IPaE
Subjetividades y Vínculos

CONGRESOS PI
Promoviendo la Investigación

SUBJETIVIDADES Y VÍNCULOS: PERSPECTIVAS INTEGRADORAS

SUBJETIVIDADES Y VÍNCULOS: PERSPECTIVAS INTEGRADORAS (LIBRO COORDINADO)

ISBN: 978-628-95101-6-4

Subjetividades y vínculos: Perspectivas integradoras

1ª ed. – Colombia - 834 páginas

21 x 29.7 cm

ISBN DIGITAL: 978-628-95101-6-4

1. Conocimiento 2. Educación Adultos

3. Psicología 4. Salud Mental 5. Sexualidad

Derechos exclusivos de edición reservados para todo el mundo:

© Congresos PI

© Sello Editorial: Editorial Congresos PI – Editorial PI

© Editora: Liliana Andrea Calderón Garzón

© Diseño y Artes de Tapas: Mayerly Ruiz Chávez

ISBN DIGITAL: 978-628-95101-6-4

Colombia

2024

Ninguna parte de esta obra, incluyendo su diseño de cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en forma alguna ni por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, químico, por fotocopia, grabación o cualquier otro método, sin la autorización previa y por escrito de los titulares de los derechos. Cualquier incumplimiento de esta disposición podrá ser considerado una violación a la legislación vigente sobre propiedad intelectual y derechos de autor, con las consecuencias legales correspondientes.

CRÉDITOS

CAPÍTULO SALUD MENTAL

Francisca Alvarado
Marisol Bejarano Peláez
Juliana Bezerra Lima-Verde
Liliana Andrea Calderón Garzón
Luis Cevallos-Terneus
Nery Esperanza Cuevas Ocampo
Beatriz Galván Martínez
Karol Nathalia Lara Espinosa
Jhony Alberto Moreno Requena
Melissa Judith Ortiz Barrero
Solimar Pérez Torres
Eduardo Pino
Diana Cecilia Puentes Puentes
Nathalia Quiroz Del Pozo
José Serra Taylor
Jair Soares dos Santos
Minerva Vanegas-Farfano
Jasmín Vargas
Rosa D. Zamudio G.

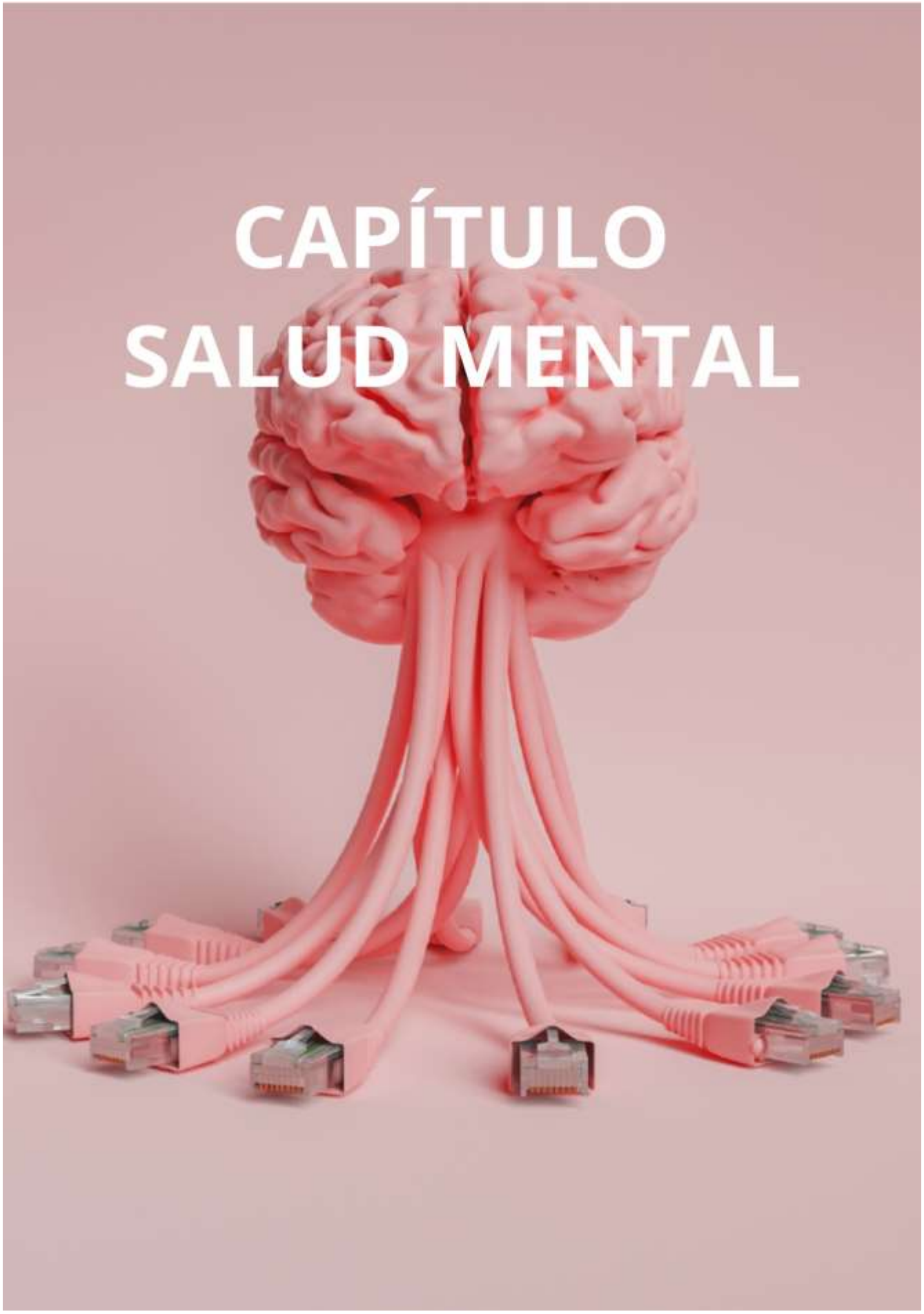
CAPÍTULO SEXUALIDAD

Juanita Bejarano Celis
Sandra Luz Espinosa Zamudio
Ángela Gisselle Lozano Ruiz
Ángela Yaneth Molina Viafara
Melissa Judith Ortiz Barrero
Laura Melisa Palacios García
Diana Cecilia Puentes Puentes
Santiago Naranjo Padilla
Nathalia Quiroz Del Pozo
Graciela Ramírez I

ISBN: 978-628-95101-6-4

CRÉDITOS 4
CAPÍTULO SALUD MENTAL 6
CAPÍTULO SEXUALIDAD 630

CAPÍTULO
SALUD MENTAL



ISBN: 978-628-95101-6-4

TABLA DE CONTENIDO CAPITULO SALUD MENTAL

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR DEL CAUCA **9**

KAROL NATHALIA LARA ESPINOSA 9

CICATRICES INVISIBLES EN EL ALMA: EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS DESASTRES NATURALES **49**

LILIANA ANDREA CALDERÓN GARZÓN 49

DESAFECCIÓN POR LA PARENTALIDAD **110**

NERY ESPERANZA CUEVAS OCAMPO 110

DOLOR EN ADULTO MAYOR: ABORDAJE CONCEPTUAL EN CALIDAD DE VIDA, ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y BIENESTAR SUBJETIVO **131**

EDUARDO PINO 131
FRANCISCA ALVARADO 131
JASMÍN VARGAS 131

EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE REPROCESAMIENTO GENERATIVO (TRG) EN LA FIBROMIALGIA: UN ESTUDIO DE CASO **171**

JAIR SOARES DOS SANTOS 171
JULIANA BEZERRA LIMA-VERDE 171

ZAMUDIO: EL ACOSO ESCOLAR ES UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL PÚBLICA **207**

ROSA DEISY ZAMUDIO GONZÁLEZ 207

EVALUACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES DE CUNDINAMARCA MEDIANTE EL VIOLENTOMETRO **227**

MELISSA JUDITH ORTIZ BARRERO 227
MARISOL BEJARANO PELÁEZ 227

GASLIGHTING: DESMONTANDO EL ESPEJO DEFORME **264**

LILIANA ANDREA CALDERÓN GARZÓN 264

LA EVALUACIÓN SOBRE EL ACOSO Y HOSTIGAMIENTO SEXUAL HACIA LA MUJER EN EL ÁMBITO DEPORTIVO **337**

MINERVA VANEGAS-FARFANO 337

LA TRÍADA PSICOLÓGICA DEL AMOR: ESQUEMAS COGNITIVOS, MITOS Y DEPENDENCIA EMOCIONAL **357**

NATHALIA QUIROZ DEL POZO 357

CAPITULO SALUD MENTAL

ZAMUDIO: LENGUAJE INCLUSIVO E INCLUYENTE EN LA EQUIDAD DE GÉNERO **390**

ROSA DEISY ZAMUDIO GONZÁLEZ 390

MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CASIS: UNA HERRAMIENTA PARA PROFESIONALES DE AYUDA EN LAS UNIVERSIDADES **404**

JOSÉ SERRA TAYLOR 404
SOLIMAR PÉREZ TORRES 404

PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y CREENCIAS SOBRE LAS DROGAS DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA Y UNIVERSITARIOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO **438**

JHONY ALBERTO MORENO REQUENA 438

PROBLEMAS PSICO-SOCIALES Y CENTROS PENITENCIARIOS EN EL ECUADOR **471**

LUIS CEVALLOS-TERNEUS 471

SALUD EMOCIONAL DE LOS ORGANISMOS DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS **496**

DIANA CECILIA PUENTES PUENTES 496
MARISOL BEJARANO PELÁEZ 496

TEPT DEBIDO A VIOLENCIA OBSTÉTRICA. ACOMPAÑANDO DESDE EMDR **524**

BEATRIZ GALVÁN MARTÍNEZ 524

RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO PARA PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA **569**

ÁNGELA GISSELLE LOZANO RUIZ 569

TERAPIA DE REPROCESAMIENTO GENERATIVO (TRG): UNA PERSPECTIVA INTEGRAL EN SALUD MENTAL **588**

JAIR SOARES DOS SANTOS 588
JULIANA BEZERRA LIMA-VERDE 588

ISBN: 978-628-95101-6-4

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR DEL CAUCA

PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS AND MENTAL HEALTH IN HIGHER EDUCATION STUDENTS IN CAUCA

Karol Nathalia Lara Espinosa
Fundación Universitaria de Popayán
Grupo de Investigación COGNOSER
Colombia

Investigación Mixta

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal examinar la influencia de las variables sociodemográficas en el estado de salud mental de estudiantes universitarios, enfocándose específicamente en los niveles de depresión, ansiedad y estrés. Dada la alta prevalencia de estos trastornos en jóvenes según la Organización Mundial de la Salud y su impacto en el desarrollo normal de os sujetos. La investigación está en curso, actualmente se aplicaron los instrumentos DASS-21 y un formulario sociodemográfico a través de Google Forms, los datos recolectados fueron analizados mediante el software

IBM SPSS versión 27. Este análisis estadístico permitió examinar los niveles de ansiedad, depresión y estrés reportados, así mismo, se logró identificar una relación de estas patologías con las variables género, víctimas de algún tipo de violencia, asistencia a consulta psicológica, asistencia a consulta psiquiátrica, víctimas del conflicto armado y una correlación inversa con la edad.

PALABRAS CLAVES

Estudiantes Universitarios, Depresión, Ansiedad, Estrés, Salud mental, Características sociodemográficas.

