez Tardía” que comprende 66 años de edad o más. En relación con la nacionalidad, un 95.1% (97 sujetos) eran venezolanos y 4.9% (5 sujetos) eran de nacionalidad extranjera.

Para el nivel de instrucción se elaboraron varias categorías, que van desde “Analfabeta” hasta “Licenciatura”. El 3.9 % de los datos (4 sujetos) corresponde a la categoría de “Analfabeta”, 16.7% (17 sujetos) pertenece a la categoría de “Primaria Incompleta”, 29.4% (30 sujetos) a la “Primaria Completa”, 25.5 % (26 sujetos) corresponde a la “Secundaria Incompleta”, 18.6% (19 sujetos) representa a la “Secundaria Completa”, el 2% (2 sujetos) al “Técnico Superior” y, finalmente, 3.9% (4 sujetos) corresponde a “Licenciatura”. La mayoría pertenece a la categoría de “Primaria Completa”, seguido de “Secundaria Incompleta” y en tercer lugar “Secundaria Completa”.

El lugar de procedencia más frecuente fue el área del Distrito Capital con un 49% (50 sujetos), seguido de ésta del estado Miranda con 25.5% (26 sujetos), luego se encuentra el Edo. Vargas con 5.9% (6 sujetos), Estado Guárico con 4.9% (5 sujetos), Estado Aragua con 3.9% (4 sujetos), Mérida y Monagas con 2% (2 sujetos) cada uno, y con 1% (1 sujeto) cada uno, Nueva Esparta, Anzoátegui, Sucre, Táchira, Trujillo, Bolívar y Carabobo.

Se pudo apreciar que de los sujetos evaluados, el 68.6% presentaba cronicidad corta de dolor (desde 3 meses hasta 24 meses) es decir 70 sujetos, el 28.4% (29 sujetos) una cronicidad media que va desde 25 meses hasta 120 meses y 2.9% una cronicidad larga, mayor a 121 meses (3 sujetos). En cuanto al tratamiento psicológico, se encontró que el 2.9% de los sujetos, esto es, tres sujetos, recibía tratamiento psicológico y el 97.1% (99 sujetos) no lo recibía.

## ANÁLISIS CUANTITATIVO

El primer objetivo específico describió la relación entre la variable intensidad del dolor crónico y la variable sexo. La exploración de las relaciones se llevó a cabo mediante el estadístico de correlación Punto Biserial para variables dicotómicas auténticas y variables de intervalo. El estadístico idóneo hubiese sido el coeficiente de correlación Biserial por Rangos de Curen-ton (Curen-ton, 1956), sin embargo Glass (1966; cp. Glass y Stanley, 1986) demostró que era algebraicamente equivalente al punto biserial, que facilita operaciones cómo el contar inversiones o acuerdos.

De esta manera, la correlación entre la variable Sexo y la variable Estimación del Nivel de Intensidad del Dolor Crónico, medida a través de la escala de estimación numérica de dolor, fue moderada con un índice de .291, siendo esta correlación significativa al .01 (Sig.= .003). Véase la Tabla 1.

Tabla 1.

*Correlación Punto Biserial para las Variables Sexo y la Variable Intensidad del Dolor.*

		<b>Intensidad de Dolor</b>	<b>Sexo</b>
<b>Intensidad de Dolor</b>	Correlación de Pearson	1	,291**
	Sig. (bilateral)	,	,003
	N	102	102
<b>Sexo</b>	Correlación de Pearson	,291**	1
	Sig. (bilateral)	,003	,
	N	102	102

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Para el cumplimiento del segundo objetivo específico también se utilizó el estadístico para correlacionar variables ordinales de Spearman, con ello se describió la posible asociación de los eventos en el espacio de las variables edad e Intensidad del dolor crónico. La correlación que arrojó fue baja de .195, siendo ésta significativa al .05 (sig. =.05).

Tabla 2.

*Correlación de Spearman para la Variable Edad y la Intensidad del Dolor Crónico.*

			<b>Intensidad de dolor</b>	<b>Categorías de edad</b>
<b>Rho de Sperman</b>	Intensidad de dolor	Coefficiente de correlación de Pearson	1,000	,195*
		Sig. (bilateral)	,	,050
		N	102	102
	Categorías de edad	Coefficiente de correlación de Pearson	,195*	1,000
		Sig. (bilateral)	,050	,
		N	102	102

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Para establecer la posible relación entre las tres variables estudiadas: Sexo, Edad y Estimación de la Intensidad del Dolor Crónico, se utilizó el análisis de regresión múltiple de Pearson, sabiendo que éste se emplea con variables de nivel de intervalo o de razón. No obstante, Kerlinger y Lee (2002) señalan que es posible realizar este procedimiento, dado que en las ciencias del comportamiento muchas de las variables psicológicas son nominales y ordinales, asumiéndose en ellas el supuesto de intervalos iguales, observándose que los errores no han sido tan graves como se ha hecho parecer. Siendo el punto de vista de estos autores de naturaleza pragmática “el supuesto de la igualdad de intervalos funciona”, sin embargo, advierten que la interpretación de los resultados debe realizarse cuidadosamente.

Para realizar el análisis de regresión múltiple, se cumplió con el supuesto de normalidad. La Tabla 3 muestra el coeficiente de Regresión Múltiple e indica una correlación de .366, siendo ésta moderada-baja, y el coeficiente de determinación explica el 13,4% de la varianza total.

Tabla 3  
*Coefficiente de Correlación Múltiple*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,366 <sup>a</sup>	,134	,117	2,665

<sup>a</sup> Variables predictoras: (Constante), Categorías de edad, Sexo.

### ANÁLISIS CUALITATIVO

Para realizar el análisis cualitativo sobre la descripción que realizaron los sujetos acerca de su dolor, se consideraron los planteamientos de Taylor y Bogdan (1986).

En primer lugar, se realizó una matriz que recogía todo en términos descriptivos y frases en los cuales los sujetos hacían referencia a la descripción de su dolor. Para ello, se revisaron todas las respuestas y se elaboraron algunas categorías. De esta manera, se clasificaron las respuestas en: (a) respuestas de “menor elaboración o concretas”, que se caracterizaron por describir el dolor en términos de dónde se ubica, cuándo empieza, las limitaciones que le produce y, finalmente no saber cómo describirlo y (b) “mayor elaboración o abstractas”, cuyas respuestas se caracterizaron por describir el dolor con adjetivos o palabras con sentido figurado.

A diferencia de los términos descriptivos empleados comúnmente en las escalas verbales, los sujetos señalaron distintos términos descriptivos con mayor frecuencia que los contenidos en dichas escalas, siendo éstos señalados en la figura 1

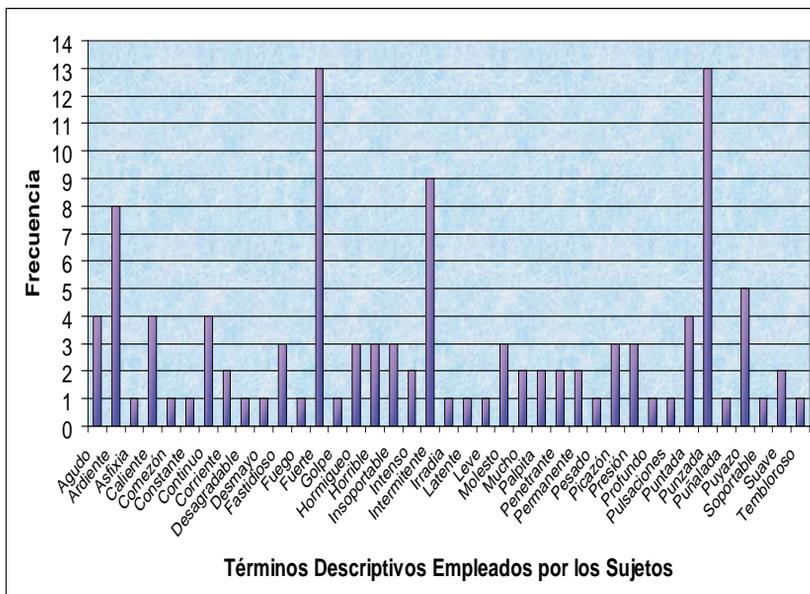
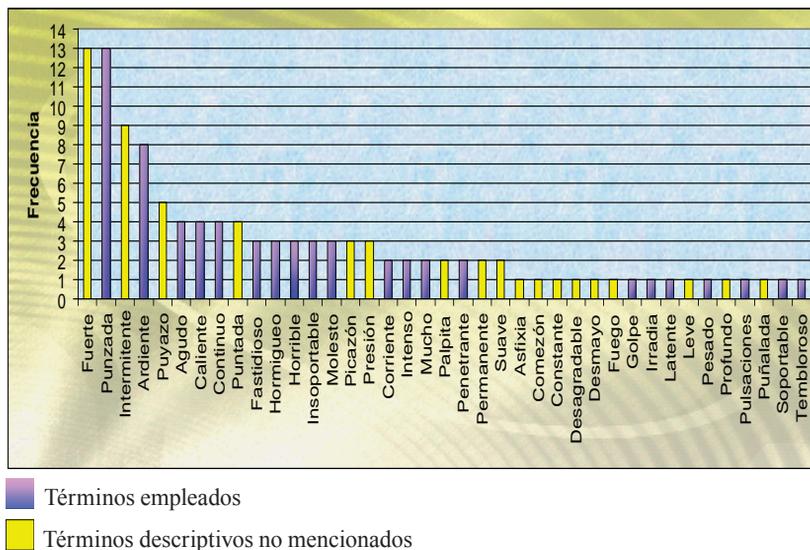


Figura 1. Distribución de frecuencia de los términos descriptivos empleados por los sujetos para describir su dolor.

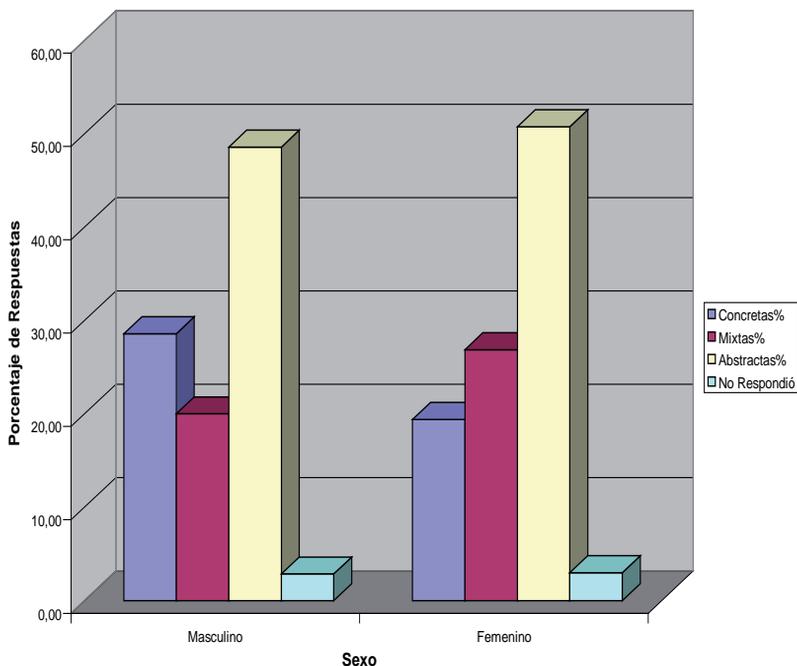
Tal como se observa en la figura 1, los términos descriptivos del dolor fueron muy variados, sin embargo sobresalen algunos con mayor frecuencia, como lo son: (a) “fuerte” que fue empleada en 13 oportunidades, lo que representa un 11% del porcentaje total de palabras empleadas por los sujetos para describir su dolor; (b) “punzada” con el mismo puntaje, 13 (11% de veces empleada); (c) “intermitente” 9 veces usada por los sujetos, representando un 7.8% del total; (d) “ardiente” empleada 8 veces, esto es un 6.9% del total.

La *figura 2* muestra los términos descriptivos que se excluyen de las escalas verbales comúnmente usadas.



*Figura 2.* Distribución de frecuencia de los términos descriptivos empleados por los sujetos para describir su dolor, resaltando aquéllos que no son utilizados en las escalas verbales comunes.

También se analizó las respuestas emitidas por los sujetos de este estudio en función de la variable sexo y de la variable edad. La *figura 3* muestra las respuestas emitidas por los sujetos según la variable sexo, considerando la N total de cada subgrupo para su mejor apreciación. Para el sexo Masculino el mayor porcentaje estuvo ubicado en la categoría abstracta, de mayor elaboración, en segundo lugar las respuestas concretas o de menor elaboración y en tercer lugar las respuestas mixtas. Igualmente, el sexo Femenino presenta el porcentaje de respuestas de mayor elaboración o abstractas en primer lugar, seguido de respuestas mixtas y por último de respuestas concretas. Es de acotar que para ambos sexos un pequeño porcentaje no respondió, oscilando entre 2,86% y 2,99%.



*Figura 3.* Porcentaje de las respuestas emitidas por los sujetos a la descripción de su dolor según la variable sexo.

La figura 4, indica que el mayor porcentaje de respuestas emitidas por los sujetos a la descripción de su dolor según la variable edad, son de naturaleza abstractas. Para la categoría “Adulthood Temprana” está seguida de respuestas mixtas y por último de respuestas concretas. Para la “Adulthood Intermedia”, es similar el porcentaje de respuestas concretas y mixtas, respectivamente. En la categoría “Adulthood Tardía”, también ocupa el segundo lugar las respuestas de menor elaboración y finalmente las respuestas mixtas.