ABSTRACT

The main objective of the present study was to examine the influence of sociodemographic variables on the mental health status of university students, focusing specifically on the levels of depression, anxiety and stress. Given the high prevalence of these disorders in young people according to the World Health Organization and their impact on the normal development of the subjects. The research is in progress, currently the DASS-21 instruments and a sociodemographic form were applied through Google Forms, the data collected were analyzed using the IBM SPSS software version 27. This statistical analysis allowed examining the levels of anxiety, depression and stress reported, likewise, it was possible to identify a relationship between these pathologies and the variables gender, victims of some type of violence, attendance to psychological

consultation, attendance to psychiatric consultation, victims of the armed conflict and an inverse correlation with age.

KEYWORDS

College students, Depression, Anxiety, Stress, Mental health, Sociodemographic characteristics.

INTRODUCCIÓN

La Salud mental (SM) actualmente es una problemática de salud pública debido a la repercusión en el desempeño mental y emocional, la Organización Mundial de la Salud (2022) refiere que la SM es una dimensión que comprende aspectos el bienestar en el funcionamiento del individuo promoviendo capacidades de respuestas adaptativas ante las diferentes situaciones de la vida, aportando al crecimiento tanto a nivel personal, como social. Arevalo-Lara y Palacios (2023) mencionan que “La salud mental es un tema cada vez más relevante en el campo académico, con un enfoque particular en la educación superior” (p.232). La ansiedad, el estrés y la depresión son los problemas mentales de mayor recurrencia en los universitarios, y esto se puede atribuir a la imposición que desafían para mantenerse en los elevados estándares académicos (Pérez - Pérez et al. 2022). Lo anterior, puede desatar “inestabilidad en la salud mental de los estudiantes” (Arevalo-Lara y Palacios, 2023)

CAPITULO SALUD MENTAL

Dentro de las Instituciones de Educación Superior –IES–, la SM determina un rol relevante en la calidad de vida y el bienestar de los universitarios; actualmente la SM de los universitarios es un tópico primordial tanto para los docentes como para los directivos de las IES, dado que puede presentarse como un limitante para lograr potenciar sus competencias profesionales y sociales. Los estudiantes pueden desarrollar conductas de riesgo que desencadenarían en problemas y/o trastornos mentales.

Ferreyra et al. (2017) plantea que se ha presentado un incremento en la población de los jóvenes universitarios en Latinoamérica y el Caribe; actualmente hay 20 millones de estudiantes universitarios. En Colombia, el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior – SNIES– (2022), plantea que “para 2021 la matrícula total en educación superior fue de 2.448.271 estudiantes, lo que representa un aumento del 3,93% respecto a 2020” (párrafo 2); lo que indica que cada vez son más los jóvenes que acceden a las universidades colombianas. Es decir, que las comunidades universitarias cuentan actualmente con un gran número de estudiantes, que pueden estar sufriendo una afectación en su salud mental.

Es importante reconocer que a nivel global existen 970 millones de personas que presentan un trastorno mental prevaleciendo la depresión y la ansiedad (OMS, 2022). Es así que de manera global se ha venido realizando una caracterización frente a los procesos que afectan la vida y la SM de los estudiantes de las IES alcanzando una afectación en el bienestar integral. Molina y Rojas (2019) afirman que en la educación superior existe un malestar, donde se distingue la sobrecarga académica, el estrés y las dificultades en el estado mental; lo cual ha generado temas de preocupación por parte

ISBN: 978-628-95101-6-4

de las comunidades universitarias, reconociendo que los universitarios presentan declives en el proceso de su formación académica.

Auerbach et al. (2018) plantea que son cada vez más las universidades de todo el mundo que se enfrentan a tasas crecientes de trastornos mentales y, en muchos casos, la demanda de servicios en el campus supera con creces los recursos disponibles. Silva y De la Cruz (2017) refieren que los estudiantes de educación superior son “más propenso(s) a presentar trastornos del estado de ánimo, conductas destructivas, estrés, ansiedad y depresión como consecuencia de la presión académica, la proximidad de la adolescencia, las relaciones sentimentales y el bajo poder adquisitivo” (p.4).

La afectación en la SM en los estudiantes puede desencadenar una variedad sintomatológica significativa en diferentes áreas de su vida, alcanzando a desarrollar un trastorno mental en donde se destaca la angustia y la sensación de presentar riesgo en su integridad física y mental, en este último se manifestaría a través de un diagnóstico patológico como ansiedad, depresión o estrés con respecto a su bienestar mental; es así, que desde una base clínica se hace énfasis en los distintos fenómenos tanto externos como internos que presentan incidencia en el estado mental (OMS, 2022).

En este sentido, las variables de riesgo en estudiantes universitarios con relación a la ansiedad, depresión y estrés dependen de su gravedad, dentro de los cuales se presentan variables contextuales como el traslado diario que realiza el alumno para recibir sus clases; dar inicio a su formación profesional sin contar con la red de apoyo familiar, dado que se encuentra presentando sus estudios de educación superior en una ciudad ajena a su procedencia, de modo que requiere una adaptación integral

desencadenando en su proceso un posible desequilibrio; además, las cargas extracurriculares como la vida laboral, su rol como integrante de una familia, el cuidado de sus parientes, disfunción familiar, ya sea que se estructure en un nivel moderado o grave; igualmente, poseer problemas económicos o haber vivido algún tipo de experiencia traumática puede incidir directamente en la salud mental, además se encuentran variables intrapersonales como el consumo de bebidas embriagantes y/o de sustancias psicoactivas, enfrentar un duelo debido a una ruptura amorosa, la pérdida de un ser cercano y desde un enfoque biológico poseer antecedentes familiares con el mismo diagnóstico (Arévalo y Freire, 2013).

En las –IES– es conocida la prominencia de depresión y sus variantes nosológicas, dentro de ella, se da una variedad de las llamadas conductas suicidas (Alarcón, 2019). Una de las preocupaciones más grandes a nivel de la SM en los universitarios es el suicidio, que es un problema global; “en los últimos 45 años la tasa de suicidio ha incrementado en un 60% a nivel mundial” (Organización Panamericana de Salud – OPS-, 2014, párrafo 3). En este sentido, los estudiantes de educación superior se clasifican en su mayoría como adolescentes/adultos jóvenes, en estas edades, suele existir un alto riesgo de conducta suicida. Los jóvenes universitarios se enfrentan a “estresores académicos, financieros y sociales que podrían afectar de manera negativa su SM” (Dusselier et al, 2005, p.25), por lo tanto, existen factores sociales, psicológicos y culturales que pueden acarrear un comportamiento suicida, empero, debido a la estigmatización sobre la SM que aún existe en la sociedad “muchos sienten que no pueden pedir ayuda” (Alarcón, 2019, p. 21).

ISBN: 978-628-95101-6-4

Es importante brindar un enfoque a esta emergencia sanitaria que tuvo impacto a nivel global, en Colombia, el primer caso se descubrió el 6 de marzo de 2020, sin embargo, el 11 de marzo de 2020, la OMS enunció la emergencia sanitaria por la transmisión del virus SARS-CoV-2, la cual produjo la ejecución de protocolos sanitarios para reducir las consecuencias de la enfermedad causada, entre ellos la cuarentena y, con ello, el distanciamiento social (Merchán-Villafuerte et al. 2024). Los protocolos que dieron lugar a una afectación en la vida rutinaria, aumentando desproporcionadamente emociones negativas "como la impotencia, inquietud, ansiedad, depresión, falta de sueño, desesperanza, indignación y pavor" (Merchán-Villafuerte et al. 2024, p. 3472). En los estudiantes universitarios la pandemia logró afectar su nivel psicosocial, pues esta comunidad tenía expectativas de progresar por medio de la educación, sin embargo, "el contexto vivido los golpeó fuerte en sus aspiraciones; la situación social, cultural y económica generó en los jóvenes trastornos psico-emocionales" (Merchán-Villafuerte et al. 2024, p. 3474).

Es importante considerar que, según la OMS (2022) en el 2019 casi mil millones de personas estaban afectadas por un trastorno mental. Una de las consecuencias más graves de dichas afectaciones son los suicidios, los cuales, para la fecha habían "más de una de cada 100 muertes y el 58% de ellos ocurrían antes de los 50 años de edad" (párrafo 4). Como causas importantes de los trastornos mentales están los abusos sexuales en la infancia, el acoso, además de la inequidad social y económica, y las emergencias de salud pública como el Covid-19, los conflictos armados y las crisis climáticas, entre otras, las cuales, se encuentran entre las amenazas estructurales para la SM presentes en todo el mundo. Durante la pandemia, hubo un gran incremento en

las problemáticas de salud mental, según la OMS (2022) la depresión y la ansiedad aumentaron más de un 25% en el primer año de la pandemia.

En Colombia, existe la Ley 1616 de 2013, donde se establece a la SM como un tema prioritario nacional para todo el país, pues, es un derecho fundamental, considerándose un tópico esencial de salud pública, pues es un componente básico del bienestar general y la calidad de vida la población del país (Art. 3). A pesar de la reglamentación, según los reportes del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), el Observatorio Nacional de Convivencia y Salud Mental, y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en 2021 (citados por el Ministerio de Salud, 2022) se informaron 29.792 procesos de intento suicida, que simbolizan una tasa de ocurrencia de intento suicida del 58.4 por cada 100.000 habitantes.

De este modo, UNICEF (2019) expone que el suicidio se encuentra en segundo lugar de las principales causas de deceso en personas que comprenden las edades de 15 a 19 años. Lo anterior, muestra el suicidio como una de las consecuencias más comunes al sufrir problemas de salud mental. De acuerdo a esta problemática, a nivel local, la Gobernación del Cauca (2020) manifestó que, en el departamento, el reporte de Vigilancia en Salud Pública con corte a semana 33 del 2020, halló 478 intentos suicidas, de los cuales 247 de los casos son de sexo femenino y 231 casos del sexo masculino. Teniendo en cuenta las causas que encaminan al suicidio son numerosas, siendo este el resultado de desórdenes en el funcionamiento mental. Estas cifras son preocupantes, y las universidades de la región deben estar preparadas para atender estas

ISBN: 978-628-95101-6-4

problemáticas, que se manifiestan con ansiedad, depresión, desórdenes alimentarios y hasta pensamientos suicidas.

En síntesis, la afectación en el estado mental es una de las más importantes causas de afectaciones a la calidad de vida de los universitarios y su entorno, cuando esta se deteriora tiene graves consecuencias directas, no sólo para el individuo sino también para su ambiente, es por esto que a través de estudios se ha podido reconocer que existe una gran alteración en los estudiantes de educación superior por síntomas emocionales, los cuales se relacionan con depresión y ansiedad, representado significativamente síntomas que traen repercusiones en el rendimiento académico, identificando así que salud mental no discrimina sexo ni programa (Chau y Vilela, 2017).

En el sector de la universidad, en sus últimos tiempos ha presentado altas cifras de incidencia en el estado mental de los universitarios, prevaleciendo el estrés, depresión y ansiedad, debido a las altas cargas académicas que deben sobrellevar, impactando significativamente en el aprendizaje y la retención de los universitarios, Por lo anterior, se hace necesario Analizar la incidencia de las condiciones sociodemográficas, étnicas y culturales sobre la SM de los estudiantes universitarios del Cauca, para ello en primer lugar se requiere Caracterizar las condiciones sociodemográficas, étnicas y culturales de los estudiantes, además de Detectar los problemas de SM (Depresión, Ansiedad y Estrés) en los universitarios y contrastarlas las características sociodemográficas, étnicas y culturales. Como el proceso de investigación es mixta, se pretende Conocer las experiencias de SM de los estudiantes partiendo de entrevistas que posteriormente permitirán triangular la información y llegar a los resultados. Esto permitirá de originar

investigaciones notables que guíen el proyecto posterior de estrategias de evaluación e intervención a nivel de la atención clínica y psicosocial.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

BASES TEÓRICAS

La depresión, ansiedad y estrés son enfermedades mentales que impiden que las personas realicen sus actividades con normalidad y efectividad, es decir, una alteración en las áreas de su vida que se manifiesta a través de la discapacidad funcional (OMS, 2022). Se comprende que, cuando existen estas afectaciones se presenta un desequilibrio a nivel bio-psico-social.