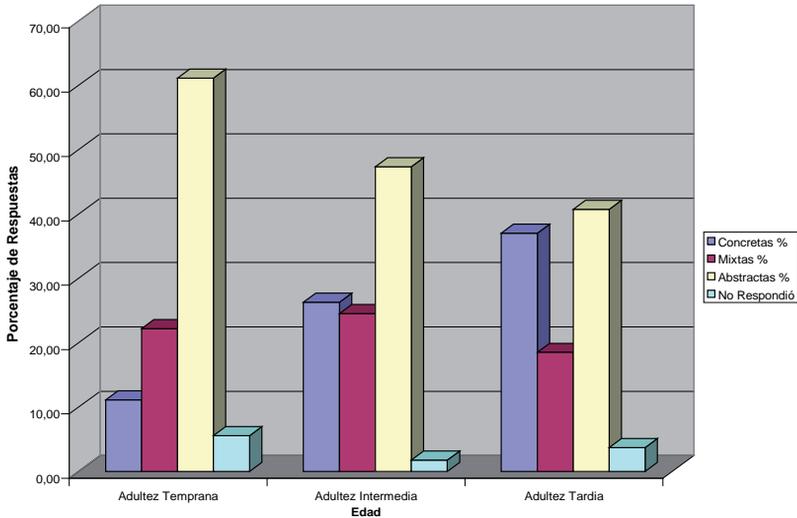


Figura 5. Porcentaje de las respuestas emitidas por los sujetos a la descripción de su dolor según la variable edad.

Otro criterio que se usó para analizar las descripciones del dolor fue según el nivel de instrucción, siendo el nivel de instrucción clasificado de la siguiente manera: analfabeta (no sabe leer ni escribir) primaria incompleta (haber cursado entre primer grado hasta sexto grado, sin haber concluido este último grado) primaria completa (haber aprobado sexto grado), secundaria incompleta (haber cursado desde séptimo grado hasta decimosegundo grado, sin haberlo concluido), secundaria completa (haber obtenido el título de Bachiller), técnico superior (haber obtenido el título de Técnico Superior) y licenciatura (haber obtenido el título de Licenciado).

Para una mejor apreciación de los resultados de la tabla anterior, véase la figura 6.

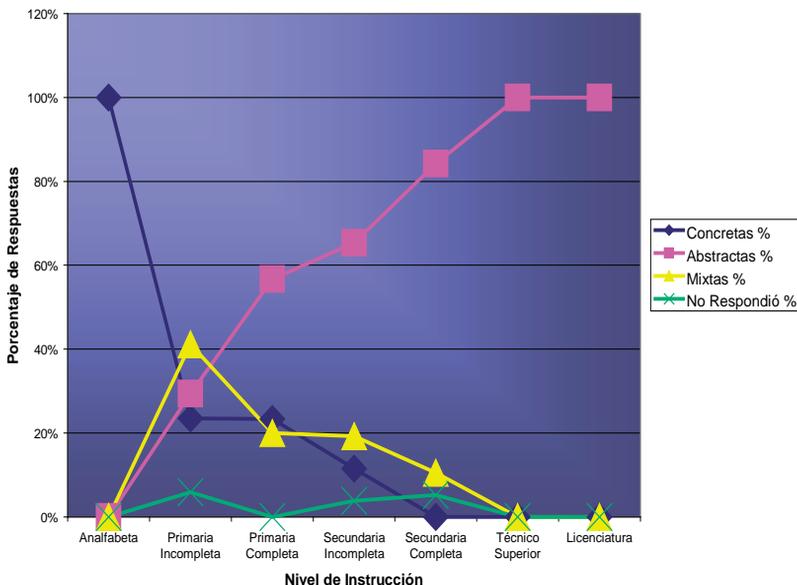
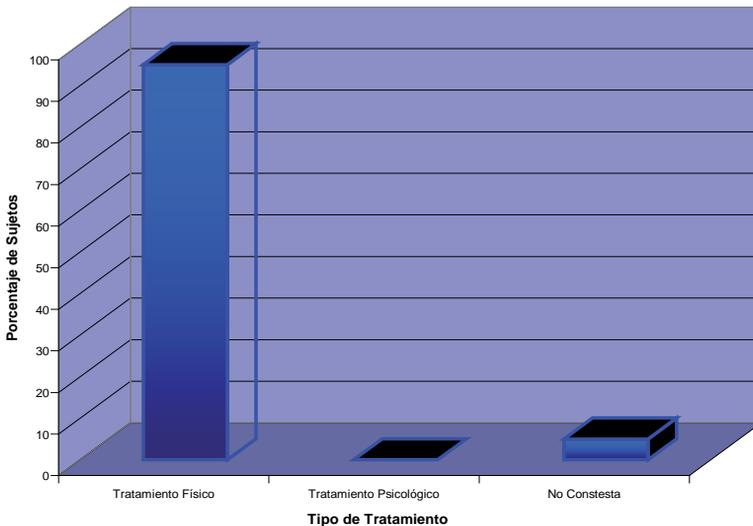


Figura 6. Porcentaje de las respuestas dadas por los sujetos a la descripción de su dolor, según el nivel de instrucción.

Se puede decir que el nivel de instrucción “Analfabeta” conformado por el 3.92% de los sujetos del total presentaron todas respuestas que se pueden clasificar como de “menor elaboración”, caracterizándose por describir precariamente el dolor que reportan sentir, la ubicación de lo que siente o señalar el momento en que empieza a sentir dolor. Ejemplo de sus respuestas fueron: “duele en el pulmón”, “cuando empiezo a caminar es que me duele” y otros sujetos contestaban “no sé”.

El 16.67% de los sujetos que se clasificaron como “Primaria Incompleta”, 3.92% del total de sujetos describieron su dolor en términos concretos, 4.91% del total de los sujetos en términos abstractos, el 6.86% del total de forma mixta, esto es, que combinaban sus respuestas con descripciones concretas y abstractas y el 0.98 % (1 sujeto) no contestó. Algunas de sus respuestas fueron: “no puedo caminar, me hace llorar”, “es fastidioso, que me agarra en la costilla”, “va del cuello a la espalda”, “es fuerte”, “es caliente”, “es una presión en la barriga”.

En relación con la pregunta “¿Que hace usted para aliviar el dolor?” las respuestas se clasificaron en: terapia farmacológica y terapia psicológica. Los resultados se muestran en el figura 7.



*Figura 7.* Distribución de las respuestas de los sujetos a la pregunta “¿Qué hace usted para aliviar el dolor?”

El 95% de los sujetos informaron ingerir medicamentos, de ellos el 38.2% tuvo prescrito Opioides Potentes, el 33.3% Opioides Débiles y el 23.50% anti-inflamatorios no esteroideos (AINES). Nadie indicó realizar tratamiento psicológico para aliviar su dolor, coincidiendo este resultado con las respuestas a la pregunta “¿recibe tratamiento psicológico?”, en la cual apenas una persona indicó que asistía a terapia psicológica, registrándose un 5% que no contestó qué hacía, ni especificó qué tomaba para aliviar su dolor.

Así mismo, aparte de tomarse el medicamento, 33.66% de los sujetos reportaron algunos comportamientos que emitía para aliviar su dolor, ellos se presentan en la figura 8.

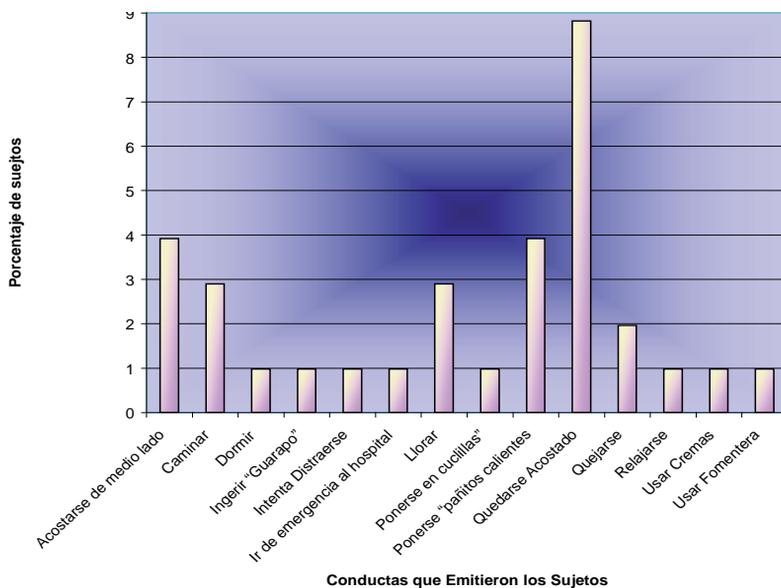
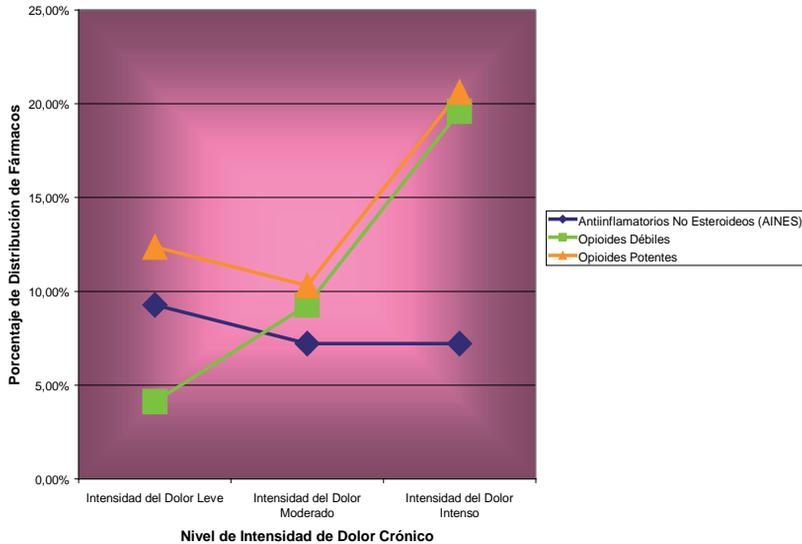


Figura 8. Conductas que emiten los sujetos para aliviar su dolor.

Otro criterio que se empleó para analizar cualitativamente las respuestas de los sujetos, fue relacionar la estimación del nivel de intensidad de dolor con los tipos de fármacos prescritos para aliviar el dolor.

Para una mejor visualización de los resultados observe la figura 9.



*Figura 9.* Distribución de los tipos de fármacos según el nivel de intensidad del dolor estimado.

Se consideraron a los 97 sujetos (95%) que indicaron el tipo de fármaco prescrito. Estos resultados muestran que en todas las categorías de nivel de intensidad, la mayoría tienen prescrito fármacos potentes. De los 25 sujetos que estimaron su nivel de intensidad en la categoría leve, que va de 0 a 3, 12.37% de los sujetos tienen prescritos fármacos opioides potentes, el 9.28% tiene prescritos antiinflamatorios no esteroides (Aines) y 4.12% le recetaron opioides débiles.

Así mismo, de los 26 sujetos que estimaron su nivel de intensidad en la categoría moderada, que va de 4 a 6, 10.31% de los sujetos le indicaron opioides potentes, el 9.28% opioides débiles y el 7.22% le recetaron antiinflamatorios no esteroides.

Igualmente, de los 46 sujetos que indicaron un nivel de intensidad en la categoría intenso, que va del 7 al 10, 20.62% de los sujetos tiene prescrito opioides potentes, 19.59% de los sujetos opioides débiles y 7.22% tienen recetados antiinflamatorios no esteroides.

## DISCUSIÓN

Conforme a los resultados obtenidos respecto a las posibles relaciones entre las variables disposicionales estudiadas, sexo, edad y Estimación del Nivel de Intensidad de Dolor Crónico se puede decir que existe una asociación moderadamente significativa entre ellas.

Para las variables sexo y estimación de la intensidad del dolor, se empleó una medida de correlación, que establece la posible relación entre los fenómenos, la cual fue moderada y significativa. Como es bien sabido, en los pacientes con dolor crónico oncológico, las causas del dolor son principalmente debidas al tratamiento o a la propia enfermedad, sin embargo, las posibles variaciones, en cuanto a la medición o estimación de los indicadores del dolor, no son claras. El hallazgo de una correlación moderada y significativa, es un indicador más de que la variable sexo juega un papel importante en el sistema de variables, que modulan la respuesta de dolor. Si se considera al sexo como una variable disposicional es posible explicar el papel que ésta, como variable moduladora de la respuesta dolorosa, afecta en la estimación del nivel de intensidad del dolor.

Es por ello que es factible considerar que esta variable puede estar afectando la respuesta emitida por los sujetos, posiblemente por un proceso de socialización, proveniente de su identificación con uno u otro sexo. Otra posible explicación, está en las características de la escala numérica, en la cual algunos autores señalan que la sociedad puede suministrar usos y asociar propiedades, de forma diferencial a la escala. Un ejemplo, se encuentra en el uso de la medida de 0-10 en la vida cotidiana, el cual el hombre utiliza para labores como el trabajo de madera, tuberías, construcción, dibujo, entre otros mientras que en la mujer, está asociado con la costura, pintura, diseño, arquitectura, etc.; esto hechos quizás pueden dificultar o facilitar, la asociación y el uso de esta escala.

En cuanto a la correlación entre la variable edad con la estimación del nivel de la intensidad del dolor, en este estudio, se encontró relaciones bajas, pero significativas, indicando que la variable edad puede estar funcionando como variable moduladora en este sistema de variables. A partir de este hallazgo, quedaría por estudiar en qué proporción la variable edad, podría estar modulando, los indicadores que componen la respuesta de dolor.

Para lograr el tercer objetivo específico de esta investigación, se utilizó la correlación múltiple, para el cual se verificó el supuesto de normalidad. La correlación arrojó relación moderada-baja para el sistema de variables estudiadas, Sexo, Edad y Estimación del Nivel de Intensidad de Dolor Crónico. Estos resultados confirman que las variables sexo y edad, presentan un aporte significativo para la estimación del nivel de intensidad del dolor, afectando su respuesta.

Respecto al análisis cualitativo de las descripciones del dolor reportadas por los sujetos se puede realizar las siguientes consideraciones. En primer lugar, hay una variedad de palabras, característico del idioma español, que las personas emplean para describir su dolor, siendo algunas de ellas, adjetivos y palabras con sentido figurado.

En este sentido, es de hacer notar, que las palabras utilizadas por las personas en este estudio, fueron adjetivos o adverbios distintos a las que presentan algunas escalas verbales para estimar el nivel de intensidad de dolor crónico, tal como es el caso de la escala elaborada por Keele (1948), la cual incluye términos descriptivos como: “Ligero, Moderado, Intenso, Atroz”. O como es el caso de la escala verbal de intensidad incluida en el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ), en donde se incluyen términos cómo: “Ligero, Molesto, Perturbador, Horrible y Atroz”. Asimismo, estos vocablos difieren de los términos descriptivos de la escala que nombra Penzo (1989): “Nada, Poco, Medio, Bastante, Mucho”.

Asimismo, comparando las palabras emitidas por los sujetos de este estudio con los términos empleados en el Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire o MPQ) (Melzack y Torgerson, 1971), se observa que de los 78 adjetivos del Cuestionario original sólo 14 coinciden con los reportados por los sujetos en esta investigación, excluyéndose así 26 términos descriptivos de mayor elaboración, además de las respuestas de menor elaboración.

Igualmente, comparándolo con el mismo Cuestionario, pero adaptado por Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños (1994), se puede apreciar que de 66 adjetivos o descriptores, únicamente 11 de ellos coincide con las respuestas de mayor elaboración dadas por los sujetos del presente estudio; sin considerar las respuestas de menor elaboración. Se debe destacar que la totalidad de los términos descriptivos de mayor elaboración dada por los sujetos fue de 40, por lo que 29 términos se encuentran fuera del rango de descriptores de dicho instrumento.

Clasificando a los sujetos según la Variable Sexo, el mayor porcentaje de respuestas referido a la descripción de su dolor es de carácter abstracto para ambos sexos, difiriendo en el porcentaje de respuestas en el segundo lugar, siendo para el sexo Masculino de naturaleza concreta y para el sexo Femenino respuestas mixtas, ocurriendo lo opuesto en el tercer lugar.

Considerando la variable edad, se observa que dentro de las respuestas emitidas por los sujetos a la descripción de su dolor, el mayor porcentaje está representado por las respuestas de la categoría de mayor elaboración, siendo éstas mayores en porcentaje en la categoría de “Adulthood Temprana” respecto a las categorías de “Adulthood Intermedia” y “Adulthood Tardía”.

El porcentaje de respuestas abstractas, va disminuyendo entre los grupos, a medida que pasa a la siguiente categoría de mayor edad. Por otro lado, las respuestas de elaboración concreta van aumentando a medida que pasa a la siguiente categoría de mayor edad. Las respuestas mixtas, se mantienen en porcentajes similares en los tres rangos de edad siendo mayor en la categoría “Adulthood Intermedia” seguido de “Adulthood Temprana” y finalmente en la “Adulthood Tardía”.

El nivel de instrucción fue otro criterio que se usó para analizar las descripciones del dolor. Se observó que la elaboración de las respuestas de los grupos es diferente, se descubrió que a medida que aumenta el nivel de instrucción, las respuestas son de mayor abstracción.

Los sujetos que conforman el nivel de instrucción “Analfabeta” reportan su dolor únicamente en términos de localización, limitaciones o indican no saber describirlo. El grupo del nivel de instrucción “Primaria Incompleta” empieza a emplear términos descriptivos, el siguiente nivel de instrucción, “Primaria Completa” reporta mayor número de respuestas con términos descriptivos, en el nivel de instrucción “Secundaria Incompleta” la elaboración de las respuestas es mayor en comparación con los grupos anteriores. Los sujetos clasificados en la categoría “Secundaria Completa”, describen su dolor únicamente con adjetivos y/o palabras con sentido figurado. Esto demuestra mayor abstracción en las respuestas reportadas por los sujetos de este estudio. Al igual que el grupo de “Secundaria Completa”, los sujetos del nivel “Técnico Superior”, emplean solamente términos descriptivos que emiten adjetivos y palabras con sentido figurado. El grupo de “Licenciatura” también presenta respuestas de mayor elaboración, describen su dolor con adjetivos y palabras con sentido figurado. A pesar de que ambos grupos –Analfabeta y Licenciatura- lo conformaron cuatro

personas, se observa que existen diferencias entre sus respuestas en cuanto al nivel de elaboración, siendo concretas para el grupo de “Analfabetas” y abstractas para el grupo de “Licenciatura”.

Esto parece indicar que el nivel de instrucción se relaciona con la descripción del dolor, puesto que a medida que la persona tiene un mayor nivel de instrucción, mayor es su número de palabras que califican su dolor, por lo tanto, el aprendizaje de un mayor vocabulario o un grado de instrucción superior influye en la descripción del mismo. Esto coincide con el planteamiento de Schoenfeld (1980) que considera que el reporte del dolor humano está influenciado por la historia de aprendizaje de cada individuo, producto del proceso de socialización. Entonces, la conducta calificada como dolorosa, es definida socialmente y enmarcada dentro del contexto cultural o en palabras del propio autor de “naturaleza social”.

Los adjetivos que acompañan a los niveles de la escala de estimación numérica están consistentemente relacionados con los valores de la escala, es decir, los términos descriptivos están asociados a una categoría de intensidad y esto sugiere que se aprenden términos para calificar ciertos niveles de intensidad. Los adjetivos parecieran estar abalados por la comunidad verbal, como términos descriptivos.

Sin embargo, como se vio en los análisis cualitativos de los datos hay algunas palabras que se repitieron en igual frecuencia en las tres categorías (Nivel de Intensidad de Dolor leve, moderado, e intenso). Esto puede indicar que estas palabras no son descripciones representativas del nivel de intensidad del dolor, pueden ser un indicador de otras propiedades del dolor, como por ejemplo: cualidad diferente al de intensidad. Por supuesto, es conveniente realizar un estudio más exhaustivo para poder identificar las palabras descriptivas del nivel de intensidad del dolor, considerando así el idioma y otros factores psicosociales como el nivel de instrucción.

En relación con la pregunta “¿Que hace usted para aliviar el dolor?” las respuestas se clasificaron en terapia farmacológica, terapia psicológica y se hizo una categoría denominada “otras” cuyas respuestas no estaban relacionadas con dichas terapias. Los resultados muestran que nadie indicó realizar tratamiento psicológico, esto señala que la experiencia del dolor es considerada únicamente como un fenómeno biológico y, como tal, ha de ser tratado con terapias físicas.

También el hecho de cómo se considera el fenómeno del dolor desde el punto de vista psicológico, estos resultados también apuntan a una falta de conocimiento que tiene los sujetos acerca de la efectividad de los tratamientos psicológicos, los cuales han demostrado resultados eficaces en el alivio del dolor, como lo son: la intervención psicosocial, terapia conductual, terapia de grupo y otras técnicas (Buela-Casal y Moreno, 1999; Araoz, Burte y Carrese, 1998).

El hecho de que ninguno de los sujetos entrevistados realizara un tratamiento psicológico en los hospitales, puede asociarse con la escasez de psicólogos en los hospitales y a la poca importancia que se les da el área de la salud, son muchos los pacientes para ser atendidos y poco el personal de psicólogos dedicados a esta área. Como un ejemplo de ello, en el Hospital Oncológico “Luís Razzetti” sólo hay un psiquiatra y un psicólogo para atender a la población de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Por otro lado, además de tomarse los medicamentos, lo cual es la conducta de la mayoría de la población (95%), el 33.66% de los sujetos reportaron otros comportamientos para aliviar su dolor, entre los principales se registraron quedarse acostado, acostarse de medio lado, ponerse “pañitos calientes”, caminar y llorar.

Estas conductas generalmente funcionan reforzando positiva o negativamente la experiencia del dolor. Por ejemplo, la atención de familiares o amigos que le ofrecen al sujeto, refuerzan positivamente el llanto.

Siente Dolor	Llora	Familiares y/o amigos le prestan atención.
<b>ED</b>	<b>Conducta de Dolor</b>	<b>Refuerzo Positivo</b>

O quedarse acostado, refuerza negativamente la experiencia del dolor, porque al disminuir el movimiento el sujeto experimenta alivio.

Siente Dolor	Quedarse acostado	Alivia el dolor
<b>EP</b>	<b>Conducta de Dolor</b>	<b>Refuerzo Negativo</b>

Estos son sólo hipótesis, que se recomienda explorar en futuras investigaciones. Un criterio adicional que se empleó para analizar cualitativamente las respuestas de los sujetos, fue relacionar la estimación del nivel de intensidad de dolor con los tipos de fármacos prescritos para aliviar el mismo. Existe una proporcionalidad entre la cantidad de sujetos que reportan dolor intenso y el tipo de fármaco reportado; en este caso, potente, por otro parte en los niveles de intensidad leve y moderado, el tipo de fármaco no corresponde con lo esperado señalado por la escalera analgésica de la OMS, siendo de mayor uso opioides potentes en todas las categorías.

En la escala de intensidad de dolor leve, la mayor proporción de los sujetos le fue recetado opioides potentes, en el segundo nivel de intensidad AINES (Antiinflamatorios no Esteroideos) como es lo recomendado y en tercer lugar opioides débiles. En el nivel de intensidad de dolor moderado, el tipo de fármaco que mayormente fue prescrito fue opioides potentes, en segundo lugar opioides débiles que es lo esperado y en tercer lugar AINES. En la estimación del nivel de intensidad de dolor intenso, como era de esperar, el opioide que mayormente fue indicado fueron los opioides potentes, seguido de opioides débiles y por último, AINES.

En las Unidades de Cuidados Paliativos, los sujetos van a ser tratados para el manejo del dolor debido a dos condiciones (a) dolor causado por el tratamiento y (b) dolor asociado a la enfermedad (Foley, 1979 y Bonica , 1980; cp. Buéla-Casal y Moreno, 1999); en ambas condiciones y dependiendo de la cronicidad del dolor, los sujetos por lo general se dirigen a las unidades para el tratamiento del dolor en distintos niveles de intensidad.

Muchos sujetos reportaron un nivel de intensidad leve, no obstante, tienen prescrito fármacos opioides potentes, este reporte pudo ser producto del efecto de algún medicamento o rescate que hayan consumido previamente a la aplicación del instrumento. De igual forma, ocurre con los sujetos que estimaron un nivel de intensidad moderado y le fue prescrito opioides potentes. El fin de la medicación es evitar una sensación aversiva para el sujeto que en este caso es la experiencia del dolor, por tanto es de esperar que se sobreestimen la medicación, en vez de evitar el uso de fármacos opioides, por ejemplo, como excusa de una posible adicción por parte del sujeto.

## REFERENCIAS

- Anarte, M., Ramírez, C. López y Esteve (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8 (2), 102-110.
- Araoz, D., Burte, J. y Carrese, M. (1998). Control de dolor por medio de la hipnosis. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 385-400). Madrid: Siglo XXI.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. (5ta ed). Caracas: Episteme.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo – Thomson Learning.
- Buela-Casal, G. y Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. En M. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 505-535). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Curenton, E. (1956). Rank-Biserial Correlation. *Psychometrika*, 21 (3), 287-290.
- Ellermeier, W. y Westphal, W. (1995). Gender differences in pain ratings and pupil reactions to painfull pressure stimuli. *Pain*, 61, 435-439.
- Feine, J., Bushnell, M., Miren, D. y Duncan, L. (1991). Sex differences in the perception of noxious heat stimulo. *Pain*, 44, 255-262.
- Glass, G. y Stanley, J. (1986). *Métodos estadísticos aplicados a la ciencia social*. México: Prentice Hall.
- Huskisson, E. (1976). Assessment for clinical trials. *Clinics in Rheumatic Disease*, 2, 37-49.
- Jensen, M. (2003). The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. *The Journal of Pain*, 4 (1), 2-21.
- Keele, K. (1948). The pain chart. *Lancet*, 2, 6-8.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños (1994)
- Melzack, R. y Torgerson, W. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34, 54-59.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez – Roca.

- Reading, A. y Cox, D. (1979). The measurement of pain. En D. Osborne, M. Gruneberg, y J. Eiser (Eds.), *Research in Psychology and Medicine*. Nueva York: Academic Press.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López-Martínez, A. y Anarte, M. (2001). Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8(8), 562-568.
- Schoenfeld, W. (1980). El dolor: un reporte verbal. En V. Colotla, V. Alcaraz, y O. Schuster (Eds.), *Modificación de conducta. Aplicaciones del análisis conductual en la investigación biomédica* (pp. 220-234). México: Trillas.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados*. Argentina: Paidós.
- Turk, D. y Okifuji, A. (1999). Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chrome pain by cancer and non-cancer patients? *Pain*, 82, 139-148.



# INVITADOS ESPECIALES



Volumen XXIX, Nº 1  
2010 Segunda Época



## Perfil psicológico de los síndromes Rett y Williams

M<sup>a</sup> Paz Fernández y Aníbal Puente Ferreras

apunte@psi.ucm.es

Departamento de Psicología Básica (Procesos Cognitivos)

Universidad Complutense de Madrid

### Resumen

Las “enfermedades raras” son una clasificación que incluye las enfermedades de baja frecuencia y diagnóstico complejo. Dentro de esta clasificación se incluye entre otras los síndromes de Rett y Williams. El conocimiento médico de estos trastornos es escaso y las características que definen su perfil psicológico todavía es mucho más desconocido. El conjunto de rasgos cognitivos, emocionales y sociales de los Rett y Williams es compartido con otras enfermedades raras, por lo que se pueden considerar paradigmáticas y extrapolables en algunos aspectos educativos y clínicos. La mayoría son genéticas y cursan con retraso intelectual y psicomotor. Una conclusión del trabajo es que aunque son enfermedades incurables, los síntomas más severos puede se tratados con terapia adecuada y específica.

**Palabras Clave:** Síndrome Rett, Síndrome Williams, Perfil Psicológico, Consecuencias Educativas, Intervención Clínica.

## Psychological profile of Rett and Williams syndromes

### Abstract

“Strange illnesses” is a classification that involves the low frequency illnesses and complex diagnosis. The Rett and Williams syndromes are included in this group of illnesses. There is not enough medical knowledge about these disorders and the characteristics that define their psychological profile is less known. Other “strange illnesses” share the cognitive, emotional and social characteristics of Rett and Williams syndromes so they can be considered paradigmatic and can be extrapolated to some educative and clinical aspects. Most of the illnesses are genetic with and intellectual and psychomotor retardation. We can conclude that although they are incurable illnesses, the most severe symptoms can be treated with adequate and specific therapy.

**Key words:** Rett syndrome, Williams syndrome, psychological profile, educative consequences, clinical intervention

## INTRODUCCIÓN

Hay enfermedades que afectan a tan pocas personas y son de diagnóstico tan complejo y tratamiento tan difícil que son conocidas como huérfanas o raras. Un paciente que presenta uno de estos casos puede pasar varios años buscando hasta encontrar respuestas, muchas veces insuficientes y desalentadoras. Estas enfermedades, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), casi nunca se encuentran consideradas dentro de los esquemas de salud pública.