MODELO BIOPSICOSOCIAL

En 1977, George Engel un psiquiatra estadounidense orientado a incluir diversos estadios en su postura, los cuales determinan tanto el bienestar como la enfermedad estableciendo así el modelo biopsicosocial, caracterizado por integrar tres dimensiones, la biológica, psicológica y social. La primera de ellas se compone por elementos genéticos, hereditarios y químicos. La segunda está constituida por aspectos propios de la conducta, incluyendo bases cognitivas como el pensamiento y estados anímicos. Por último, la dimensión social, engloba variables contextuales destacando la economía, educación, salud, cultura, entre otros. El modelo en mención maneja una perspectiva que expone las diversas variables factores que influyen en la forma de afrontar las

ISBN: 978-628-95101-6-4

distintas situaciones que desencadenan discapacidad o patologías, de la misma manera, pueden generar el efecto contrario, es decir, la coordinación de los elementos que constituyen dichas dimensiones determina el bienestar, eliminando la creencia de comprender a un individuo exclusivamente desde la biología sin involucrar las diferentes esferas que lo componen y su interacción (Kaik, s.f.). En relación, el constructo de Engel busca dar respuestas a condiciones mentales desde una mirada multifactorial que indaga los procesos internos y externos del ser humano sin limitarse a aspectos netamente biológicos propios del modelo médico, en este último, se destacan variables que corresponde a datos sociodemográficos, edad, estado civil, procedencia, estrato socioeconómico, etnia, sexo, escolaridad y ocupación.

En este sentido, se encuentra existen factores sociodemográficos que pueden incidir en la salud mental, Bantjes et al. (2023) mencionan que los riesgos de padecer una afectación en la salud mental están asociados con los factores sociodemográficos, lo cual sugiere la necesidad de centrarse en la SM de las mujeres, estudiantes de minorías sexuales y no conformes con el género en todas las universidades, junto con los estudiantes negros. De este modo, Lei et al. (2021) mencionan que los estudiantes están expuestos a diferentes problemas de salud mental, que están asociados con sus circunstancias individuales, de estudio y sociales. Uno de estos factores predisponentes, es mencionando por Arntz et al. (2022) en su estudio, donde hallaron una relación entre el hecho de ser mujer y los niveles ansiedad, estrés y depresión. Además, una asociación entre cursar las carreras de salud con presentar algún nivel de ansiedad. Asimismo, Cañón et al. (2022) concluyen que los determinantes sociales como sexo, orientación

sexual, religiosidad, procedencia y tipo de estudiante son factores de riesgo que afectan la salud mental en los estudiantes.

SALUD MENTAL

Partiendo de la literatura revisada, el constructo de SM es sinónimo de estar bien a nivel psíquico, integrando emociones, percepciones y construcciones mentales en relación a factores fisiológicos, psicológicos y sociales que finalmente determinan la salud y el actuar de un individuo. Sotelo y Bojórquez (2022) expresan que la Salud mental hace referencia a una condición de bienestar en donde el individuo tiene conciencia de las capacidades que posee, tanto físicas como mentales, atribuyendo aquel estado de conciencia a procesos cognitivos, siendo estos el medio por el que se adquiere y se procesa la información que recibe el cerebro, también, dan respuesta al proceso de aprendizaje y a la consecución de actividades cotidianas.

La Salud Mental es una dimensión que afecta la manera de percibir, interpretar, sentir y actuar, incidiendo en el bienestar no solo emocional, sino también psicológico y social. Finalmente, la SM es un concepto que hace referencia al equilibrio psicoemocional necesario para afrontar las etapas de la vida en sus diferentes ámbitos.

Por otro lado, Keegan (2012) define la Salud Mental expresando que es aquello que posibilita que una persona realice comportamientos que contribuyan a lograr las metas que este se proponga, predominando sus principios y convicciones más que las experiencias negativas por las que pueda atravesar, es decir, emociones y sensaciones

ISBN: 978-628-95101-6-4

como la ira, la angustia, la vergüenza, el aburrimiento, etc. De modo que, no lleguen a obstaculizar el alcance de metas propuestas.

SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS POST-PANDEMIA

La emergencia sanitaria causada por el virus SARS-CoV-2 generó un efecto negativo en la SM de las personas a nivel global, incluyendo adultos, adultos mayores, jóvenes y niños. Se han encontrado secuelas psicológicas caracterizándose por la expresión de niveles moderados y severos de estrés, ansiedad, depresión, insomnio y otros trastornos psicológicos (Arevalo-Lara y Palacios, 2023; Eidman, 2023). En los estudiantes universitarios la pandemia logró afectar su nivel psicosocial, pues esta comunidad tenía expectativas de progresar social y profesionalmente por medio de la educación (Merchán-Villafuerte et al. 2024, p. 3474). La circunstancia de ver clases de manera virtual ocasionó impactos negativos en los procesos de enseñanza - aprendizaje lo que produjo estrés para los estudiantes, además, los nuevos contextos los conllevaron a desencadenar padecimientos relacionados a la SM como ansiedad y depresión.

Después de la emergencia sanitaria existen algunas modalidades de aprendizaje que se mantienen por su manejo y rápida implementación, los cuales, representan elementos estresantes para los universitarios (Tibán, 2023). “La sintomatología ansiosa y depresiva son quizás los estados emocionales principales relacionados con trastornos psicológicos en el marco de la pandemia” (Merchán-Villafuerte et al. 2024, p. 32). Castillo (2022) refiere que con la emergencia sanitaria los universitarios afrontaron diversas problemáticas “como el aislamiento, violencia, impacto económico, entre otros” (p.23). Para Diaz et al (2022) es primordial señalar que cada ser humano reacciona de manera

diferente a los acontecimientos que tenga que superar, en relación a las redes de apoyo que tenga. En este sentido es importante reconocer el apoyo psicológico al que se pudo acceder, ya que un mínimo porcentaje de personas poseían acceso a cuidado de SM eficaz, asequible y de calidad.

En la época de confinamiento fue un desafío cambiar la modalidad de impartir las clases, más que todo, visualizando las posibles alteraciones en el estado de SM de los estudiantes, considerándose como personas vulnerables de sentir síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Subirón et al, 2020; Ramírez, 2023). Sin embargo, después de más de tres años de ser declarada la pandemia, los cambios en las fases de confinamiento y los estados de emergencia con ciertas restricciones, conllevan a que el mundo actual no sea el mismo (ONU, 2023)

En la actualidad, hay una nueva realidad que marca negativamente a las Universidades con un acrecentamiento de las necesidades de los universitarios en referencia a la SM. Mac-Ginty et al. (2021) proponen que los impactos contraproducentes de la emergencia sanitaria sobre la SM podrían haber alterado en gran mesura a los jóvenes universitarios, pues es indudable que la pandemia expuso un problema existente en esta población.

Al hablar de las emociones más prevalentes en la población se encuentra la culpa y desgano en los estudiantes, luego las medidas de confinamiento. Las personas comienzan a sentirse cansadas, abatidas e incluso desinteresadas producto del confinamiento. Brooks et al., (2020) refieren que estas emociones son la consecuencia del estrés postraumático en la pandemia. Dentro de las emociones prevalentes se

ISBN: 978-628-95101-6-4

encuentran, disturbios emocionales, irritabilidad, insomnio, enojo, y agotamiento emocional.

PROBLEMA Y TRASTORNO MENTAL

Dentro del área de la psicología y psiquiatría es necesario comprender los términos más utilizados en estas áreas de la salud, dado que, en la cotidianidad se suele confundir el significado de algunos conceptos por sus acepciones culturales, de la misma manera, es importante entender la diferencia entre algunos de los términos aparentemente similares, como lo es problema mental y trastorno mental. Según la OMS (2022), un trastorno mental representa una alteración clínica que generalmente se relaciona con discapacidad funcional en diferentes áreas importantes, como la cognición, el control de las emociones y las conductas de quien lo padece; es decir, un trastorno mental es un desequilibrio que impacta las esferas que conforman la vida de un individuo a partir de la incidencia en los procesos cognitivos, entendiendo que se involucra la percepción, atención, el pensamiento, entre otros, afectando significativamente la manera en cómo se siente, se piensa y actúa. Es importante diferenciar el trastorno del problema mental, por ello, desde el planteamiento de Cova (2021) se entiende que el problema mental hace alusión a una acepción genérica que corresponde a una serie de dificultades originadas por diversos factores no biológicos, generalmente este desequilibrio muestra una posible patología, esto se mide a través de escalas que permiten identificar la alteración en el estado mental.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

Según la OMS (2004) en los determinantes sociales, ambientales y económicos, como factor de riesgo se encuentran el acceso a drogas y alcohol, circunstancias sociales deficientes, rechazo de compañeros, desplazamiento, aislamiento y enajenamiento, discriminación, desigualdad social, migración a otras zonas, así mismo se evidencia inseguridad y violencia, pobreza, estrés, nutrición deficiente, falta de educación, transporte y vivienda; entre los factores protectores se encuentra, interacciones interpersonales positivas, apoyo social, redes comunitarias, fortalecimiento, servicios sociales, responsabilidad social y tolerancia.

Por otra parte, en el factor individual que presenta incidencia con su estructura familiar se identifica el rendimiento académico deficiente, desmotivación, dificultades en la atención, el cuidado a familiares que requieren constante atención, abuso, atención deficiente con los menores, insomnio y permanente, comunicación anormal, embarazos tempranos, manejo emocional, consumo frecuente de sustancias lícitas e ilícitas, exposición a la agresión, violencia y trauma, familia fragmentada o desorganización familiar, sentimientos de soledad, nivel socioeconómico bajo, antecedentes de algún tipo de trastorno mental por parte de padres, consumo de spa por parte de los cuidadores, el fallecimiento de un ser querido, dificultades en las fortalezas en el ámbito laboral y complicaciones en la lectura.

Entre los factores protectores se encuentra las condiciones para manejar el estrés, enfrentar la complejidad en la adaptabilidad, estimulación cognitiva temprana, actividad física, desarrollo funcional en el crecimiento, nula escolarización, apegos y lazos

afectivos tempranos, relación estable y funcional entre hijos y padres de familia, estrategias en la solvencia de dificultades o acontecimientos negativos inesperados, conductas que no afecten lo social, autoestima, inteligencia emocional y redes de apoyo.

De este modo, el hecho de buscar ayuda se constituye como un factor protector, McMaster et al. (2021) concluyen que es importante investigar el apoyo del personal académico con el reconocimiento temprano de la mala SM y la capacidad de proporcionar información y asesoramiento a los estudiantes. Es importante mencionar el tema del estigma alrededor de la SM, La Montagne et al. (2023) encontraron que existen mejoras en el conocimiento, las actitudes y los comportamientos relacionados con la SM en relación con estudios previos, incluido un mayor reconocimiento de la depresión, intenciones de buscar ayuda y comportamiento de búsqueda de ayuda informado.