Generalmente, las ER (ER, denominación más común) se caracterizan por aparecer antes de los dos años (dos de cada tres casos), generan dolores crónicos (uno de cada cinco), la mitad de las veces hay un déficit motor, sensorial, o intelectual, y una de cada tres personas que la padecen pierde su autonomía (Brinkman, Dubé, Roulaeu, Orr & Samuel, 2006). Entre estas enfermedades están el síndrome Rett, Williams, Maullido de Gato, X-Frágil, Turner, Gilles de la Tourette, Fenilcetonuria, Kawasaki, etc.

Las causas son muy variadas dependiendo de la enfermedad; sin embargo, suelen ocurrir debido a una especie de juego aleatorio al momento en que se combinan los gametos masculinos y femeninos, aunque también hay un patrón de herencia muy importante (Figuera, 2010). Algunas veces para que se manifiesten es necesario la participación de otros factores externos, como la condición física de la madre (drogadicción o mala nutrición, entre otras). Lo anterior significa que el 80% de ER tiene una causa genética y corresponde a 3 y 4% de los bebés. Si bien una mitad de las alteraciones se observa desde el nacimiento o durante la niñez y la otra no se manifiesta sino hasta la edad adulta (Espinós & Palau, 2008).

El número de pacientes con ER varía considerablemente de una enfermedad a otra, y la mayoría de la gente representada por las estadísticas en este campo sufre de enfermedades aún más raras, enfermedades que afectan a una de cada 100,000 personas o menos. A pesar de la rareza de cada enfermedad rara, siempre sorprende al público descubrir que, de acuerdo con una bien-aceptada estimación “unos 30 millones de personas tienen una enfermedad rara en los 25 países europeos”, lo que significa que de 6% a 8% de la población total europea son pacientes con ER. Estas estimaciones han sido confirmadas en EEUU de América y las predicciones para América Latina se supone que son similares.

Desafortunadamente, los datos epidemiológicos que hay disponibles son inadecuados para la mayoría de las ER y no se pueden dar detalles seguros sobre el número de pacientes con una específica ER. En general, la gente con una ER no está registrada en la base de datos. Muchas de ellas están resumidas como “otros desórdenes endocrinos o metabólicos” y en consecuencia, con pocas excepciones, es difícil registrar una ER sobre la base nacional o internacional de una manera viable y armonizada (Background paper on Orphan Diseases para WHO Report on Priority Medicines for Europe and the World-7 de octubre de 2004, [www.eurordis.org](http://www.eurordis.org) 3).

Desde la perspectiva médica, las ER están caracterizadas por el gran número y amplia diversidad de desórdenes y síntomas, que varían no solo de enfermedad a enfermedad, sino también dentro de la misma enfermedad. La misma condición puede tener manifestaciones clínicas muy diferentes de una persona afectada a otra. Para muchos desórdenes, hay una gran diversidad de subtipos de la misma enfermedad. Se estima que existen hoy entre 5.000 y 7.000 enfermedades distintas (este dato cambia dependiendo de la fuente) que afectan a los pacientes en sus capacidades físicas, habilidades mentales y en sus calidades sensoriales y de comportamiento. Muchas minusvalías pueden coexistir en una persona determinada, y ésta es definida entonces como paciente con minusvalías múltiples.

Las ER también se diferencian ampliamente en términos de gravedad, pero por término medio la esperanza de vida de los pacientes de ER se reduce significativamente. El impacto sobre la esperanza de vida varía mucho de una enfermedad a otra; algunas causan la muerte al nacer, muchas son degenerativas o amenazan la vida, mientras que otras son compatibles con una vida normal si son diagnosticadas a tiempo y tratadas adecuadamente (Muñoz, 2004).

En nuestro trabajo vamos a analizar dos de las ER menos conocidas, el síndrome Rett y el síndrome Williams. De alguna manera son enfermedades que pueden representar un espectro amplio de síntomas que pueden estar presentes en algunas de las ER. Podríamos considerarlas como ER paradigmáticas con importantes consecuencias en los ámbitos clínicos y educativos. El principal interés de agruparlas es conseguir aunar esfuerzos para fomentar la investigación y el interés de la sociedad por todas ellas en su conjunto. Aunque cada una tiene un origen y una sintomatología específica, hay que reconocer que todas ellas representan

una problemática social y unas características clínicas análogas a otras enfermedades que se pueden clasificar genuinamente como raras (Luengo et al. 2001).

## SÍNDROME RETT

El Síndrome Rett (SR), descrito por Andreas Rett (1966) es un trastorno que se inicia en la primera infancia sin una razón evidente ni precedentes que lo justifiquen. Ocurre casi en exclusiva en las niñas (Hagberg, Aicardi, Dias, & Ramos, 1983) y está presente en una amplia gama de grupos raciales y étnicos repartidos por todo el mundo (Laurvick, de Klerk, Bower et al, 2006; Calderón, Calderón & Treviño, 1999). Es un trastorno del desarrollo pero no degenerativo (Percy, 2008). Salvo enfermedad o complicaciones físicas, las niñas con SR pueden llegar a la edad adulta (Gill, Cheadle, Maynard, Fleming, Whatle, Cranston et, 2003).

## GENÉTICA

Las mutaciones genéticas ocurren con más frecuencia en el esperma que en los óvulos. Por ello, si el gen del SR está en el cromosoma X y la mutación nueva tiene lugar más frecuentemente en el esperma, habrá muchas más chicas afectadas que chicos. Se sospecha de la influencia del cromosoma X (99% de los casos) debido a que esta alteración afecta tan sólo a mujeres (Murphy, Allen, Haxby &, Largray, 1994; Rondal, 2001). Tener una mutación en el gen del SR significa que la persona padecerá la enfermedad, aunque no es probable encontrar casos familiares, ya que las mujeres con el SR normalmente no tienen hijos.

Recientemente se ha encontrado en pacientes estudiados la proteína MECP2, que codifica el gen en la banda 8 de la región 2 del brazo largo del cromosoma X (Xq 28), lo cual sugiere una mutación *de novo*, de carácter dominante ligada a dicho cromosoma (Coronel, 2002). La proteína de este gen es la responsable del SR (Amir et al., 1999). Puesto que las mujeres tienen dos cromosomas X, parece que no tendrían que estar afectadas (Murphy et al., 1994). Una explicación posible es que la ausencia de una copia funcional del MECP2 es letal para el feto masculino antes del nacimiento.

## PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD

El SR es una enfermedad relativamente frecuente, aunque los médicos no estén muy familiarizados con ella. La prevalencia en varios países oscila de 1/10000 a 1/23000 nacimientos de niñas vivas (Burd, Vesley, Martsof, Kerbeshian, 1991; Kerr, 1985). A menudo se confunde con otras enfermedades como Parálisis Cerebral, síndromes Angelman y Prader-Willi o con Retraso Inespecífico del Desarrollo (Simonoff, Bolton, & Ratter, 1996; Rondal, 1997). Sin embargo, el error más común ha sido con el Autismo, ya que en ambos casos hay una pérdida del habla y del contacto con las personas. Tenemos que señalar que algunos síntomas específicos del SR no aparecen en el autismo, como la desaceleración en la tasa de crecimiento de la cabeza (Tejada, 2006), y la pérdida de habilidades propositivas y de movilidad de las manos. Si bien, el “aleteo” de las manos se considera a menudo en el autismo como una estimulación visual (Hagberg, Goutieres, Hanefeld, Rett & Wilson, 1985), la gama más amplia de estereotipias compulsivas sin sentido de las manos de los SR, no se dan en el autismo (Tejada, 2006). Otras diferencias que encontramos son las siguientes: a) las niñas con SR casi siempre prefieren a las personas frente a los objetos, al contrario que en el autismo; b) las niñas con SR a menudo disfrutan con el afecto, a diferencia de los autistas (Asociación Rett Valencia España, 2010). Aunque los SR muestran con frecuencia tendencias autistas a edades tempranas, estos rasgos disminuyen o desaparecen con el tiempo.

## DIAGNÓSTICO

No hay un test específico. El diagnóstico se hace después de descartar otros trastornos, que tienen “marcadores biológicos”. El médico pedirá uno o más de los siguientes análisis generales y/o específicos: sangre, orina, líquido cefalorraquídeo, piel, rayos x, análisis neurofisiológicos (EEG, EMG, PE), ojos (ERG), genética y genealogía (MeCP2 y cromosoma Xq28). En el protocolo de diagnóstico se definen una serie de criterios de inclusión y exclusión propuestos por la Asociación Internacional Síndrome de Rett (IRSA, por su sigla en inglés). Algunos investigadores (Kammoun et al., 2004), analizaron los criterios IRSA y llegaron a la conclusión de que eran demasiados (algunos innecesarios) y propusieron cuatro básicos: a) Retraso psicomotor grave visible a partir de los 6 meses-3 años, con deterioro del lenguaje receptor y expresivo; b) Perímetro cefálico inferior a la normalidad; c) Pérdida del empleo útil de la mano, asociado a una disfunción en la comunicación y a un anómalo contacto social; d) Aparición de movimientos estereotipados de las manos (de lavado, golpeteos, etc.).

## TIPOLOGÍA

Una vez que se ha descartado otros trastornos, hay que pensar en el SR. El diagnóstico del SR es básicamente clínico; es decir, basado en signos y síntomas que uno puede observar. El médico deberá analizar a fondo las primeras etapas del crecimiento y desarrollo, y evaluará su historial médico y físico, así como su evolución neurológica. Para hacer el diagnóstico, los especialistas recurren a los “Criterios Diagnósticos del SR” (IRSA), que han sido desarrollados por especialistas internacionales. Una niña SR puede pertenecer a una de las tres categorías siguientes: a) SR clásica (encaja en las directrices establecidas, al menos en tres criterios primarios y cinco de los criterios de apoyo); b) SR provisional (encaja en algunos criterios diagnósticos, pero no los suficientes para coincidir plenamente; y c) SR atípicos (no se ajustan a todos los criterios diagnósticos del SR clásico). En esta última categoría se incluye aproximadamente un 15% y sus principales variantes son: SR de comienzo genético, SR de comienzo tardío, SR con habilidades manuales y habla preservada y SR varones. El SR se ha descrito también en niños afectados por encefalopatías graves, aunque la descripción clínica de estos casos es muy poco homogénea y no se corresponde con el fenotipo típico descrito para las niñas (Zeev et al., 2002).

## EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El inicio de la enfermedad, así como la severidad de los síntomas, puede variar. La niña SR normalmente nace sana y muestra un periodo inicial de desarrollo aparentemente normal o casi normal hasta los 6-18 meses aproximadamente de vida (Kerr & Corbitt, 1994), momento en se produce un lento retroceso o estancamiento evolutivo de las habilidades. Luego sucede un periodo de regresión con pérdida de habilidades psicomotoras y comunicativas y el uso intencional de las manos. A partir de ahí, se vuelven más evidentes los movimientos estereotipados de las manos, los trastornos de la marcha y el ritmo normal de crecimiento de la cabeza se hace más lento. También pueden surgir otros problemas como crisis epilépticas, osteopenia, bruxismo, problemas gastrointestinales, alteraciones del sueño y patrones respiratorios alterados cuando la niña está despierta (Percy, Glaze, Schultz et al, 1994; Percy, 2008).

Estas manifestaciones, a veces se acompañan de períodos de aislamiento o de introversión cuando se irrita y llora desesperadamente (Asociación Rett de Valencia, 2010). Con el tiempo, los problemas motores e intelectuales pueden aumentar. A los 7 años de edad, las niñas con SR presentan un RM severo (Witt-Engerstrom, 1987). Muchas de ellas no llegan a expresar comportamientos que vayan más allá de intenciones de tipo elemental para poder comunicarse (por ejemplo, seguir las miradas y respetar los turnos de palabra). En la mayoría de los casos no desarrollan lenguaje o pierden todo lo adquirido al llegar a la fase de regresión (Coleman, Brudbaker, Hunter & Smith, 1988). Sin embargo, algunas personas conservan la habilidad de usar al menos algún tipo de lenguaje gramatical, a menudo con dificultades de pronunciación (Zapella, 1997).

En el 50% de los casos los pacientes pueden llegar a caminar, aunque se reduce la estatura y la comunicación puede mejorar (Tejada, 2006). Se puede resumir la evolución del proceso en cuatro etapas o estadios:

- Estadio 1, o de detención temprana del desarrollo psicomotor, que aparece a los 6-18 meses y dura varios meses.
- Estadio 2, o de deterioro rápido, que transcurre entre 1 y 4 años de edad y puede durar semanas o meses.
- Estadio 3, o de fase pseudo-estacionaria, entre 4 y 6 años de edad.
- Estadio 4, o de deterioro motor tardío, que transcurre entre los 5 y los 7 años de edad.

### PERFIL CLÍNICO

El déficit más relevante es la apraxia o incapacidad de programar el cuerpo para realizar los movimientos motores (Hagberg, Aicardi, Dias & Ramos, 1983). La apraxia interfiere en cualquier movimiento del cuerpo, incluida la mirada y el habla, dificultando los intentos para “hacer” aquellas cosas que la niña quiere realizar (Ker, Montague, Tabs, Ther & Stephenson, 1987). Las madres de estas niñas informan de otros retrasos en las conductas básicas de tipo motor: gateo, sedestación y bipedestación (Ker, Montague, Tabs, Ther & Stephenson, 1987).

El déficit generalizado en el crecimiento es típico en las pacientes con SR. El primer indicio suele ser la desaceleración del crecimiento cefálico a partir de los 3 meses de edad (Schult, Glaze, Motil et al, 1993). Durante el primer año de vida, también se produce una desaceleración en la tasa del

aumento de peso. Después del año, comienza a notarse un descenso en la tasa de crecimiento de la talla y un menor crecimiento de las manos y los pies (Schultz, Glaze, Motil et al.1998).

Las tasas de incidencia de epilepsia son un tanto variables: oscilan entre un mínimo de 20–25% y un máximo de 80%. La experiencia con monitorización-video EEG, demuestra que apenas el 25% de las conductas clínicas son crisis epilépticas que requieren tratamiento (Glaze, Schultz, Frost, 1998). El sueño suele ser interrumpido por despertares nocturnos frecuentes. Estudios completos del sueño, evidencian que en el SR la etapa de sueño con movimiento rápido de los ojos (o REM) se reduce significativamente. En otras etapas del sueño también se presentan anomalías (Glaze, Frost & Percy, 1987).

Las alteraciones gastrointestinales representan el cuadro clínico más complejo, ya que abarcan toda la gama (Motil, Schultz, Browning et al, 1999). En general, la masticación y la deglución se realizan en forma deficiente. Pruebas basadas en estudios por imágenes muestran que la coordinación es deficiente en el movimiento de los alimentos desde la orofaringe hasta la hipofaringe y la dismotilidad al atravesar el esófago. Conforme la paciente va madurando, se observan cada vez con mayor frecuencia problemas cardíacos (Percy, Dragich & Schanen, 2003).

## CONCLUSIONES

En los últimos años se han llevado un gran trabajo de investigación con el propósito de aclarar y definir de un modo lo más preciso posible la gran variabilidad fenotípica que se presenta en esta enfermedad (Percy, 2008). Aunque hoy sabemos cuál es el gen responsable de la mayoría de los SR, todavía es necesario un esfuerzo adicional para definir mejor el mecanismo de actuación de las mutaciones en el gen MECP2 y su relación con el fenotipo que producen. La investigación también está en expansión para tratar de descubrir otros genes que puedan estar en el origen del SR y de las anomalías que pudieran ocurrir durante el proceso de maduración de sistema nervioso central y periférico.

La existencia de pacientes sin mutación en la región del gen MECP2 puede ser debida a dos factores: a) los pacientes pueden presentar mutaciones en regiones que aún no han sido analizadas y, b) puede existir otro gen implicado en la enfermedad, quizá en el brazo corto del cromosoma X

(Xp22). Hoy sabemos que el gen MECP2 es la causa principal del SR, aunque su función no es sólo reprimir la transcripción de otros genes, sino también regular la expresión dinámica de otros genes en las neuronas. Por ello, en el SR hay una alteración de la plasticidad neuronal, una disfunción de las neuronas aminérgicas con fallos en la sinaptogenia, una detención del normal desarrollo neuronal, alteraciones todas ellas complejas, para las que también existen otros genes implicados y que asimismo se hallan en otros síndromes, como el autismo. Aunque muchos aspectos se van clarificando poco a poco, como los criterios de inclusión para estudios moleculares, serán necesarios muchos más trabajos para entender el funcionamiento normal del desarrollo cerebral y los genes implicados en éste (Tejada, 2006).

### SÍNDROME WILLIAMS

En la literatura especializada existe un síndrome no específico denominado “Síndrome de Dificultades de Aprendizaje No Verbales” (SDANV), caracterizado por mantener intacta la mayor parte de la conducta verbal, mientras que la conducta no verbal puede estar seriamente afectada (Garayzábal, 2003). Uno de esos SDANV es el síndrome Williams (SW) (Williams, Barrat-Boyes, Lowe, 1961) cuya incidencia aproximada es de 1 cada 20.000 nacimientos vivos. Se trata de una alteración de tipo genético debida a una microdelección en el cromosoma 7 (banda 7q11.23). Aunque el cromosoma responsable está identificado, el mecanismo etiológico responsable sigue siendo desconocido. Se sospecha una anomalía genética relacionada con una excesiva producción de calcio y un péptido asociado que afectarían el desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso central (Pérez, 1997; Sotillo & Navarro, 1998).

Normalmente se habla de un solo síndrome; sin embargo, Anderson y Rourke (1995) proponen dos tipos, uno con afectación más ligera y otro de naturaleza más severa. El SW aparece reseñado en prácticamente todas las etnias y lenguas, aunque el patrón físico ofrece algunas variantes dependiendo de la raza. En niños negros el iris en forma de estrella, característico en la mayoría de los SW (Nikerson, Greenberg, Keating, McCaskill & Shaffer, 1995) y otras manifestaciones faciales no suelen aparecer o lo hacen de modo diferente. El SW no es fácilmente detectable en el nacimiento (Sotillo & Navarro, 1999), aunque observando cuidadosamente a niños de 4/5 meses se pueden detectar algunas de las características faciales del síndrome.

## DIAGNÓSTICO

El perfil físico es insuficiente para el diagnóstico de los SW. Necesitamos pruebas de naturaleza molecular para estar seguros de que el diagnóstico es seguro. El SW está presente desde el momento de nacimiento; sin embargo, algunos no reciben el diagnóstico hasta más tarde, cuando han perdido algunos de los hitos fundamentales de desarrollo (Schiber, 2000). Hasta el año 2000, el diagnóstico se realizaba a partir de análisis rasgos físicos, síntomas y enfermedades. En el 2004, fue posible examinar los genes que presentaban alguna clase de delección y de este modo conocer las causas del SW. Existe una técnica conocida con *Fluorescent In Situ Hybridization* (FISH) que permite conocer el gen dónde se produce la alteración y el mecanismo que subyace a la enfermedad. Esta prueba debe aplicarse sólo cuando existen indicios sintomáticos (físicos, patológicos y psicológicos) de la enfermedad. La urgencia de un diagnóstico precoz se justifica pues determinadas habilidades motoras y visoespaciales se deterioran de forma severa con el paso del tiempo. En los SW, los retrasos en el desarrollo (gateo, sedestación, bipedestación y caminado) son frecuentes. Los pediatras y las madres suelen percatarse también de otros retrasos que tienen que ver con la coordinación motora y algunos episodios llamativos durante la adquisición del habla (Schiber, 2000).

## PERFIL FÍSICO Y MÉDICO

Para un diagnóstico correcto y temprano resulta clave la definición de los fenotipos físico, cognitivo y conductual; sin embargo, los fenotipos aunque necesarios no son suficientes. Durante la primera infancia, la apariencia de los niños con SW es la de niños que tuvieran una menor edad. Típicamente nacen con bajo peso y fracasan en los intentos de crecer. En la infancia intermedia suelen desarrollar elevados índices de calcio en sangre (hipercalcemia) (Tarjan, Balaton, Balaton, Varbiro, 2003). El aparato digestivo es delicado con manifestaciones tales como vómitos, estreñimiento y dificultades al succionar y alimentarse. Tampoco muestran un patrón de sueño regular debido a la hipersensibilidad a los ruidos, agitación o angustia ante sonidos altos, como los ruidos de un motor, etc.

El síndrome presenta un fenotipo característico en el que se observa una determinada fisonomía (denominada “cara de duende”) cuyos rasgos principales son: una cara fina y alargada, un dibujo en estrella del iris en algunos individuos con ojos verdes o azules, hinchazón alrededor de los

ojos, frente ancha, nariz chata, escaso mentón, labios abultados, insuficiencia cardiaca grave (Eronen, Peippo, Hippala, Raatikka, 2002), insuficiencia pulmonar en el 80% de casos, hiperacusia selectiva en el 95% de los casos (Johnson, Comeau & Clarke, 2001; Blomberg, Rosander, & Anderson, 2006; Sack, 1995), malformaciones dentarias con repercusión en la fonación (Oncag, Gunbay & Parlar, 1995). También suelen presentar pobre tono muscular y problemas en las articulaciones esqueléticas, observables sobre todo cuando los niños pasan de la infancia a la adolescencia. A medida que los niños crecen también se hacen evidentes los problemas de hipertensión.

### PERFIL PSICOLÓGICO

En las décadas de los 80'- 90' se iniciaron una serie de investigaciones en relación al perfil psicológico de los SW y los SD, que han constituido referencias obligadas para comprender la evolución de la investigación. Bellugi, Marks, Bihrlé y Sabo (1988), Bellugi, Sabo y Vaid (1988), Bellugi y George (2001), Kamiloff, Grant, Swing y Carrette, (2003) sugieren que los individuos con un SW presentan un perfil psicológico y neuropsicológico peculiar. A grandes rasgos, se observa con frecuencia (1) una disociación notable entre el lenguaje y las aptitudes cognitivas generales, (2) la existencia de un déficit severo a nivel de la cognición espacial e, (3) importantes problemas relacionados con la motricidad “gruesa” y fina.

Recientemente se han cuestionado algunas de estas afirmaciones. Uno de los aspectos más críticos con los estudios de Bellugi es que no examinaron las capacidades pragmáticas de la lengua en los SW. No obstante, en la literatura especializada existen estudios (Yule y Martin, 1985; Crisco, Dobbs y Mulhem, 1988; Kelley, 1990) que destacan las debilidades comunicativas en los aspectos pragmáticos. Estas dificultades se relacionaban con la participación en los intercambios conversacionales y el mantenimiento del contacto ocular en la interacción diádica con el interlocutor. Los estudios de Bellugi proceden de la lengua anglosajona, pero existen otros estudios en lengua alemana, italiana, francesa, húngara y española que no convergen en los resultados (Garayzába, 2002). El debate es interesante, pero sobrepasa el objetivo de nuestro trabajo.

La mayor especificidad de este síndrome se encuentra en su perfil neuropsicológico, caracterizado por una asimetría cerebral (Van Strien, Lagers-van Haselen, Van Hagen, De Coe, Frens, Van Der Geest, 2005; Bellugi et al. 1988; Vicari, Carlesime, Brizzolara, & Pezzini, 1996b) en la que los aspectos visoespaciales están severamente dañados. Las lesiones

en el hemisferio derecho repercuten en la interacción comunicativa y en el reconocimiento de las intenciones comunicativas; por ejemplo, la incomprensión de bromas e ironías, destacando la literalidad del lenguaje desde el punto de vista productivo y comprensivo (Garayzábal, 2002). Aunque el interés por el estudio de la evolución psicológica del síndrome es relativamente reciente ha ofrecido resultados interesantes.

### *Retraso mental*

Desde el punto de vista psicológico, los SW presentan retraso mental, con un CI entre 40 y 70 (Arnold, Yuke y Martín, 1985), siendo este criterio inexcusable y genérico para el diagnóstico. También aparecen dificultades en la motricidad gruesa y fina (Pagón, Bennet, LaVeck, Steward y Johson, 1987). Estos resultados están en la línea de los de Bennett, LaVeck y Selles (1987) quienes aplicando las escalas de McCarthy, observaron que los chicos con SW obtenían peores resultados que los de un grupo control en la subescala de aspectos motores. En cuanto al perfil conductual exhiben entre otros los siguientes rasgos: hiperactividad, impulsividad, escasa concentración, dificultades de aprendizaje, locuacidad, sociabilidad y comportamiento perseverante, semejante al de los autistas (Dilts, Morris, Leonard, 1990; Schiber, 2000).

### *Cognición espacial*

Sistemáticamente se encuentra un déficit en la cognición espacial (Bellugi, Bihrlé, Neville, Jernigan & Doherty, 1992; Wang & Bellugi, 1993) y un patrón contrapuesto entre sus aptitudes cognitivas generales y sus habilidades lingüísticas específicas, que no quedan bien reflejadas por las evaluaciones globales, como el CI verbal (Bellugi, Marks, Bihrlé & Sabo, 1988; Bellugi, sabo & Vaid, 1988).

### *Memoria*

Cuando se compara la memoria de los SW y SD en una escala Weschler con dígitos, los resultados muestran una mejor memoria a corto plazo en todos los casos con SW frente a los SD. Vicari, Carlesimo, Brizzolara y Pezzini, (1996b) analizaron la memoria a corto plazo de niños con SW utilizando una tarea de amplitud de memoria y compararon los resultados con dos grupos (SW con una EC de 10 y Control con una EC de 5 años y dos meses). A partir

de los resultados de ambos grupos puede interpretarse que los niños con SW tienen mecanismos de codificación fonológica comparables a los de los otros niños (buena memoria fonológica), pero en los niños con SW se pone de manifiesto la dificultad para acceder al conocimiento semántico. Vicari, Brizzolara, Carlesimo, Pezzini y Volterra (1996a) encontraron problemas en la memoria visoespacial en los SW tanto a corto como a largo plazo y una disociación en la memoria verbal, normal a corto plazo y deficiente a largo plazo. Wang y Bellugi (1994) también detectaron una disociación entre memoria verbal y espacial, con marcadas diferencias a favor de la verbal en los SW, sin embargo, los SD funcionaron mejor en tareas de contenido visoespacial.

### *Lectura y escritura*

Las destrezas lectoras de los SW son bastante buenas (Morris, Lenhoff & Wang, 2006), fundamentalmente porque realizan adecuadamente la lectura de palabras simples usando los mecanismos automáticos de traducción grafema-fonema. Algunos estudios no confirman esta aseveración y encuentran que determinados SW presentan dificultades notables, particularmente en tareas de segmentación fonológica (Menghini, Verucci & Vicari, 2004), lo que dificultaría el desarrollo de la vía subléxica, pero las dificultades también se extienden a la ruta semántica (Temple, Almazan, Sherwood, 2002). Garayzábal y Cuetos (2008) examinaron la lectura de 12 niños SW y sus resultados confirman algunas de las dificultades de estos niños: decodifican bien las palabras pero muestran ciertas deficiencias en el desarrollo de la lectura léxica.

### *Emoción y relaciones afectivas*

El perfil socio-afectivo de los SW se conoce a partir de los testimonios de padres y maestros. Tosi, Maestro, y Marcheschi (1995) estudiaron la estructura afectiva de niños SD, Sotos, X-Frágil y SW en relación con la estructura familiar y las autopercepciones. Los autores utilizaron un protocolo de valoración y observaciones en la dinámica familiar y el contexto. Los resultados encontrados ponen de manifiesto que entre los grupos de niños existen marcadas diferencias determinadas por el nivel cognitivo (siendo más marcada una imagen menos positiva del yo cuanto más desarrolladas están las capacidades simbólicas). No se observa una buena comunicación verbal y no verbal en los grupos. Algunos de los intercambios parecen no considerar las intenciones comunicativas de los niños. Gosch y Pankau (1994) pidieron

a los padres que respondieran a los ítems de la escala de madurez social de Vineland y los resultados muestran que los SW diferían significativamente del grupo control, por ejemplo, no manifestaban reserva o distanciamiento y podían seguir a una persona desconocida. Los SW parecen tener un peor ajuste social que los niños del grupo control.