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2018), la depresión es un desequilibrio mental caracterizado por un sentimiento continuo de dolor y de desmotivación el cual mantiene y genera pérdida de interés, conllevando la incapacidad para realizar las actividades del día a día. Esta afectación en la salud mental suele alterar los cambios del apetito, descanso, problemas de concentración e incluso la sensación de no querer realizar una actividad que previamente se disfrutaba, afectado así en la toma de decisiones lo cual conlleva a un desencadenamiento de preocupación y desesperanza. Las personas que padecen de esta patología manejan pensamientos y sentimientos denigrantes frente a su persona, causando un desequilibrio mental y el bloqueo emocional desencadenado una afectación en la cognición y conducta.

Por otro lado, Sierra, et al (2003) definen la ansiedad como respuesta adaptativa al ambiente, este fenómeno se refiere a un estado de incertidumbre caracterizado por la anticipación al peligro, afectando diferentes áreas de su vida a través del malestar psíquico junto a la percepción distorsionada de sentirse en riesgo. Por lo tanto, la ansiedad combina síntomas cognitivos y fisiológicos que dan lugar a una conducta desadaptativa, existe una posibilidad muy grande que la ansiedad se desarrolle en contextos educativos, laborales, judiciales y otros escenarios; es así que la ansiedad se caracteriza como una reacción producto de la capacidad de afrontamiento que depende de los recursos internos o respuestas frente a estímulos del ambiente en el que se desenvuelve y lleva al individuo a predisponerse, reflejándose en el comportamiento humano.

Por último, el estrés ha sido renombrado a través de los años, atrayendo así diferentes definiciones, este fenómeno logra ser interpretado desde una amplia magnitud de experiencias, entre las que tienen una mayor prevalencia está la tensión, el cansancio y el agobio siendo estas las sensaciones que caracterizan al estrés, igualmente a los sentimientos de nerviosismo, presión y desasosiego formando así una extensa gama de experiencias asociadas comúnmente al fenómeno del estrés. Estas pueden ser causadas por una excesiva carga académica o cualquier situación que demandé. De esta forma se proporciona a las situaciones donde se presenta angustia, intranquilidad, desesperación y entre otras, alcanzar metas y propósitos (Martínez y Díaz, 2007). Dicha condición puede estar presente en distintos ambientes y más aún en los educativos, debido a los altos niveles de actividad fisiológica, emocional y cognitiva lo cual esto puede repercutir en la conducta y en el proceso académico.

ISBN: 978-628-95101-6-4

MÉTODOS

La metodología que rige este proyecto de investigación se basa en un enfoque mixto con diseño DEXPLIS, el cual, permite recolectar información en dos fases, la primer desde una perspectiva cuantitativa de la investigación donde se recolectan y analizan las características sociodemográficas, étnicas y culturales de los estudiantes, además de la aplicación del instrumento DASS-21 con el fin de identificar el estado mental de los estudiantes universitarios, se realizarán análisis estadísticos explicativos y correlacionales para dar respuesta a las hipótesis pre-establecidas; una vez haya terminado esta fase cuantitativa, se procederá a dar inicio a la fase 2, cualitativa, donde se podrá ampliar la información cuantitativa recolectada por medio de entrevistas a una muestra de estudiantes donde se pretende revisar la salud mental desde sus experiencias subjetivas.

La población está constituida por la Facultad de Ciencias sociales y humanas de la Fundación Universitaria de Popayán, sede Popayán y sede Santander de Quilichao, es decir, los programas de Derecho, Comunicación Social, Trabajo Social y Psicología. Por otro lado, las Facultades de ingenierías y Educación de la Institución Universitaria Colegio Mayor del Cauca, con los programas de Ingeniería de Sistemas y de Licenciatura en Música y Licenciatura en Idiomas, se realiza un muestreo estratificado de estudiantes por carrera (Tabla. 1), teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 4%. El análisis de los datos se realiza con el software IBM SPSS Statistics versión 25.

Tabla 1.

Muestreo estratificado

Programas FCHS- FUP	Población	Muestra
Psicología	800	129
Trabajo Social	620	100
Com. Social	72	12
Derecho	581	94
Programas UNIMAYOR		
Ingenieria Informatica	352	57
Lic. Español e Ingles	168	27
Lic. Música	73	12
Programas FCHS- FUP		
Psicología	187	30
Trabajo Social	71	11
Derecho	214	34
TOTAL	3138	505

Nota. Fuente Elaboración propia

ANÁLSIS Y RESULTADOS DE DATOS

Hasta el momento se cuenta con resultados cuantitativos preliminares. En primer lugar, se analizan las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 2.

Características sociodemográficas

Características sociodemográficas		
Género	Femenino	68,35%
	Masculino	31,65%
Estrato socioeconómico	Bajo bajo	42,30%
	Bajo	28,85%
	Medio-Bajo	17,37%
	Medio	8,68%
	Medio-Alto	2,0%
	Alto	0,84%
Zona de Residencia	Urbana	79,27%
	Rural	20,73%
Estado civil	Soltero-a	80,95%
	Casado-a	5,89%
	Separado-a	0,28%
	Divorciado-a	0,84%

ISBN: 978-628-95101-6-4

	Unión Libre	12,04%
Servicios básicos	Energía	99,4%
	Agua	97,8%
	Acceso a rutas de transporte público	53,2%
	Gas domiciliario	69,2%
	Alcantarillado	77,9%
	Internet	86,6%
	Cable	56,9%
	Vehículo Propio	32,8%
Etnia	No pertenece	75,35%
	Afrocolombiano	12,89%
	Indígena	11,76%
Víctima de violencia	Si	23,81%
	No	76,19%
Tipo de violencia	Sexual	4,2%
	Económica	4,2%
	Psicológica	16,5%
	Física	7,3%
	Digital	2%
Víctima del conflicto armado	Si	35,57%
	No	64,43%
Consumo de Sustancias Psicoactivas	Si	94,68%
	No	5,32%
Tipo de sustancia consumida	Cocaína	5%
	Marihuana	75%
	Éxtasis	10%
	LSD	10%
	Tusi	30%
Asistencia a Psicoterapia	Si	52,66%
	No	47,34%
Asistencia a Psiquiatría	Si	11,20%
	No	88,80%
Medicación Psiquiátrica	Si	9,52%
	No	90,48%
Diagnóstico psiquiátrico	Si	11,20%
	No	88,80%

Nota. Elaboración propia con base en datos arrojados por el software SPSS versión 26.

En la tabla 2, se puede evidenciar que la mayor parte de las participantes son mujeres con un 68,35% y la minoría son hombres con un 31,65%; en cuanto al estrato socioeconómico dentro de los encuestados prevalece el estrato 1 (bajo - bajo) con un 42,3%, seguido del estrato 2 (bajo) con un 28,85% y del estrato 3 (medio - bajo) con un 17,37%, los estratos socioeconómicos que menos prevalecen son el estrato 4 (medio), 5 (medio – alto) y 6 (alto) con un porcentaje de 8,68%, 2% y 0,84%, respectivamente. En

cuanto a la zona de residencia se puede observar en la tabla 2, que el 79,27% viven en la zona urbana, mientras el 20,73% restante, viven en la zona rural. También se analizó la variable estado civil, encontrando que el 80,95% de los participantes son solteros, mientras que el 14,04% viven en unión libre, el 5,89% están casados y el 1,12% están separados o divorciados.

Es importante resaltar los servicios básicos con los que cuentan los participantes, encontrando que el 99,4% cuentan con energía, el 97,8% con agua, el 53,2% cuentan con acceso a rutas de transporte público, el 69,2% cuentan con gas domiciliario, el 77,9% tienen alcantarillado, el 86,6% tienen internet, el 56,9% tienen cable y el 32,8% cuentan con vehículo propio. En cuanto a la variable Etnia, se encontró que el 75,35% no se identifican con ninguna etnia, mientras el 12,89% son Afrocolombianos y el 11,76% son indígenas, cabe resaltar que dentro de los participantes no se encontraron etnias raizales ni palenqueros.

Se tuvo en cuenta si los participantes habían sufrido algún tipo de violencia, hallando que el 23,81% si han experimentado situaciones violentas en su vida, mientas que el 76,19% mencionan que no han vivido estas situaciones; se encontró que el tipo de violencia más prevalente es la violencia psicológica con un 16,5%, seguida de la violencia física con un 7,3%, y la violencia sexual y económica con un 4,2% cada una, por último, la violencia digital con un 2%. Teniendo en cuenta que este estudio es desarrollado en la región del Cauca donde se han sufrido consecuencias por el conflicto armado, se preguntó a los participantes si habían sido víctimas de éste, donde el 35,57% mencionó que sí, mientras el 64,43% no han sido víctimas del conflicto armado.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas fue evidente en el 5,32% de los participantes, mientras que el 94,68% refirieron no consumir ninguna sustancia, sin embargo, dentro de las sustancias más prevalentes se encuentra la marihuana con un 75% de los participantes consumidores. Además, se analiza la asistencia a psicoterapia, encontrando que el 52,66% de los estudiantes han asistido alguna vez al psicólogo, y el 11,20% han asistido al psiquiatra, encontrando que el 9,52% han sido medicados y el 11,20% tienen algún diagnóstico clínico mental.

Por otro lado, se analizan los datos de la aplicación de la Escala DASS-21, donde se revisan por aparte los índices de Depresión. Ansiedad y Estrés de los participantes.

Tabla 3.

Resultados de la Escala DASS-21

DASS-21		
Depresión	Ninguno	36,13%
	Leve	12,32%
	Moderado	23,53%
	Severa	11,20%
	Extremadamente severa	16,81%
Ansiedad	Ninguno	29,69%
	Leve	5,88%
	Moderado	18,77%
	Severa	11,48%
	Extremadamente severa	34,17%
Estrés	Ninguno	36,69%
	Leve	14,01%
	Moderado	13,45%
	Severa	20,17%
	Extremadamente severa	15,69%

Nota. Elaboración propia con base en datos arrojados por el software SPSS versión 26.

Se encuentra que el 63,86% de los estudiantes presentan índices de Depresión en algún grado, ya sea Leve, Moderado, Severo o Extremadamente Severo, encontrando prevalencia en la depresión moderada de 23,53%. Sin embargo, se encuentra que la

problemática mental con más presencia en los participantes es la ansiedad con un 70,31% en algún grado, hallando que la Ansiedad en grado Extremadamente Severo es la más prevalente en la muestra. Por último, el estrés es la problemática menos prevalente con un 63,31%, encontrando que el Estrés Severo tiene el porcentaje más alto con un 20,17%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos en el presente estudio revelan diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés entre los encuestados, reconociendo que a nivel general existe más de un 50% de estudiantes que presentan incidencias en su salud mental, ya sea de depresión, ansiedad o estrés. En cuanto a la variable depresión, se evidenció que el 63.87% de la muestra probabilística se ubica dentro de la sintomatología del trastorno, clasificándose el 12.32% en un grado leve, el 23.53% en un nivel moderado, un 11.20% indicó un grado severo y finalmente, el 16.81% en un grado extremadamente severo mientras que solo el 36.1% no presentó ningún indicio depresivo; las variables que se relacionaron fueron consulta psicológica, diagnóstico y ser víctima de algún tipo de violencia, lo que apunta a una evidente problemática con la patología en cuestión, Arntz et al., (2022) sostuvo que de acuerdo a las cifras que resultaron de su análisis, es decir, al 31.33% de personas que manifestó alteración o riesgo de presentar depresión de 166 estudiantes, hubo asociación entre variables sociodemográficas, en este caso la variable más vinculada fue el género.