## REFERENCIAS

- Amir RE, Van den Veyver, I. B, Wan M, Tran, C. Q., Francke, U. & Zoghbi, H. Y. (1999). Rett syndrome is caused by mutations in Xlinked MECP2, encoding methylCPG binding protein 2. *Nature Genetics*, 23: 1858.
- Anderson, P. E. & Rourke, B. P. (1995). Williams syndrome. En B. P. Rourke (Ed.), *Syndrome of nonverbal learning disabilities. Neurodevelopmental manifestations*. Nueva York: The Guilford, Press.
- Arnold, R.; Yule, W., y Martin, N.: The psychological characteristics of infantile hypercalcaemia: A preliminary investigation. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1985, 27, 49-59.
- Asociación Rett de Valencia. Recuperado el 3 de abril de 2010 de <http://www.rettvalenciana.es>,
- Bellugi, U. & George, M. (2001). *Journey from cognition to brain to gene: Perspectives from Williams syndrome*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bellugi, U., Bihrlé, A., Jernigan, T., Trauner, D., Doherty, S. (1990). Neuropsychological, neurological and neuroanatomical profile of Williams syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 6 suppl, 115-125.
- Bellugi, U., Marks, S., Bihrlé, A., Sabo, H. (1988). Dissociation between language and cognitive functions in Williams syndrome. En Bishop, D., y Mogford, K. (Eds), *Language development in exceptional circumstances* (pp. 177-189). London: Churchill Livingstone.
- Bellugi, U.; Sabo, H., & Vald, J. (1988). Spatial deficits in children with Williams syndrome. En J. Stiles-Davis, M. Kritchewsky & U. Bellugi (Eds), *Spatial cognition: brain bases and development* (pp. 273-298). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bellugi, U., Bihrlé, A. Nevelle, H., Jernigan, T. & Doherty, S. (1992). Language, cognition, and brain organization in a neurodevelopmental disorder. En M. Gunnar & C. Nelson (Eds), *Developmental behavioural neuroscience*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Bennett, F. C., LaVeck, B., & Sells, (1978). The Williams elfin facies syndrome: The psychological profile as an aid in syndrome identification. *Pediatrics*, 61, 303-306.

- Blomberg, S., Rosander, M. & Anderson, G. (2006). Fears, hyperacusis and musicality in Williams syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 27(6), 668-680.
- Brinkman, R. R., Dubé, M. P., Roulaeu, G. A., Orr, A. C. & Samuel, M. E. (2006). Human monogenic disorders: a source of novel drug targets. *Nature Reviews Genetics*, 7, 249-260.
- Burd, L., Vesley, B., Martsolf, J. T. & Kerbeshian, J. (1991). Prevalence study of Rett syndrome in North Dakota children. *American Journal of Medical Genetics*, 38: 5658.
- Calderón, R., Calderón, R. F. & Treviño J. (1999). Fenomenología del Síndrome de Rett. *Gaceta Médica de Mexico*, 135(1), 11-8.
- Coleman, M., Brudbaker, J., Hunter, K., & Smith, G. (1988). Rett syndrome: A survey of North American patients. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32, 117-124.
- Coronel, C. (2002). Síndrome Rett: Un Nuevo reto para los pediatras. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana Pediatría*, 74(2), 1-9.
- Crisco, J. J., Dobbs, J. M. & Mulhem, R. K. (1988). Cognitive processing of children with Williams syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 30, 650-656.
- Crisco, J. J., Dobbs, J. M. & Mulhern, R. K. (1988). Cognitive processing of children with Williams syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 30, 650-656.
- Dilts, C. V., Morris, C. A. & Leonard, C. O. (1990). Hypothesis for development of behavioural phenotype in Williams syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 6, 126-131.
- Eronen, M. Peippo, M. Hippala, A. & Raatikka M. (2002). Cardiovascular manifestations in 175 patients with Williams syndrome. *Journal of Medical Genetics*. 39(8), 554.
- Espinós, C. & Palau, F. (2008). Genética de las enfermedades neurológicas. En: J. Pascual (Ed), *Tratado de Neurología Clínica* (pp. 1-29). Barcelona: Ars XXI Clínica.
- Figuera, L. (2010). *Genética de las enfermedades raras*. Informe técnico con difusión restringida: División de Genética del CIBO del IMSS en Jalisco, México.
- Garayzábal, E. & Sotillo, M. (2001a). Analysis of pragmatic disorders in Williams syndrome. Actas del 22nd Annual Symposium on Research in Child Language Disorders-SRCLD (Wisconsin-USA, 7-9 de junio)

- Gazayzábal, E. & Cuetos, F. (2008). Aprendizaje de la lectura en los niños con síndrome de Williams. *Psicothema*, 29(4), 672-677.
- Garayzábal, E. (2002) Tipología de Lenguas y Lingüística Clínica: La importancia de los estudios interlingüísticos en la descripción del lenguaje patológico ¿Son válidos los planteamientos?, *Revista de Investigación Lingüística*, 5(1), 121-134.
- Garzyzábal E. (2003). Comunicación no verbal en un síndrome de dificultades de aprendizaje no verbal con disfasia. *Interlingüística*, 14, 413-424.
- Gill, H., Cheadle, J. P., Maynard, J., Fleming, N., Whatley, S., Cranston, T. et al (2003). Mutation analysis in the MECP2 gene and genetic counselling for Rett syndrome. *Journal of Medical Genetics*, 40, 380-4.
- Glaze, D., Frost, J., Zoghbi, H. & Percy A. (1987). Rett's syndrome: characterization of respiratory patterns and sleep. *Annals of Neurology*, 21, 377-382.
- Glaze, D., Schultz, R. & Frost J. (1998). Rett syndrome: characterization of seizures and nonseizures. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 106, 79-83.
- Gosh, A. & Pankau, R. (1996). Longitudinal study of the cognitive development of children with Williams-Beuren syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 61, 26-29.
- Hagberg, B., Goutieres, F., Hanefeld, F., Rett, A. & Wilson, J. (1985). Rett syndrome: criteria for inclusion and exclusion. *Brain Development*, 7, 372-3.
- Hagberg, B., Aicardi, J., Dias, K. & Ramos, O. (1983). A progressive syndrome of autism, dementia, ataxia, and loss of purposeful hand use in girls: Rett's syndrome: report of 35 cases. *Annals of Neurology*, 14, 471-9.
- Johnson, L. B. Comeau, M. & Clarke, K. D. (2001). Hyperacusis in Williams syndrome. *Journal of Otolaryngology*, 30 (2), 90-92.
- Kammoun, F., De Roux, N., Boespflug-Tanguy, O, Vallée, L., Seng, R., Tardieu, M. et al. (2004). Screening of MECP2 coding sequence in patients with phenotypes of decreasing likelihood for Rett syndrome: a cohort of 171 cases. *Journal of Medical Genetics*, 41, e85.
- Kamiloff, A. Grant, J. Swing, S. Carette, M. (2003). Using case study comparisons to explore genotype-phenotype correlation in Williams-Beuren syndrome. *Journal of Medical Genetics*. 40(2), 136.
- Kelley, K. (1990). Language intervention for children with Williams syndrome. Comunicación presentada en el Meeting of the National Williams syndrome Conference. Boston, M.A.

- Kerr, A., & Corbitt, J. (1994). Rett syndrome: From gene to gesture. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87, 562-566.
- Ker, A., Montague, J., Tabs, B., Ther, D. & Stephenson, J. (1987). The hands and the mind, pro- and post-regression in Rett syndrome. *Orals and Development*, 9, 487-490.
- Kerr, A. M. & Stephenson, J. B. P. (1985). Rett Syndrome in the West of Scotland. *British Medical Journal*, 291, 579-582.
- Laurvick, C. L., de Klerk, N. Bower, C. et al. (2006). Rett syndrome in Australia: A review of the epidemiology. *Journal of Pediatrics* 148, 347–352.
- Luengo S. Aranda MT. de la Fuente M.(2001). *Enfermedades raras: situación y demandas socio-sanitarias*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.
- Menghini, D., Verucci, L & Vicari, S. (2004). Reading and phonological awareness in Williams syndrome. *Neuropsychology*, 18, 29-37.
- Morris, C. A. Lenhoff, H. & Wang, P. (2006). *Williams-Beuren syndrome: Research, evaluation and treatment*, John Hopkins. Baltimore.
- Motil, K. J., Schultz, R. J., Browning, K et al. (1999). Oropharyngeal dysfunction and gastroesophageal dysmotility are present in girls and women with Rett syndrome. *Journal of Pediatrics Gastroenterology and Nutrition*. 9, 31–37.
- Muñoz Ruata J., (2004) “Enfermedades Raras y Discapacidad: aspectos psicopatológicos”. *Anales de Discapacidad y Salud Mental*, 3(1), 45-57.
- Murphy, D., Allen, G., Haxby, J. & Largray, K. (1994). The effects of sex steroids and the X chromosome, on female brain function: A study of the neuropsychology of adult Turner syndrome. *Neuropsychologia*, 32, 1309-1323.
- Nikerson, E., Greenberg, F., Keating, M. T. McCaskill, C., & Shaffer, L. G. (1995). Deletions of the elastin gene at 7q11.23 occur in approximately 90% of patients with Williams syndrome. *American Journal of Human Genetics*, 56 (5); 1156-1161.
- Oncag, A., Gunbay, S. & Palar, A. (1995). Williams syndrome. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 19, 301-304.
- Pagón, R. A. Bennet, F. C., LaVeck, B. Steward, K. B. & Johnson, J. (1987). Williams syndrome: Features in late childhood and adolescent. *Pediatrics*, 80, 85-91.
- Percy, A. K., Glaze, D. G., Schultz, R. J. et al. (1994). Rett syndrome: controlled study of an oral opiate antagonist, naltrexone. *Annals of Neurology*, 35, 464–470.

- Percy, A. K. (2008). Síndrome de Rett: Del reconocimiento al diagnóstico y la intervención terapéutica. *Expert Review of Endocrinol and Metabolism*, 3(3):327-336.
- Percy, A., Dragich, J., Schanen, N. (2003). Rett syndrome: clinical-molecular correlates. En G. Fisch (Ed), *Genetics and Genomics of Neurobehavioral Disorders* (pp 391-418). Humana Press Inc., NJ, USA.
- Pérez, L. A. (1997). Síndrome de Williams, de fenotipo al genotipo. *Anales Españoles de Pediatría*, 47, 212-227.
- Rett, A. (1996). Cerebral atrophy associated with hyperammonaemia. En P. J. Vinken, G. W. Bruyn & Klawans, H. L. (Eds), *Metabolic and deficiency diseases of the nervous system III. Handbook of clinical neurology*. Vol. 26. Amsterdam: Elsevier/North Holland Biomedical Press.
- Rondal, J. A. (2001). El lenguaje en el retraso mental. Diferencias individuales y sindrómicas y variación neurogenética. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 21(2), 46-63.
- Rondal, J. A. & Edwards, S. (1997). *Language in mental retardation*. London: Whurr.
- Sack, O. (1995). Musical ability. *Science*, 268(5211), 621-622.
- Schiber, B. (2000). Fulfilling dreams: A handbook for parents of children with Williams syndrome. Clawson, MI: Williams syndrome Association.
- Schultz, R., Glaze, D., Motil, K. et al. (1998). Hand and foot growth failure in Rett syndrome. *Journal of Child Neurology*, 13, 71-74.
- Schultz, R. J., Glaze, D. G., Motil, K.J. et al. (1993). The pattern of growth failure in Rett syndrome. *American Journal of Disabilities in Children*. 147, 633- 637.
- Simonoff, E., Bolton, P., & Rutter, M. (1996). Mental retardation: Genetic findings, clinical implications and research agenda. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 259-280.
- Sotillo, M. & Navarro, J. F. (1999). Aspectos psicológicos y cognitivos del síndrome de Williams. *Escritos de Psicología*, 3, 38-52.
- Sotillo, M. & Navarro, J. F. (1998). Síndrome de Williams: Aspectos psicobiológicos. *Psicología Conductual*, 6, 311-323.
- Tarjan I, Balaton G, Balaton P, Varbiro S, Vajo Z (2003) Facial and dental appearance of Williams syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 39, 336-338.
- Tejada, M. I. (2006). Síndrome de Rett: Actualización diagnóstica, clínica y molecular. *Revista de Neurología*, 42 (Supl 1): S55-S59 S55.

- Temple, C., Almazan, M. & Sherwood, S. (2002). Lexical skills in Williams syndrome: A cognitive neuropsychological analysis. *Journal of Neurolinguistics*, 15, 463-495.
- Tosi, B., Maestro, S. & Marcheschi, M. (1995). Cognitive and affective characteristics of children with malformation syndrome. *Minerva Pediatrics*, 47, 385-392.
- Udwin, O., Davies, M. & Howlin, P. (1996). A longitudinal study of cognitive abilities and educational attainment in Williams syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 1020-1029.
- Van Strien, J. W., Lagers-van Haselen, G. C., Van Hagen, J. M. De Coo, I. F., Frens, M. A. & Van Der Geest, J. N. (2005). Increased prevalence of left-handedness and left-eye sighting dominance in individuals with Williams-Beuren syndrome. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27(8), 967-976.
- Vicari, S., Brizzolara, D., Caelesimo, G. A., Pezzini, G. & Volterra, V. (1996a). Memory abilities in children with Williams syndrome. *Cortex*, 32, 503-514.
- Vicari, S., Carlesime, G., Brizzolara, D. & Pezzini, G. (1996b). Short-term memory in children with Williams syndrome: A reduced contribution of lexical-semantic knowledge to word span. *Neuropsychologia*, 34, 919-925.
- Wang, P. P. Y Bellugi, U. (1994). Evidence from two syndromes for dissociation between verbal and visuospatial short-term memory. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16(2), 317-322.
- Wang, P. & Bellugi, U. (1993). Williams syndrome, Down syndrome, and cognitive neuroscience. *American Journal of Diseases of Children*, 147, 1246-1261.
- Williams, J. C. P., Barrat-Boyes, B. G. & Lowe, J. B. (1961). Supravalvular aortic stenosis. *Circulation*, 24, 1311-1318.
- Witt-Engerstrom, I. (1987). Rett syndrome: A retrospective pilot study on potential early predictive symptomatology. *Brain and Development*, 9, 481-486.
- Zapelia, M. (1997). The preserved speech variant of the Rett complex: A report of 8 cases. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 23-25.
- Zeev, B. B., Yaron, Y., Schanen, N. C., Wolf, H., Brandt, N., Ginot, N. et al. (2002). Rett syndrome: Clinical manifestations in males with MECP2 mutations. *Journal of Child Neurology*, 17, 20-24.