ISBN: 978-628-95101-6-4

De la misma forma, Vinaccia (2020) en su estudio no experimental del mismo carácter, evaluó las variables sociodemográficas y su relación entre ansiedad y depresión, de esta se concluyó que existía una relación importante entre sí, dado que de 6224 personas encuestadas, el 32.2% presentó índices de depresión y el 28.9% con comorbilidad de ansiedad y depresión, también logró evidenciar que los factores sociodemográficos que inciden en dichas patologías son: el sexo, estrato socioeconómico, raza, estado civil, semestre que cursa, programa al que pertenece, nivel educativo de los padres, economía y el padecer o no de alguna discapacidad. Aunque los resultados del análisis obtuvieron porcentajes menos alarmantes en comparación con los análisis anteriores, las variables en su mayoría concuerdan.

En el análisis de la variable ansiedad se evidencian los índices más altos en contraste con la depresión y el estrés, también, una elevada compatibilidad con las investigaciones previas, dado que, se observa al 70.4% de la muestra con claros índices de padecer ansiedad en cualquiera de sus grados; de dicha cifra, el 34.2% se posiciona en un grado de ansiedad extremadamente severo, es decir, la mayor parte de las personas que sostienen el trastorno, lo hacen en el nivel más avanzado de la patología resaltando aún más las grandes dimensiones de la problemática. También se identifica que las variables con influencia sobre dichas cifras fueron: consulta psicológica, consulta psiquiátrica, poseer un diagnóstico y ser víctima de algún tipo de violencia, además, se tiene en cuenta la condiciones de vida en lo que corresponde a los servicios básicos con los que cuentan los estudiantes encuestados, ya que no contar con estos servicios puede afectar significativamente, el relación a esto se obtuvo que un 86,6% de la muestra cuenta con internet y el 56,9% con cable siendo mayoritarios, a pesar de que son

porcentajes altos se demuestra que no todos los participantes cuentan con elementos fundamentales para tener éxito en el desarrollo académico como lo es el internet debido a diferentes factores como el nivel económico o de accesibilidad por zonas complejas o desfavorecidas; en búsqueda de conocer, relacionar y correlacionar la ansiedad con otras variables como ésta, Cardona et al., (2015) apoya los resultados anteriores ya que los datos se acercan entre sí, destacando que de la muestra seleccionada, quienes padecen ansiedad o riesgo de padecerla es del 58% de 100 estudiantes encuestados, mostrando así una diferencia con el presente estudio de sólo 12.4%, en donde la única variable con la que se asoció fue el estrato social.

En cuanto al estrés, se puede afirmar que fue la alteración de salud mental menos prevalente en relación con la depresión y la ansiedad, puesto que el 36.7% de los encuestados no cuentan con señales de esta alteración, sin embargo, el 20.1% apuntó manejar estrés un grado severo y el 15.7% un grado extremadamente severo, la población restante se ubicó entre los grados leve y moderado con cifras muy cercanas, además se denota que las variables sociodemográficas que influyen en la presencia de dicha alteración son conflicto armado, asistencia a consulta psicológica, el poseer o no un diagnóstico y ser víctima de violencia en cualquiera de sus tipos, física (7.3%), psicológica (16.5%), sexual (4.2%), económica (4.2%) o digital (2%) predominando sufrir violencia física y psicológica; esto concuerda con los hallazgos de Amemiya et al. (2019) en lo que respecta a violencia, pues en su búsqueda por determinar la percepción de estudiantes universitarios en cuanto a violencia y estrés en Perú, identificando que de 133 personas estudiadas el 95.5% percibió algún tipo de violencia incluyendo violencia física (58,6), psicológica (91%) y sexual (41.4%), coincidiendo con los tipos de violencia

ISBN: 978-628-95101-6-4

más frecuentes en el reciente proyecto de investigación y evidenciando la fuerte influencia de ser víctima de violencia con sufrir estrés. Restrepo et al., (2020) se suma a estos postulados y demuestra en su investigación cierta compatibilidad con los resultados obtenidos, debido a que conoció el nivel de estrés fue extremadamente alto en las víctimas de algún tipo de violencia y manifestó este puede impactar la salud mental y reflejarse a través de problemas con el sueño, dolores de cabeza, problemas digestivos y entre otros.

Por otro lado, ser víctima de conflicto armado también resultó estar estrechamente relacionado con manejar altos índices de estrés, pues en el análisis a través de la prueba Chi cuadrado esta variable puntuó un valor de 0,030. De acuerdo con un estudio de Sarmiento (2016) la exposición al conflicto armado se relaciona con la frecuencia en la que se presenta el estrés, además evidenció presencia de ansiedad y depresión. Indiscutiblemente esta condición maneja un amplio rango de problemas de salud mental fuertemente vinculados con el desplazamiento forzado y la violencia directa, también, se halló diferencias de género, puesto que los hombres presentaron índices más elevados de padecer estrés postraumático que las mujeres, además aquellos que se encontraban como desplazados internos tenían un riesgo mayor a tener estrés postraumático.

La asistencia psicológica se relaciona con depresión, ansiedad y estrés, sin embargo, la relación más fuerte radica en el estrés, ya que el 52,66% de los universitarios encuestados indican solicitar alguna vez ayuda profesional, lo anterior, puede deberse a la tendencia de buscar apoyo psicológico cuando están enfrentado fuertes dificultades emocionales. Además se reconoce que los hallazgos no implican una relación con los

ámbitos académicos, lo que señala la existencia de otros factores subyacentes que influyen tanto el búsqueda de ayuda psicológica como en los niveles de estas dimensiones, al respecto, una investigación de Cordón A. (2015), en una facultad de Odontología de la USAC, encontró que, si existen factores sociales y culturales que influyen en la decisión de los estudiantes universitarios de no querer buscar ayuda psicológica, a pesar de experimentar altos niveles de estrés, ansiedad y otros problemas emocionales a la exigencia de su respectiva carga académica, pretendiendo que existe un carácter represivo y estigma social frente a la búsqueda de un apoyo psicológico, de acuerdo con el estudio también existe una influencia entre el nivel socioeconómico y el nivel académico de los estudiantes. También se ha sugerido por medio de estos resultados y respaldando la investigación anterior que, las personas no han buscado una ayuda para su malestar emocional, de acuerdo con las razones expuestas anteriormente, algunos factores podrían influir en esta toma de decisiones, como lo son el estigma social que está asociado a salud mental, la falta de conciencia sobre la importancia del bienestar psicológico, las posibles barreras de acceso a servicios de atención.

Es importante destacar que una de las relaciones más prominentes es la del género con la ansiedad, dado que los datos dan a conocer al género femenino con fuerte tendencia a experimentar niveles más elevados de ansiedad en comparación con el género masculino, de la misma forma en que lo expresa Jaen et al,. (2020) 7 de cada 10 mujeres presentaron mucha ansiedad y alrededor de la cuarta parte mostraron bastante ansiedad, esto en un estudio realizado a 657 jóvenes universitarios en la Ciudad de México, lo que concuerda con los resultados de la presente investigación, ya que

inicialmente, el género desde el análisis de la prueba U de Mann-Whitney demostró un valor inferior a 0,05.

En relación a la edad y su posible incidencia con la depresión, ansiedad y/o estrés se halló una correlación inversa, dado que, en los datos de la muestra seleccionada se observa que quienes poseen mayor edad son menos propensos a padecer alguna de las alteraciones, esto teniendo en cuenta que la edad máxima de los participantes es de 51 años y la mínima de 16. Lo anterior, se dirige a la misma dirección que los resultados de la investigación de Stagnaro et al. (2018) en donde postuló que la edad más vulnerable a padecer ansiedad u otra afectación de salud mental es la edad de 20 años, además señaló que los jóvenes entre los 18 a 34 años tienden a tener el doble de probabilidades de padecer algún tipo de afectación mental en comparación con otros grupos de edad, es decir, la población que cuenta con una edad igual o mayor a los 35 corren menor riesgo de presentar alteraciones relacionadas, de la misma forma Cardona et al., (2015) en su investigación Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios, expone que de una muestra de 100 estudiantes entre los 17 y 39 años con una media de 22 años, el 58% manifestó síntomas ansiosos, rectificando que a menor edad mayor vulnerabilidad de padecer alteraciones mentales y a mayor edad menor es la incidencia de las mismas.

Las semejanzas entre las altas cifras de alteraciones en la salud mental, específicamente las correspondientes a depresión, ansiedad y estrés, abre el debate sobre la necesidad inmediata de implementar planes, programas y actividades que detecten de manera clara y temprana cualquier alteración mental, de la misma manera, gestionar mecanismos que apoyen a la población estudiantil desde una mirada integral

en donde se priorice la asistencia psicológica, especialmente a aquellos que manifiestan cuadros depresivos significativos. De acuerdo a los resultados y según Reyes et al., (2021) lo pertinente según los porcentajes es exponer los factores de riesgo y las posibles causas y fomentar a los jóvenes universitarios a emplear buenos hábitos, gestionar emociones y pensamientos, llevar a cabo actividades de relajación saludable, comunicación asertiva, planeamiento de metas y por supuesto, buscar ayuda si se requiere para lograr desarrollar autorregulación emocional y de autocontrol, sin embargo, Molina (2019) manifiesta que a pesar de la alta proporción de estudiantes con síntomas depresivos, gran parte de ellos carece de atención oportuna.

REFERENCIAS

Aguirre – Silvero, JR. (2023). Niveles de estrés, depresión y ansiedad tras la pandemia del COVID- 19 en los estudiantes universitarios paraguayos. *UNIDA Salud, 2*(2):24-30. http://revistacientifica.unida.edu.py

Alarcón, R. (2019). La Salud Mental de los estudiantes universitarios. *Rev Med Hered, 30:*219-221. https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3655/4055

Amemiya, I. Oliveros, M. Acosta, Z. Martina, M. Barrientos, A. (2019). Violencia y estrés percibido por estudiantes de primer año medicina de una universidad pública. Original Breve. http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n4/a12v80n4.pdf

Arévalo Lara, S., & Freire Palacios, V. (2023). Salud mental en la educación superior en el período de post-pandemia de covid-19. Anatomía Digital, 6(4.3), 229-253. https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i4.3.2803

Arntz V., Jenny, Trunce M., Silvana, Villarroel Q., Gloria, Werner C., Karlis, & Muñoz M., Sonia. (2022). Relación de variables sociodemográficas con niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 60*(2), 156-166. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000200156

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & Collaborators, W. W.-I. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623-638. https://doi.org/10.1037/abn0000362

Bantjes J, Kessler M, Lochner C, Breet E, Bawa A, Roos J, Davids C, Muturiki M, Kessler RC, Stein DJ. (2023). The mental health of university students in South Africa: Results of the national student survey. J Affect Disord. 15(321), 217-226. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36349649/

Barahona Jiménez, G., Barahona Jiménez, G., Castillo Carrasco, M., & Silva Jiménez, D. (2023). Emociones post pandemia en Estudiantes de Enfermería de una

universidad chilena. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*, *4*(2), 174–192. https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v4i2.62

Brooks, S., Webster,R.Smith,L.(2020). El impacto psicológico de la pandemia y cómo reducirlo: revisión rápida de la evidencia. *TheLancet,395(10227)912-920.* https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Cañón, S. C., Narváez, M., Botero, P., Montoya, O. L., Bermúdez, G. I. & Pérez, J. M. (2022). Caracterización de las condiciones en salud mental de estudiantes de la Universidad de Manizales, Caldas, Colombia. Tesis Psicológica, 17(2) X-X. https://doi.org/10.37511/tesis.v17n2a1

Cardona, J., Perez, D., Rivera, S., Gómez, J., & Reyes, A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. Diversitas perspectivas en psicología, 11(1), 79-89. http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n1/v11n1a06.pdf

Castillo, L. (2022, enero 29). Los problemas de salud mental aumentaron en los universitarios. *El Comercio*. https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/salud-mental-universitarios-pandemia-Covid.html

Chau, C. y Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de lima y huánuco. Revista de psicología. Vol. 35 (2), 12-36. .http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v35n2/a01v35n2.pdf

Cordón, V. (2015). Factores Psicosociales Que Influyen En La Decisión De Asistir A Un Proceso Psicoterapéutico En Jóvenes De 20 A 25 Años De La Facultad De Odontología De La Usac [Tesis para obtener el título de psicóloga, Universidad de San Carlos Guatemala]. Repositorio USAC. http://www.repositorio.usac.edu.gt/3611/1/T%2013%282889%29.pdf

Cova, F. (2021). ¿Problemas de salud mental o trastornos mentales? Una distinción ilusoria. Praxis Psy, 22(36), 23-37. https://praxispsy.udp.cl/index.php/praxispsi/article/view/173/151

Diaz Mosquera, E., Corral Proaño, V. J., & Merlyn Sacoto, M.-F. (2022). Sintomatología depresiva durante la pandemia COVID-19 en estudiantes universitarios de Quito, Ecuador. *Veritas & Research*, *4*(2), 147–150. http://revistas.pucesa.edu.ec/ojs/index.php?journal=VR&page=article&op=view&path%5B%5D=117&path%5B%5D=119

Dusselier, L., Dunn, B., Wang, Y., Shelley, M. C. & Whalen, D. F. (2005). Personal, health, academic, and environmental predictor of stress for residence hall students. *Journal of American College Health, 54*(1), 15-24. https://doi.org/10.3200/JACH.54.1.15-24.

Eidman L. El continuo de salud mental durante la pandemia por COVID-19 en población general de adultos argentinos. *Rev Costarric Psicol. 40*(2), 93105. http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v40i02.02.

Ferreyra, M.M., Botero, J., Avitabile, C., Haimovich, F. (2017). Momento decisivo: La educación superior en América Latina y el Caribe. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.

Gobernación del Cauca (2020). El suicidio: Una prioridad para la salud pública en el Cauca. https://saludcauca.gov.co/sala-de-prensa/noticias/573-el-suicidio-una-prioridad-para-la-salud-publica-en-el-cauca

Jaen-Cortés, C. I., Rivera-Aragón, S., Velasco-Matus, P. W., Guzmán-Álvarez, Ángel O., & Ruiz-Jaimes, L. (2020). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: Factores asociados con estilos de vida no saludables. Revista Latinoamericana De Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine, 10(2), 36–47. https://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/79745

Kaik, M. (s.f.). Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental. Neurodet. https://academy.neurodiversal.org/wp-content/uploads/2021/10/M1-CLASE-5-Factores-psicosociales-en-los-Trastornos-del-Neurodesarrollo.-Lectura-adicional.pdf

Keegan, E. (2012).. La salud mental en la perspectiva cognitiva conductual. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. 23(101) 52-56. http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf#page=53

LaMontagne AD, Shann C, Lolicato E, Newton D, Owen PJ, Tomyn AJ, Reavley NJ. (2023). Mental health-related knowledge, attitudes and behaviours in a cross-sectional sample of australian university students: a comparison of domestic and

international students. BMC Public Health, 23(1):170. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36698138/

Lei X, Liu C, Jiang H. (2021). Mental health of college students and associated factors in Hubei of China. PLoS One, 16(7):e0254183. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34214107/

Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013. D.O. 48.680

Mac-Ginty, S., Jiménez-Molina, A., & Martínez, V. (2021). Impacto de la pandemia por covid-19 en la salud mental de estudiantes universitarios en Chile. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, 32*(1), 23-37.

Martínez, E. y Díaz, D. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. Educación y Educadores. 10(2), 11-22. https://www.redalyc.org/pdf/834/83410203.pdf

McMaster R, Adachi K, Yada H, Odachi R, Omura M, Cleary M. (2021). Exploration of Mental Health Issues of Students among University Health Science Academics in Japan. Issues Ment Health Nurs, 42(9), 862-869. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33739236/

Merchán-Villafuerte, KM., Quiroz-Villamar, DJ. y Saltos-Alcívar, VA. (2024). Impacto de la ansiedad, depresión y estrés post pandémico en el desempeño académico de estudiantes universitarios. *Journal Scientific Investigar, 8*(1), 3471-3492. https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.3471-3492

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Salud mental: asunto de todos. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-asunto-de-todos.aspx

Molina, A. y Rojas, G. (2019). Problemas de salud mental en estudiantes universitarios (I): ¿Consecuencias de la (sobre) carga académica?. Ciper16. https://www.ciperchile.cl/2019/03/11/problemas-de-salud-mental-en-estudiantes-universitarios-i-consecuencias-de-la-sobre-carga-academica/

Molina, W. (2019). Caracterización Psicosocial y Clínica de la Depresión en Estudiantes de Medicina de la Universidad del Cauca 2017 - 2019 [Tesis de Posgrado, Universidad del Cauca] Repositorio Universidad del Cauca.

ONU. (2023). Se acaba la emergencia por la pandemia, pero el covid continua. Noticias ONU. https://news.un.org/es/story/2023/05/1520732

Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas.

Organización Mundial de La Salud (2020). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia

Organización Mundial de La Salud (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Panamericana de la Salud. (marzo de 2018). Depresión y otros trastornos mentales comunes. PAHONMH17005-spa.pdf

Organización Panamericana de Salud – OPS-. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional. OPS Washington, DC

Peréz-Pérez M, Fernández-Sánchez H, Enríquez-Hernández CB, López-Orozco G, Ortiz-Vargas I, Gómez-Calles TJ. Estrés, ansiedad, depresión y apoyo familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Salud Uninorte, 37*(03):553–68. Disponible en: https://dx.doi.org/10.14482/sun.37.3.616.98

Ramírez Gómez , C. A. (2023). La Ansiedad Abordada a través del Psicoanálisis Relacional. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano, 4*(2), 14–38. https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v4i2.24

Restrepo, E., Sánchez Amador, O. y Castañeda Quirama, T. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios. Psicoespacios, 14 (24), 17-37. https://doi.org/10.25057/21452776.1331

Sarmiento, R. (2016). Trastorno De Estrés Postraumático, Ansiedad Y Depresión En Adolescentes Y Adultos Expuestos Al Conflicto Armado En Colombia 2005-2008. Medicina. 38(113),134-156 https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/113-4

Sarzosa Trávez, CA., Jácome Bósquez, IA, Cifuentes Álava, DM, Villarreal Reinoso, MA. y Oña Chicaiza, LP. (2023). Depresión Post Pandemia Covid-19 en estudiantes

de la carrera de enfermería de Quito-Ecuador. *Revista Cuatrimestral "Conecta Libertad,7*(2), 31-40. https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/327

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade, 3(1), 10-59. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102

Silva, B. N. y de la Cruz, U. O. (2017). Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios y propiedades psicométricas del cuestionario de salud general. Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa, 4(8). https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/676

Sistema Nacional de Información de la Educación Superior – SNIES – (2022). El Ministerio de Educación Nacional pone a disposición la información estadística de educación superior 2021. https://snies.mineducacion.gov.co/portal/401926:

Sotelo, M. & Bojórquez, C. (2022) SALUD MENTAL Y PROCESOS COGNITIVOS. ResearchGate. https://www.researchgate.net/profile/Cecilia-Bojorquez-Diaz/publication/365011353_Salud_Mental_y_procesos_cognitivos/links/6362f150431b1f530064a8ed/Salud-Mental-y-procesos-cognitivos.pdf

Stagnaro, J., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Sustas, S., Serfaty, E., Medina, M., Benjet, C., Aguilar, S., Kessler, R.(2022) Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República, Argentina, Repositorio Institucional. Vertex. 14.(142). https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/176579

Subirón, A., Lucha López, A. C., Solanas, I. A., Pardo, F. U., Dorda, J. P., & Gracia, A. Á. (2020). *Estudio mixto del distrés psicológico en los alumnos del Grado en Enfermería ante las prácticas curriculares externas durante la pandemia de Covid-19*. http://ciberindex.com/p/pd/e32128d

Tibán, J. (2023). *Salud mental en los estudiantes de la carrera de enfermería durante la pandemia Covid-19.* Ambato: Universidad Técnica de Ambato. https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/38755

UNICEF (2021). 6 efectos de la pandemia en la salud mental de adolescentes y jóvenes.https://www.unicef.org/lac/6-efectos-de-la-pandemia-en-la-salud-mental-deadolescentes-y-jovenes

Vinaccia (2020). Variables asociadas a la ansiedad-depresión en estudiantes universitarios. Universitas Psychologica, (19). https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.vaad

RESEÑA AUTORA

KAROL-NATHALIA LARA-ESPINOSA

Psicóloga, Magister en psicología con énfasis en Investigación de la Universidad de San Buenaventura Cali. Docente de la Fundación Universitaria de Popayán, orientación de cursos como estadística en psicología, psicología de la salud, investigación cualitativa y cuantitativa. Experiencia en el área de psicología clínica y de

la salud en el diagnóstico e intervención de enfermedades mentales y crónicas – no transmisibles, capacitaciones y talleres de cuidado al cuidador del paciente en cuidados paliativos y atención en salud a víctimas de violencia sexual.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Universitaria de Popayán por promover los procesos de investigación dentro de la universidad y fomentar tanto en docentes como en estudiantes la participación continua y activa en procesos de investigación.

ISBN: 978-628-95101-6-4

CICATRICES INVISIBLES EN EL ALMA: EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS DESASTRES NATURALES

INVISIBLE SCARS ON THE SOUL: THE PSYCHOLOGICAL IMPACT OF NATURAL DISASTERS

Liliana Andrea Calderón Garzón
IPaE
Colombia

Praxis Profesional

RESUMEN

Llegar a explorar el impacto psicológico de los desastres naturales va más allá de hablar de devastaciones, calamidades o catástrofes visibles; esas que poco a poco van dejando a su paso cicatrices invisibles en la salud mental de los sobrevivientes. Es por eso que este artículo intenta observar, a través de ciertos elementos teóricos de manera crítica, ¿cómo los desastres y catástrofes perturban profundamente la psique humana? Utilizando metáforas como la de un árbol sacudido por una tormenta, lo que se quiere es ilustrar cómo es la imagen de un trauma, pero también cómo es la capacidad de resiliencia.

Aunque además debemos reconocer y aceptar, como paréntesis, que el cambio climático tiene grandes efectos arrolladores, unos que no se abordan abiertamente en este análisis, pero que son igualmente fundamentales registrar por su frecuencia e intensidad. Puesto que, en este contexto, todo esto nos lleva a cuestionar nuestro verdadero papel tanto a nivel individual como colectivo, así como el compromiso de los países para enfrentar esta crisis. En este sentido, la conexión entre el deterioro ambiental y el impacto psicológico de los desastres es innegable.

Principalmente, porque al indagar o preguntarnos sobre estas interrelaciones, el artículo cobra fuerza para transformarse en una reflexión crítica sobre ¿cómo nuestras acciones y decisiones pueden ayudar a mitigar no solo los efectos inmediatos de los desastres, sino también ese sufrimiento emocional que, de forma más constante, afecta a las poblaciones vulnerables, lo cual es más agotador?