# RESEÑAS



Volumen XXIX, Nº 1  
2010 Segunda Época





**Ribes, E. (2009). *Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo.*  
México: Trillas.**

Este interesante texto de Ribes en el área del análisis conductual es una reimpresión de su segunda edición en el año 1974, es decir, mantiene el mismo contenido y estructura que la de dicha edición.

Este texto se considera de gran relevancia dentro del análisis conductual aplicado pues le permite al lector acercarse a los conceptos básicos en el campo y a su aplicación en los sujetos con retardo en el desarrollo, presentando ejemplos e instrumentos necesarios para su intervención, sin embargo, es importante acotar que estos mismos principios y técnicas se aplican a cualquier tipo de comportamiento y no solamente a los característicos de una persona con retardo, por tal razón, la obra representa un aporte fundamental para la formación del estudiante de psicología clínica.

La obra se encuentra estructurada en dos grandes partes:

La primera parte se encuentra constituida por tres capítulos. El capítulo uno destaca la importancia del análisis funcional como técnica fundamental para determinar las causas del comportamiento, es decir, plantea todos los factores que se deben considerar tanto del individuo como del ambiente para conocer los determinantes que mantienen el comportamiento y así originar una intervención conductual. El capítulo dos presenta las técnicas para instaurar, mantener y eliminar conductas. Además de presentar la aplicación de las técnicas ofrece una importante aclaratoria conceptual y ejemplificación de los principios del análisis conductual. El tercer capítulo hace referencia a la programación conductual y expone desde cómo observar y registrar el comportamiento hasta cómo lograr el objetivo conductual.

La segunda parte de la obra también está comprendida por tres capítulos, y por sus temáticas implica necesariamente la comprensión del conocimiento aportado en la primera parte, pues es la estructuración y aplicación de los procedimientos descritos en dicha parte pero ya circunscrito a comportamientos específicos. A saber: el capítulo 4 orientado a la programación de conductas básicas, entendida como los repertorios generalizados de apoyo y a las conductas de autocuidado. El capítulo 5

aborda la programación de conducta social tanto para eliminar conductas que interfieren con un buen ajuste social (agresividad, hiperactividad, autoestimulación, berrinches) como las que facilita un buen ajuste (conducta cooperativa, contacto físico, conducta de afecto). El capítulo 6 orienta sobre la programación de conductas académicas tales como: conducta verbo vocal, escritura, lectura, identificación verbal de estímulos, transcripción, gramática, conversación y aritmética.

La obra finaliza con la sección de apéndice donde se anexa materiales complementarios que se pueden emplear en la programación conductual, además de un instructivo para la evaluación del personal de una institución especializada en retardo. Para culminar el autor recomienda algunas referencias bibliográficas tanto en análisis experimental de la conducta como en el análisis conductual aplicado para ahondar más sobre los temas tratados en los seis capítulos que comprenden la obra. Cabe destacar que debido a que como se mencionó al principio de esta reseña, este texto es una reimpresión de la edición de 1974, por tal razón, las referencias recomendadas pertenecen a los avances que se realizaron en el área del análisis conductual entre los años 1958-1974.

José Eduardo Rondón Bernard  
Instituto de Psicología  
Universidad Central de Venezuela

**Ribes, E. (2010). *Teoría de la conducta 2.*  
*Avances y extensiones.*  
México: Trillas.**

25 años después de la publicación de *Teoría de la Conducta: Un análisis de campo y paramétrico*, esta obra busca ser, como su nombre lo indica, una revisión, actualización y extensión de los planteamientos originales de Ribes. Con un discurso denso, cargado de ideas en pocas líneas y que requiere de una lectura paciente y minuciosa, Ribes desarrolla planteamientos que buscan resolver algunos de los problemas ontológicos y epistemológicos dentro del análisis conductual, orientándose hacia la discusión sobre las propiedades de la conducta que la hacen un fenómeno científico como son sus dimensiones espacio temporales.

Constituye la compilación de un conjunto de artículos teóricos que ha publicado el autor desde su primera edición de *Teoría de la Conducta* y los cuales se desarrolla una revisión de los conceptos y planteamientos originales que de una u otra manera, modifican las premisas básicas de la teoría y/o posibilitan el desarrollo de nuevas áreas de investigación. Constituye un acercamiento entre el análisis conductual y la psicología social debido a sus planteamientos sobre las funciones psicológicas de las instituciones y el lenguaje como medio de contacto convencional que posibilita la conducta social.

En su introducción Ribes explica que los avances presentados en esta obra pueden ser resumidos en tres grandes corrientes: a) el análisis diferencial y sintético de las funciones psicológicas; b) el desarrollo de un marco conceptual para el análisis del comportamiento social y el medio de contacto convencional; y c) el programa de investigación experimental derivado del modelo teórico que constituye un importante aporte metodológico. Estas tres grandes vertientes son desarrolladas en 8 capítulos, a saber:

1. Sobre el tiempo y el espacio psicológico.
2. Causalidad y contingencia.
3. Acerca de las funciones psicológicas: Un post-scriptum.
4. Dimensiones funcionales de la conducta social: consideraciones teóricas y algunos datos preliminares.

5. Conceptos, categorías y conducta: Reflexiones.
6. Un programa de investigación del comportamiento animal y humano: 15 años después.
7. Lenguaje, aprendizaje y conocimiento.
8. Estados y límites del campo: Medio de contacto y análisis molar del comportamiento: Reflexiones teóricas.

En resumen, esta obra supone una revisión teórica de conceptos dentro del análisis conductual que supone una evolución en el enfoque, una revisión de los conceptos fundamentales a la luz de las investigaciones y una mayor aproximación a la explicación de fenómenos complejos como el lenguaje y la conducta social.

Nilda Salazar  
Instituto de Psicología  
Universidad Central de Venezuela



# ÍNDICE ACUMULADO



Volumen XXIX, Nº 1  
2010 Segunda Época



# PSICOLOGIA

Revista de La Escuela de PSICOLOGIA

ÍNDICE ACUMULADO (2006 - 2010)

2006 (Segunda Época), Vol XXV, N° 1 - 2006 (Segunda Epoca), Vol.XXV, N° 2  
 2007 (Segunda Época), Vol XXVI, N° 1 - 2007 (Segunda Epoca), Vol.XXVI, N° 2  
 2008 (Segunda Epoca) Vol.XXVII, N° 1 - 2008 (Segunda Epoca), Vol.XXVII, N° 2  
 2009 (Segunda Época), Vol XXVIII, N°1 - 2009 (Segunda Época), Vol.XXVIII, N°2  
 2010 (Segunda Época), Vol XXIX, N°1 -

## ARTÍCULOS

ACOSTA, YORELIS

La dimensión psicosocial del Petróleo. — 2006, (XXV), 2, 47-63.

La protesta política en Venezuela (2001-2007). — 2007 (XXVI) 2, 74-98.

Investigar la realidad sociopolítica: un aporte desde la cátedra de Estructura Social Venezolana. — 2009 (XVIII), 1, 83-96.

ALBANO, DEANNA

El Arte, un elemento como parte de un modelo: El mosaico de atención, como propuesta en las estrategias de atención a niños en situación de calle. — 2009 (XXVIII), 2, 10.

ALVARADO, JESÚS

[ver] Chacón Edixon

ALVARADO, MILAGROS / BUENO, REINA / KRIVOVY, FRANCIS

Nivel de psicopatía, funcionamiento cognitivo y de la personalidad en hombres homicidas según el tiempo de reclusión. — 2006, (XXV), 2, 20-46.

ÁLVAREZ, DARLING / ANDRADE, LETTYS

Aproximación a la visión de familia en un grupo de homosexuales caraqueños. — 2010, (XXIX), 1, 74.

ANDRADE, LETTYS

[ver] Álvarez, Darling

- AULÍ, CECILIA / DELGADO, JUELITH  
 Voces de niños, niñas y adolescentes de Caracas acerca de sus interacciones psicosociales. — 2009, (XXVIII), 1, 61-82.
- BRANDO, MARIÁN / VALERA, JOSÉ MIGUEL / ZARATE, YUBIZA  
 Estilos de apego y agresividad en adolescentes. — 2008, (XXVII), 1, 16-42.
- CAMARA, DANIELA / IACONO, VANESA / LADERA, GERLINE  
 Las nuevas socialidades post modernas: aproximación a las tribus urbanas graffiteras. — 2008 (XXVII), 2, 34-57.
- CAMPAGNA LLVA  
 [ver] Ferreira Aline
- CAMPO, KAREN / RODRÍGUEZ, MARÍA / TRIAS, LUCILA  
 Actitudes de los estudiantes universitarios hacia la homosexualidad. — 2008 (XXVII), 2, 91-122.
- CARDOZO, CARMEN SUSANA / PORRAS, DANIEL / CONTRERAS, ESTHER  
 Relación entre la intensidad del dolor y las variables sexo y edad en sujetos con dolor crónico. — 2010, (XXIX), 1, 120.
- CARPINTERO, HELIO (INVITADO ESPECIAL)  
 Psicología, ciencia y profesión en el último cuarto de siglo. — 2007, (XXVI), (1), 110-125.
- CARPIO BAEZ, JUAN C.  
 [ver] León Indriago, Octavio
- CHACÓN, EDIXON / ALVARADO, JESÚS  
 Evaluación de las actitudes que definen la participación política. — 2007 (XXVI), 1, 6-21.
- COLMENARES MARÍA  
 [ver] Ferreira Aline
- CONTRERAS, ESTHER  
 [ver] Cardozo, Carmen Susana
- CONTRERAS, LUCRECIA / MARTÍN, EMMA / PLATA, GYSELL / LAZO, AINHOA / LÓPEZ, CARMELINA / INGALA, LIBORIO / GUEVARA, MARCO  
 Factores psicosociales que afectan la asistencia a jornadas de pesquisa de vph y cáncer de cuello uterino en mujeres del municipio Macapo-Venezuela. — 2010, (XXIX), 1, 59.
- CRONICK, KAREN Y COLABORADORES  
 Informe sobre la intervención psicosocial en la calle La Peta. — 2008, (XXVII), 1, 43-61.
- CUBILLOS, LILIANA  
 La noción de justicia en la infancia y adolescencia: una visión constructivista y evolutiva. — 2006 (XXV), 1, 77-96.

- DE JESUS, MARITZA / ORDÁZ, MARIA GABRIELA  
El significado del trabajo: estudio comparativo entre jóvenes empleados y desempleados. — 2006 (XXV), 2, 64-77.
- DELGADO, JUELITH  
[ver] Aulí, Cecilia
- DI DOMENICO, ROSA  
Familias separadas y apego. — 2006 (XXV), 2, 6-19.  
La experiencia familiar de niños provenientes de hogares intactos con sus padres separados. — 2008 (XXVII), 1, 62-88.
- FERNÁNDEZ, MA. PAZ / PUENTE, ANÍBAL  
Perfil psicológico de los síndromes Rett y Williams. — 2010, (XXIX), 1, 149.
- FERREIRA, ALINE / CAMPAGNA, ILVA / COLMENARES, MARÍA / SUAREZ, JOSELIN  
Indicadores neuropsicológicos de evolución a demencia tipo Alzheimer en pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo leve. — 2008 (XXVII), 2, 9-33.
- FOWLER, CLARKE (INVITADOS ESPECIALES)  
Comparando las perspectivas de Piaget y Vygotski sobre el desarrollo y la educación. — 2006, (XXV), 1, 116-152.
- GIL NAVARRO, ARMANDO  
Aproximación al concepto de proceso en psicología. — 2007, (XXVI), 2, 6-30.
- GUERRA, SARINA / ROMERO, YAMILETH  
Efectos del psicodrama sobre los niveles de Burnout en personal de enfermería de terapia intensiva del Hospital Universitario de Caracas. — 2009, (XXVIII), 2, 70.
- GUEVARA, MARCO  
[ver] Contreras, Lucrecia
- IACONO VANESA  
[ver] Cámara, Daniela
- INGALA, LIBORIO  
[ver] Contreras, Lucrecia
- IZZEDIN, ROMINA  
La maternidad en la prematuridad: a propósito de dos casos clínicos. — 2009 (XXVIII), 1, 99-110.
- JIMÉNEZ, ANA LAURA / PANTOJA, VANESA  
Autoestima y relaciones interpersonales en sujetos adictos a Internet. — 2007, (XXVI) 1, 78-89.
- KRIVOV, FRANCIS  
[ver] Alvarado Milagros  
[ver] Riquelme, Juan

LACASELLA, ROSA

Tendencias actuales en psicología clínica infantil desde la perspectiva conductual. — 2009, (XXVIII), 2, 551.

LADERA GERALDINE

[ver] Cámara, Daniela

LAстра, CINERET / MORENO, ZOILA / PRIETO, PURIFICACIÓN / SARDIÑAS, CARLOS

Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales. — 2010, (XXIX), 1, 99.

LAZO, AINHOA

[ver] Contreras, Lucrecia

LEÓN INDRIAGO, OCTAVIO / CARPIO BÁEZ, JUAN C.

El papel de los estilos cognitivos gerenciales en la escogencia de supervisores y compañeros de equipo. — 2007 (XXVI), 1, 32-56.

LÓPEZ, CARMELINA

[ver] Contreras, Lucrecia

MARTÍN, EMMA

[ver] Contreras, Lucrecia

MELLE, NATALIA / JIMÉNEZ, VIRGINIA / PUENTE, ANÍBAL

Intervención en el déficit de comprensión lectora y expresión verbal tras un accidente cerebrovascular. Caso clínico. — 2007, (XXVI), 2, 100-127.

MILLER, GEORGE (INVITADO ESPECIAL)

La revolución cognitiva: una perspectiva histórica. — 2006, (XXV), 2, 64 79-88.

MOISÉS, ANA / NAVAS, IZAMAR / PAZ CASTILLO, ADRIANA

Programa de intervención para el mejoramiento de las habilidades sociales en niños y niñas obesos con edades entre 8 y 11 años: un estudio de casos. — 2009 (XXVIII), 1, 23-40.

MORA, CAROLINA

Introspección: pasado y presente. — 2007 (XXVI), 2, 59-73.