Sin embargo, la resiliencia, aunque no es el soporte principal, sino una estimación a considerar, no solo se establece a través del apoyo psicológico, sino también mediante esa responsabilidad que, olvidamos, es consciente hacia una sostenibilidad y una protección de todo nuestro entorno, estableciendo un hacer más seguro y saludable para todas las personas.

PALABRAS CLAVES

Impacto psicológico, desastres naturales, catástrofes, salud mental, resiliencia, trauma individual, trauma colectivo, impacto e intervenciones psicológicas, grupos

ISBN: 978-628-95101-6-4

vulnerables, estigmas, redes de apoyo, preparación en salud, políticas públicas, cambio climático, frailejones, sostenibilidad.

ABSTRACT

Exploring the psychological impact of natural disasters goes beyond talking about visible devastations, calamities or catastrophes; those that little by little leave invisible scars on the mental health of survivors. That is why this article attempts to observe, through certain theoretical elements in a critical manner, how disasters and catastrophes deeply disturb the human psyche? Using metaphors such as that of a tree shaken by a storm, what we want is to illustrate what the image of a trauma is like, but also what the capacity for resilience is like.

Although we must also recognize and accept, as a parenthesis, that climate change has great overwhelming effects, some that are not openly addressed in this analysis, but that are equally fundamental to record due to their frequency and intensity. Since, in this context, all this leads us to question our true role both individually and collectively, as well as the commitment of countries to face this crisis. In this sense, the connection between environmental deterioration and the psychological impact of disasters is undeniable. Mainly, because by investigating or asking ourselves about these interrelations, the article gains strength to become a critical reflection on how our actions and decisions can help mitigate not only the immediate effects of disasters, but also that

emotional suffering that, more constantly, affects vulnerable populations, which is more exhausting?

However, resilience, although not the main support, but an estimate to be considered, is not only established through psychological support, but also through that responsibility that, we forget, is conscious towards sustainability and protection of our entire environment, establishing a safer and healthier way of doing things for all people.

KEY WORDS

Psychological impact, natural disasters, catastrophes, mental health, resilience, individual trauma, collective trauma, psychological impact and interventions, vulnerable groups, stigmas, support networks, health preparedness, public policies, climate change, frailejones, sustainability.

INTRODUCCIÓN

Los desastres y catástrofes se caracterizan por un ciclo constante de incertidumbre. Para comprenderlos mejor, es necesario definir conceptos clave como...

DESASTRES[1]	CATÁSTROFES[2]
Los desastres son perturbaciones graves del funcionamiento de una comunidad que exceden su capacidad para hacer frente con sus propios recursos. Los desastres pueden ser causados por peligros naturales, generados por el hombre y tecnológicos, así como por diversos factores que	Las catástrofes pueden ser causadas por muchos tipos de peligros y pueden tener efectos devastadores en las personas y las comunidades. Es probable que la frecuencia, complejidad y gravedad de sus efectos aumenten en el futuro

[1] https://www.ifrc.org/es/nuestro-trabajo/desastres-clima-y-crisis/que-es-desastre
[2] Ibid.

ISBN: 978-628-95101-6-4

influyen en la exposición y vulnerabilidad de una comunidad.	debido a factores como el cambio climático, los desplazamientos, los conflictos, la urbanización rápida y no planificada, los riesgos tecnológicos y las emergencias de salud pública. Pero las catástrofes pueden y deben prevenirse. Podemos evitar que los peligros se conviertan en desastres ayudando a las comunidades a prepararse, reducir sus riesgos y ser más resilientes.

Tabla 1. Elaboración propia

Los desastres y catástrofes generan diferentes tipos de impactos a corto, mediano y largo plazo, tanto económicos como sociales, y un profundo impacto en la salud mental..., es por eso que este artículo busca encontrar no solo esas cicatrices invisibles que están en el alma de aquellas personas que han estado en medio de un desastre natural, sino también comprender que esto es más que solo ir al lugar de afectación y ofrecer ayuda humanitaria temporal.

Estamos hablando de una serie de elementos que se deben precisar y conocer a profundidad para entender la dinámica por la cual pasan las personas que han estado en ese marco de emergencia y brindar, a través de una serie de fuentes bibliográficas, puntos necesarios a evaluar.

Tenemos por un lado que:

> Según la OPS[3] (p. 3) En el periodo de 1967 a 1991, se calculó que unos tres mil millones de personas fueron afectadas en todo el orbe por desastres naturales e industriales. Se ha demostrado que, en los países pobres, como consecuencia de los desastres, el número de personas afectadas y muertas es mayor que en los industrializados.
>
> La génesis de los desastres naturales está en relación, en muchas ocasiones, con factores globales de orden económico y Ambiental. Por ejemplo, el aumento de inundaciones en Bangladesh es, en parte, consecuencia de las deforestaciones en

[3] OPS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

> Nepal. Las hambrunas masivas pueden considerarse verdaderos desastres y se originan por fenómenos naturales como las sequias, pero además por otras condicionantes de tipo económico político y social.

Pero ¿cómo comprender mejor este tema? Y aunque no suelo usar metáforas en estos escritos, es necesario para poder acercarnos un poco. Por ejemplo, tenemos un árbol que poco a poco viene creciendo con o sin nutrientes, pero hace el esfuerzo por preservarse. Lo cual representa a una persona, o una comunidad, cuya estructura ha ido fortaleciendo sus raíces profundas, y su follaje toma más presencia, reconociendo esa fortaleza que le ha conectado en este transcurso con los distintos tiempos (pasado, presente o futuro).

Un día sin previo aviso aparece una tormenta, cuya fuerza es tan destructiva que golpea a ese árbol al punto de generar de manera inesperada muchos daños simbólicos, físicos, económicos y, desde luego, a nivel de salud mental. Pues en sí mismo, la tormenta es la representación de ese desastre natural, indistintamente de que tipo sea.

Es por eso que luego nos encontramos con ese árbol una vez transcurrida la tormenta, con una serie de ramas rotas y muchas hojas caídas, que se enmarcan en simbolizar esos traumas psicológicos, como el miedo, la ansiedad y el estado de minusvalía por el shock ocasionado. Puesto que las fisuras en su tronco podrán ir sanando poco a poco, que es lo que se acostumbra a pensar con lo físico.

Sin embargo, no somos conscientes de las profundas raíces psicológicas que sostienen a las personas afectadas por desastres. Al no ser visibles, estas raíces suelen descuidarse, lo que agrava el impacto psicológico a largo plazo. Como el TEPT (Trastorno de estrés postraumático), depresiones, ansiedades extremas y dificultades

ISBN: 978-628-95101-6-4

para poder reconstruir su propia vida. Pero se llega con las medidas paliativas para cubrir lo visible, esas fisuras que posiblemente deben ser tomadas en consideración, porque las heridas físicas supuran y se pueden transformar en una infección, pero las ramas tomarán tiempo en volver a salir, y las raíces se pudren sin el cuidado adecuado (psicológico), y poco a poco deteriorarán el estado general del árbol hasta que ya no sea ni siquiera la sombra de lo que fue. Esas donde su esencia está determinada en una constante de cicatrices que no fueron consideradas y que apagarán lentamente su esencia.

Entonces, todo árbol requiere de la savia para nutrirse. Y cuando una tormenta le golpea, esta necesariamente se ve afectada, debilitando por completo o con un impacto significativo, haciéndole más vulnerable a enfermedades físicas, psicológicas y sociales. Y la savia es la salud mental. ¿Será posible que este árbol se pueda regenerar? A veces ni los mejores cuidados salvan a una planta, y esa es la resiliencia: su capacidad para adaptarse y lograr recuperarse y sanar.

Como nos enfocamos en las ramas rotas y las hojas caídas, que son esos síntomas inmediatos de ese trauma vivido, nos olvidamos del impacto que puede llegar a persistir por años e incluso toda su vida. Sin contar que los árboles jóvenes, los árboles viejos y los árboles enfermos y el género son más susceptibles a esos daños causados por la tormenta, pues hay que reconocer la importancia de los grupos vulnerables, que se citarán más adelante.

Y no nos enfocamos en que cuando la tormenta es generalizada dentro de un bosque, todos sufren y el trauma es colectivo, afectando y cambiando por completo el

ecosistema. Y aunque recurramos con todos los servicios de agua y nutrientes que ayuden a sanar el árbol o los árboles, nos encontramos con los estigmas, que son como esas plagas que aparecen para sacar provecho de la situación, impidiendo que los árboles en una posición de minusvalía logren buscar ayuda.

Aunque hablamos en un terreno académico, a veces es importante no solo empatizar con la situación que se vive, sino también reconocer que una bandita[4] no cura una herida, y así, aunque la proteja en apariencia, una herida que ya está marcada no necesariamente dejará una cicatriz visible, y hay otras tantas que no son visibles y que no cambiarán el perjuicio ocasionado. Y, desde luego, debería estar esa persona agradecida por estar viva, y puede que sí, pero no es igual para cada caso, por lo cual no se puede generalizar, y no es similar recuperarse desde unas herramientas económicas a unas en situación de completa vulnerabilidad.

Así que, alejándonos un poco de este esquema de imágenes y metáforas, es necesario adentrarnos en el terreno de lo esencial y es saber cuál es el impacto psicológico en situación de desastres naturales en este caso, porque también están los causados por desplazamiento forzoso y por acciones terroristas, que en este articulo no se mencionarán.

Hasta aquí hemos reconocido la importancia de esta situación y que los desastres naturales y las catástrofes dejan huellas visibles en infraestructuras y paisajes, pero sus efectos más acentuados a menudo se revelan de manera invisible en la psique de los afectados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana

[4] Calderón, L.A. Psicologizando: No apto para psicólogos

ISBN: 978-628-95101-6-4

de la Salud (OPS) enfatizan que los efectos psicológicos pueden ser devastadores y prolongados, afectando la calidad de vida, el bienestar emocional y el funcionamiento social de las personas. Por lo cual, surge como interrogante: ¿Cómo podemos entender y abordar estas cicatrices invisibles para ofrecer un apoyo más efectivo?

Como segundo punto, según la OMS, la salud mental se define como un estado de bienestar en el que las personas pueden realizar su potencial, enfrentar las tensiones normales de la vida y contribuir a su comunidad. En el caso de un desastre natural, este estado de bienestar se ve gravemente comprometido. Las respuestas psicológicas incluyen el miedo, la ansiedad, el estrés postraumático y la depresión, a menudo subestimadas en los esfuerzos de recuperación. ¿Por qué, a pesar de su gravedad, la salud mental no recibe la misma atención que la recuperación física tras un desastre?

Como tercer elemento a considerar, inmediatamente después de un desastre, los sobrevivientes enfrentan una mezcla de shock, confusión y miedo. A largo plazo, estas reacciones pueden convertirse en trastornos como el estrés postraumático o la ansiedad crónica, afectando la capacidad de las personas para reconstruir sus vidas. La OPS insiste en que los efectos psicológicos a largo plazo pueden ser agotadores si no se tratan adecuadamente. ¿Qué intervenciones tempranas podrían mitigar estos impactos?

Como cuarta característica, como se ha visto hasta acá, algunos grupos son más vulnerables que otros ante los efectos psicológicos de los desastres naturales, incluidos los niños, los adultos mayores, y aquellos con antecedentes de problemas de salud mental. Sin embargo, la resiliencia, o la capacidad para recuperarse de la adversidad,

varía entre individuos. ¿Cómo se pueden identificar y fortalecer los factores de resiliencia en las comunidades afectadas por desastres?