MORA, LEONOR

[ver] Recagno-Puente, Iliana

MORENO, ZOILA

[ver] Lastra, Cineret

NAVAS, IZAMAR

[ver] Moisés, Ana

ORANTES, ALFONSO

¿Niños con dificultades de aprendizaje o ambientes educativos con deficiencias de enseñanza? — 2007 (XXVI), 1, 22-32.

ORDÁZ, MARÍA GABRIELA

[ver] De Jesús Maritza

- OTÁLORA, CRISTINA  
[ver] Recagn-Puente, Iliana
- PADRÓN, MIGUEL A.  
Violencia carcelaria II. — 2008 (XXVII), 2, 78-90.
- PADRÓN, MIGUEL  
La violencia carcelaria. — 2006 (XXV), 1, 97-113.
- PANTOJA, VANESA  
[ver] Jiménez, María Luisa
- PANTOJA, VANESSA  
[ver] Jiménez, Ana L.
- PAREDES, MARY  
[ver] Parisi, Adriana
- PARISI, ADRIANA / PAREDES, MARY  
Diseño, construcción y validación de una escala de postergación activa y pasiva en el ámbito laboral. — 2007 (XXVI), 2, 31-58.
- PÁYER, MARIÁNGELES  
Características de personalidad asociadas a estudiantes de permanencia prolongada. — 2010, (XXIX), 1, 15.
- PAZ CASTILLO, ADRIAN  
[ver] Moisés, Ana
- PÉREZ JIMÉNEZ, CESAR (INVITADO ESPECIAL)  
Psicología y educación para el diálogo pedagógico socio-político. — 2008 (XXVII), 1, 89-111.
- PLATA, GYSELL / TAMPOA, AURA / RUSSOTTO, VINCENZO / ROSALES, SALOMÉ  
Influencia de las Estrategias motivacionales en la actitud hacia la educación sexual. — 2010, (XXIX), 1, 45.
- PLATA, GYSELL  
[ver] Contreras, Lucrecia
- PLATONE, MARÍA LUISA  
El enfoque ecosistémico en terapia de familia y de pareja. — 2007 (XXVI), 1, 57-77.
- PORRAS, DANIEL  
[ver] Cardozo, Carmen Susana
- PRIETO, PURIFICACIÓN  
[ver] Lastra, Cineret
- PSYJÉ, BARBARA  
[ver] Rondón José E.
- PUENTE, ANÍBAL  
[ver] Fernández, Ma. Paz

RANCEL, ANA LISETT

Nuevas habilidades en nuevos contextos: TIC y formación docente. — 2008 (XXVII), 2, 58-77.

RECAGNO-PUENTE, ILEANA / OTÁLORA, CRISTINA / MORA, LEONOR

Género Adolescencia en Familias Populares. — 2006 (XXV) 1, 5-28.

RIQUELME JUAN J. / KRIVOVY, FRANCIS

Estudio normativo de las variables estructurales del sistema comprensivo de Exner para el Rorschach en la población de Caracas. — 2008, (XXVII), 1, 7-15.

ROCA, MARÍA JESÚS

[ver] Rondón José E.

RODRÍGUEZ, MARÍA

[ver] Campo, Karen

ROMERO, YAMILETH

[ver] Guerra, Sarina

RONDÓN, JOSÉ E. / PSYJÉ, BARBARA / ROCA, MARÍA JESÚS

Validación social del programa de rehabilitación neuropsicológica de los procesos mnésicos “NeuPromne” en pacientes con demencia tipo Alzheimer. — 2009, (XXVIII), 2, 104.

ROSALES, SALOMÉ

[ver Plata, Gysell]

RUSSOTTO, VINCENZO

[ver] Plata, Gysell

SALAZAR, NILDA / URDANIBIA, AMAIA

Elaboración y plicación de un instrumento para determinar la adhesión al tratamiento y factores asociados en pacientes con presión arterial elevada (PAE). — 2006 (XXV), 1, 29-60.

SÁNCHEZ, EUCLIDES

La alianza universidad comunidad: un vínculo necesario para el fortalecimiento mutuo. — 2006 (XXV), 1, 61-76.

SARDIÑAS, CARLOS

[ver] Lastra, Cineret

SARDIÑAS, CARLOS

Interés cognoscitivo. Propuesta de evaluación en el aprendizaje de la cirugía general. — 2007 (XXVI), 1, 90-109.

SUÁREZ, JOSELIN

[ver] Ferreira, Aline

SULBARÁN, DIMAS

Selección de personal y grupos contraculturales. La mirada por parte de una muestra de evaluadores en selección de personal del área Metropolitana de Caracas. — 2009 (XXVIII), 2, 26.

TAMPOA, AURA

[ver] Plata, Gysell

TRÍAS LUCILA

[ver] Campo, Karen

URDANIBIA, AMAIA

[ver] Salazar, Nilda

URDANIBIA, AMAIA

Error de Medición. — 2009 (XXVIII), 1, 41-59.

VALERA, JOSÉ MIGUEL

[ver] Brando Maríán

VILLALOBOS, MARTÍN

A nuestros maestros y maestras: Auristela Ballesteros. — 2009 (XVIII), 1, 17-20.

ZARATE YUBITZA

[ver] Brando, Maríán

**RESEÑAS**

ALDAZORO, RICARDO

Ormrod, J. E. (2005). *Aprendizaje Humano* (4ª Edición) Madrid, España: Pearson Educación. — 2008, (XXVII), 1, 115-116.

ARROCHA MARIO

Hogan, T. (2004). *Pruebas Psicológicas: una Introducción Práctica*. D.F., México: Manual Moderno. — 2008 (XXVII), 2, 123-124.

BEHLAU, MARA

Melle, N. (2007). *Guía de intervención logopédica en la disartria*. Madrid, España: Síntesis. — 2007, (XXVI), 2, pp. 128-129.

CUBILLOS LILIANA

Santrockm, J. (2007). *Desarrollo Infantil*. DF. México: McGraw Hill. — 2007 (XXVI), 1. 130.

DOS SANTOS FÁTIMA

Pérez López, C. (2005). *Métodos estadísticos avanzados con SPSS*. Madrid, España: Thompson Paraninfo. — 2008, (XXVII), 1, 113-114.

DOS SANTOS, FÁTIMA

Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999) *Análisis Multivariante*, Madrid, España: Prentice Hall Iberia. — 2006, (XXV), 1, 154-155.

FERREIRA, ALINE

Plante, T. (2005). *Contemporary clinical psychology*. (2nd Ed). New York, USA: John Wiley and Sons Inc. — 2007, (XXVI), 1, 128-129.

FRIEDMAN, SILVIA

Rodríguez, P. (2005). *Hablan los tartamudos*. Caracas. Vice-Rectorado Académico y Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela. — 2009, (XVIII), 1, 115-116.

GARCÍA, EMILIO

Puente Ferreras, A., Jiménez Rodríguez, V. y Alvarado Izquierdo, J. Mª. (2009). *Escola: Escala de Conciencia Lectora*. Madrid: EOS. — 2009, (XXVIII), 2, 125.

PALACIOS, TOMÁS

Torres, A. (2009). *La herencia de la tribu: del mito de la independencia a la Revolución Bolivariana*. Caracas: Editorial Alfa. — 2009, (XXVIII), 2, 131.

PÁYER, MARIÁNGELES

Shaughnessy, J., Zechmeister, E. y Schaughnessy, J. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología* (7ª Ed), D.F. México, McGraw Hill. — 2009, (XVIII), 1, 113-116.

REVISTA PSICOLOGÍA

*Trabajos Especiales de Grado presentados en el período 2005-2 con mención publicación*. — 2006, (XXV), 1, 158-159.

RONDÓN, JOSÉ E.

Emilio Ribes Iñesta. Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo. — 2010, (XXIX), 1, 171.

SALAZAR, NILDA

Teoría de la Conducta 2. Avances y Extensiones. — 2010, (XXIX), 1, 173.

SANTORO, EDUARDO

Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, L. (2006). Metodología de la Investigación (4ta Edic). DF, México: McGraw Hill.. — 2006, (XXV), 2, 95.

Hernández, G. (2006) Seis Antenas para pensar la Televisión. Caracas, Venezuela: Fundación Centro Gumilla, Universidad Católica Andrés Bello.. — 2007, (XXVI), 2, 130-131.

Velasco, P. (2007). Psicología y creatividad: una revisión histórica. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial de Humanidades. Universidad Central de Venezuela.. — 2007, (XXVI), 2, 132.

Weiner, I. B.(Editor principal) (2003). Handbook of Psychology. Hoboiken, New Jersey, USA: John Wiley & Sons.. — 2008, (XXVII), 1, 117-118.

SOJO VÍCTOR

Peña, G., Cañoto, Y. y Santalla, Z. (Eds.) (2006). Una Introducción a la Psicología. Caracas: Publicaciones U.C.A.B.. — 2006, (XXV), 2, 96.

Landero, R. y González, M. (Eds) (2006). Estadística con SPSS y metodología de la investigación. D.F., México: Trillas.. — 2008, ( XXII), 2, pp. 127-129.

SULBARÁN DIMAS

Saforcada, E., Cercone, N., Castella, J. Lapalma, A., y De Lellis, M. (Compiladores) (2007) Aportes de la psicología comunitaria a problemática de la actualidad latinoamericana. Buenos Aires, Argentina: JVE Ediciones.. — 2008, (XXVII), 2. 125-126.

URDANIBIA, AMAIA

Pardo, A. y Ruíz A. (2005). Análisis de datos con SPSS 13 Base. Madrid, España: McGraw Hill.. — 2007, (XXVI), 1, 127.

VILLALOBOS, MARTÍN

Benveniste, D. (2005). Psychological Perspectives on Everyday Life, Caracas: Autor.. — 2006, (XXV), 2, 90-94.

ZARAGOZA, JOANMIR

Raczynski, J. y Leviton, L. (Eds) (2004). Handbook of Clinical Health Psychologyt (Vol. 2). Washington, U.S.A.: American Psychological Association.. — 2006, (XXV), 1, 156.





# NORMAS DE PUBLICACIÓN



Volumen XXIX, Nº 1  
2010 Segunda Época



## NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. La revista de Psicología acepta propuestas de publicación sobre investigaciones en tópicos relacionados con la disciplina y área afines; documentos elaborados por individuos, comisiones o equipos de trabajo sobre temas específicos; ponencias o trabajos libres presentados en eventos nacionales o internacionales; monografías y reseñas de libros o revistas.
2. El investigador interesado en publicar deberá remitir a la revista un ejemplar en versión electrónica, debidamente identificado con el título del artículo en español e inglés, título abreviado del artículo en español, nombre del autor o coautores, dependencia o institución a la que pertenece, dirección y correo electrónico en la primera página. En la segunda página debe presentar un resumen no mayor de 120 palabras, con un número de 4 a 6 palabras claves, en español e inglés. El material debe ser remitido en su versión final, ya que una vez evaluado y aceptado, el autor solo podrá realizar los cambios recomendados por los árbitros.
3. En cuanto al estilo (forma de hacer citas, referencias, presentación de tablas, gráficos y figuras, entre otros aspectos), deberá ceñirse a lo establecido por las normas prescritas en el manual de la APA [American Psychological Association (2002) *Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association*. México: El Manual Moderno]. El trabajo debe ser impreso en papel tamaño carta (22 x 28 cm.), escrito a doble espacio, fuente Times New Roman 12, sin tabuladores, margen de 2 cm en cada uno de los lados de la página, con una cantidad no mayor de 35 páginas.
4. Las citas de materiales bibliográficos en el texto deberán incluir el apellido del autor y el año de publicación, ambos entre paréntesis; si el nombre es parte de la narración sólo se debe incluir la fecha entre paréntesis. Cuando la cita tiene más de dos autores y menos de seis presente todos los nombres la primera vez, poniendo en las siguientes el nombre del primer autor seguido de “et al.”; cuando la cita sea de seis o más autores coloque siempre el primer nombre seguido de “et al.” En el caso de varios trabajos del mismo autor/es para un mismo año se deben incluir las letras a, b, c,.. luego del año. Cuando se presenten dos o más referencias seguidas deben ordenarse alfabéticamente.

5. Las referencias de deben listar alfabéticamente, incluyendo todos los trabajos citados en el texto, considere los ejemplos siguientes:

Libros: Autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto; cuando hay varios autores se separan con coma, colocando antes del último “y”); año (entre paréntesis) y punto; título completo en cursiva y punto; ciudad de edición y dos puntos; editorial.

Capítulos de libro: Autor (es) del capítulo; año; título del capítulo; nombre de los directores/compiladores del libro, poniendo las iniciales del nombre y el apellido (en ese orden), y anteponiendo a todo ello “En”; la abreviatura “Ed.”(s) / “Comp.”(s) entre paréntesis; título del libro en cursiva; página inicial y final del capítulo entre paréntesis, anteponiendo la abreviatura “pp.”; ciudad de edición seguida de dos puntos; editorial.

Revistas: Autor (es); año; título del artículo y punto; nombre completo de la revista en cursiva y coma; volumen en cursiva (sin que aparezca la expresión “volumen” o “vol.”) y coma; número entre paréntesis; página inicial y final del artículo.

De existir cualquier duda se debe referir el manual de la APA (2002)

6. Los artículos recibidos para ser publicados serán arbitrados. El Comité Editor someterá los manuscritos a la consideración de por lo menos dos expertos en el área, mediante el procedimiento de pares ciegos. En un plazo no mayor a 3 meses el autor recibirá respuestas respecto al estatus de su trabajo.
7. Los árbitros deberán evaluar la coherencia interna de la revisión bibliográfica/problemática planteada; precisión en la terminología empleada y uso de herramientas metodológicas y estadísticas; consistencia entre la bibliografía, el método y los resultados; relevancia y aporte del trabajo al área.
8. Los autores de los trabajos publicados recibirán tres (3) ejemplares gratis de la revista y la versión electrónica de su artículo.
9. Lo no previsto en estas normas, será resuelto por el Consejo Editor.

Esta publicación fue financiada por la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela. Se terminó de imprimir en la ciudad de Caracas en el mes de julio de 2011. Para su composición se utilizaron las fuentes de la familia tipográfica Times New Roman, impreso en papel Bond y constituye un tiraje de 500 ejemplares.