Como siguiente punto a considerar, reconocer el trauma de los desastres naturales no solo es individual, sino también es colectivo. Puesto que nos hallamos con colectividades que enfrentan la pérdida simultánea de seres queridos, hogares y medios de vida. Frente a este trauma colectivo es inevitable vincular esos sentimientos de impotencia y desde luego de desesperanza. Germinando nuevos interrogantes: ¿Cómo pueden las intervenciones comunitarias ayudar a sanar tanto a nivel individual como grupal?

Como otro elemento a profundizar, nos encontramos con diferentes organizaciones que han desarrollado guías y estrategias que viabilizan herramientas para afrontar ese impacto psicológico ocasionado por los desastres naturales. Sin embargo, nos lleva a cuestionar sobre ¿Qué barreras existen para aplicar estas estrategias de manera efectiva, y cómo pueden superarse?

Entre otros de los aspectos a tener en cuenta es que la integración de servicios de salud mental en la respuesta a desastres es fundamental para garantizar una recuperación holística. Sin embargo, muchos países carecen de los recursos necesarios para ofrecer apoyo psicológico adecuado tras un desastre. Entonces ¿Cómo podemos garantizar que los sistemas de salud mental sean una parte integral de la planificación de la respuesta ante desastres?

ISBN: 978-628-95101-6-4

Como aspecto a estimar, nos encontramos con el estigma en torno a la salud mental, una barrera que sigue siendo significativa para que los sobrevivientes busquen ayuda tras un desastre natural. Por un lado, la OPS señala que los esfuerzos de sensibilización y educación son más que necesarios para combatir estos elementos. Pero aun así nos encontramos con este cuestionamiento: ¿Cómo podemos reducir el estigma y facilitar el acceso equitativo a los recursos psicológicos?

Como aspecto siguiente, tenemos todo aquello que es la preparación para desastres, esa que a menudo se enfoca en la infraestructura y la logística, pero raramente se incluye dentro de esos planes el tema de la salud mental. Aun cuando se habla mucho sobre ello, solo queda entre palabras. En especial cuando la OMS ha instado a los gobiernos a integrarle en sus estrategias de preparación y respuesta. Por lo que, nos lleva a preguntarnos sobre: ¿Qué implicaciones tiene la falta de planificación en salud mental para las comunidades afectadas por desastres?

Y como última y no menos importante, está este tema sobre el enfoque integral y humanitario, puesto que los desastres naturales son desafortunadamente un asunto inevitable, pero el sufrimiento psicológico que causa, no tiene por qué ser una secuela permanente. Es por eso que se requiere un enfoque integral que nos impulse a considerar tanto las cicatrices visibles como las invisibles, lo que nos lleva a cuestionar acerca de que: ¿Estamos haciendo lo suficiente para apoyar a quienes llevan cicatrices invisibles en el alma? Y si no, ¿qué pasos deben tomarse para garantizar que la salud mental sea tratada con la misma urgencia que las necesidades físicas en los esfuerzos de recuperación?

CAPITULO SALUD MENTAL

Tenemos que asumir que nos encontramos en un punto donde se debe hablar dentro de este tema sobre el cambio climático y eso que hoy por hoy constituye llegar a ser una de las crisis más inevitables de nuestro siglo, esa en el cual su huella y devastación no solo está en las manifestaciones visibles, sino donde la salud mental de las personas se vuelve más frecuente y severa por la incertidumbre, una que nos impulsa a especular sobre nuestro compromiso dentro de esta colectividad. Esa donde la conciencia sobre el cambio climático implica examinar que nuestras acciones diarias tienen un peso enorme en la salud del planeta. Por lo que no debemos ignorar esta responsabilidad, porque únicamente no nos pone en riesgo con nuestro entorno, sino que también favorece al aumento de síntomas como ansiedad, el miedo y la desesperanza dentro de las comunidades afectadas por fenómenos climáticos extremos.

Unas donde las distintas experiencias de pérdida y desestabilización por los diferentes desenlaces pueden ocasionar más afectaciones, y es por eso que es fundamental no llegar a desconocerle, sino que además hay que introducirla en nuestro vocabulario. Porque debemos defender una comprensión colectiva que anticipe la sostenibilidad y la protección del medio ambiente, para no solo minimizar el impacto, sino que también nos suscite una mayor resiliencia mental en las diferentes comunidades. Donde la salud mental y el bienestar sean igualmente valorados y atendidos, y no se conviertan en un discurso demagógico, populista e incoherente que busque únicamente votos, que luego se circunscriba a un lenguaje olvidado.

ISBN: 978-628-95101-6-4

MARCO DE REFERENCIA

Debemos entender que un elemento a estimar como variable que no ha sido considerada inicialmente dentro del artículo, pero que debe ser tomada en cuenta es el tema del cambio climático[5] y, otro son los vectores que vienen en situación de desastres (Ver anexo 1)

Es por eso que el cambio climático, sin lugar a dudas ha sido un detonante que incrementa la periodicidad y la inclemencia de esos desastres naturales, que constantemente están presentes entre ellos tenemos: los huracanes, incendios forestales, inundaciones y sequías, esos que a su vez se transforman en una amenaza constante para la salud mental a nivel mundial.

Por otra parte, nos encontramos que la Organización Mundial de la Salud (OMS)[6] es quien valora dentro de sus datos que:

> entre el 20% y el 40% de las personas expuestas a estos eventos suelen percibir problemas de salud mental, entre los que nos encontramos los trastornos de ansiedad hasta depresión y estrés postraumático.

---

[5] El cambio climático se refiere a los cambios a largo plazo de las temperaturas y los patrones climáticos. Estos cambios pueden ser naturales, debido a variaciones en la actividad solar o erupciones volcánicas grandes. Pero desde el siglo XIX, las actividades humanas han sido el principal motor del cambio climático, debido principalmente a la quema de combustibles fósiles como el carbón, el petróleo y el gas.
La quema de combustibles fósiles genera emisiones de gases de efecto invernadero que actúan como una manta que envuelve a la Tierra, atrapando el calor del sol y elevando las temperaturas.
Las emisiones principales de gases de efecto invernadero que provocan el cambio climático son el dióxido de carbono y el metano. Estos proceden del uso de la gasolina para conducir un coche o del carbón para calentar un edificio, por ejemplo. El desmonte de tierras y bosques también puede liberar dióxido de carbono. La agricultura y las actividades relacionadas con el petróleo y el gas son fuentes importantes de emisiones de metano. La energía, la industria, el transporte, los edificios, la agricultura y el uso del suelo se encuentran. https://www.un.org/es/climatechange/what-is-climate-change Consultada (15/08/2024)

[6] World Health Organization. (2022). Mental health and climate change. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-climate-change Consultada (15/08/2024)

Reconociendo dentro de esta información que estos acontecimientos no solo arrasan con elementos físicos como subestructuras y ecosistemas, sino que también socavan internamente todo el tejido emocional y social de las comunidades, que quedan completamente expuestas, dejando irremediablemente parte de esas cicatrices invisibles en el alma, que se citan como título, unas que consiguen llegar a durar por muchas generaciones sin ningún tipo de solución. Es por eso que no se puede dejar a un lado que a medida que el planeta aumenta su temperatura, se espera que cada suceso de estos desastres agrave aún más los impactos psicológicos.

Dentro de los datos epidemiológicos se manifiesta una correlación alarmante entre los desastres climáticos y las afectaciones de la salud mental. Según la OPS[7], no se puede descartar como información:

> Las olas de calor extremo y los desastres climáticos han incrementado las tasas de suicidio en regiones afectadas, revelando una falta de preparación crítica en los sistemas de salud mental para hacer frente a estas crisis.

Asimismo, como aporte adicional a lo mencionado anteriormente, se considera una investigación publicada en The Lancet[8]:

> Nos alerta que el cambio climático podría transformarse en una "crisis mundial de salud mental", impactando particularmente a aquellos que ya se enfrentan a obstáculos económicos y sociales. El vínculo entre la pobreza, el desplazamiento obligatorio y la pérdida de identidad.

---

[7] Organización Panamericana de la Salud. (2020). Impacto del cambio climático en la salud en las Américas: Salud mental. Disponible en: https://www.paho.org/es/impacto-del-cambio-climatico-en-la-salud-en-las-americas Consultada (15/08/2024)

[8] Watts, N., et al. (2018). The Lancet Countdown on health and climate change: From 25 years of inaction to a global transformation for public health. The Lancet, 391(10120), 581-630. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32464-9 Consultada (15/08/2024)

ISBN: 978-628-95101-6-4

Por lo cual es indispensable que ese proceso de adaptación al cambio climático incluya medidas más precisas en materia de salud mental, entre ellas está el informe de los sistemas resilientes[9]. Y no se puede desconocer que la resiliencia humana es un elemento que nuevamente es comparable dentro de la metáfora inicial del árbol, uno que, tras una tormenta, puede doblarse, pero no romperse, siempre y cuando, considere sus recursos existentes, cuente con el apoyo adecuado para regenerarse. Sin embargo, nos podemos encontrar con que la falta de acceso a ciertos servicios de salud mental, especialmente en zonas rurales o en países de bajos ingresos, hace que se intensifique la carga psicológica de los desastres.

Igualmente, la OMS[10] suele mostrar como datos adicionales que:

> más del 75% de las personas con trastornos de salud mental en países de ingresos bajos y medios no reciben tratamiento. Este vacío de atención no solo perpetúa el sufrimiento, sino que limita la capacidad de recuperación de las comunidades, extendiendo los efectos destructivos del cambio climático mucho más allá del evento físico inicial.

Para poder reconocer esta temática es importante tener claridad en que según la OPS (P. V)[11]…

> Los desastres naturales tienen la posibilidad de presentarse en cualquier país del mundo. Sin embargo, por múltiples razones, los países sufren mucho más el impacto de los mismos: tienen menos recursos económicos y tecnológicos para su prevención y reconstrucción, y hay viviendas que se construyen en zonas de alto riesgo y son estructuralmente más frágiles. Además, usualmente existen altos índices de

[9] A saber, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades mediante intervenciones dirigidas que aborden los desafíos que plantea la salud mundial, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora del control y la reducción de los riesgos para la salud mundial. Se vincula con el Acuerdo de París sobre el Cambio Climático, el Marco de Sendai para la Reducción de Riesgos de Desastres 2015-2030 y el RSI (2005), en los que se reconoce la importancia de la salud y su protección junto con la necesidad de invertir en medidas que mejoren la resiliencia. https://www.paho.org/es/documentos/sistemas-resilientes Consultada (15/08/2024)

[10] World Health Organization. (2022). Mental health in low- and middle-income countries. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health Consultada (15/08/2024)

[11] OPS. Guía práctica de salud mental en situación de desastres

desnutrición y malas condiciones sanitarias y ambientales que incrementan la vulnerabilidad ante estos eventos traumáticos.

Los efectos de los desastres sobre la salud física suelen ser bastante conocidos, con secuelas a corto, mediano y largo plazo. En cambio, no siempre se han reconocido de igual manera los efectos sobre la salud mental, a pesar de haberse demostrado que, en situaciones de desastres y emergencias complejas, se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo, se puede aumentar en cierta medida la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales. Se estima que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) sufre alguna manifestación psicológica, aunque debe destacarse que no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría debe entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. También, se ha demostrado que, después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren de atención durante un periodo prolongado, cuando tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas.

Sin embargo, en este contexto, son muchos los países de América Latina y el caribe que presentan una baja cobertura y una pobre capacidad de respuesta de los programas y servicios de salud mental.

Es por todo lo anterior que para la OMS/OPS[12] (p. 1) …

las emergencias se requieren, con carácter urgente, una intervención externa de ayuda para aliviar o resolver los efectos producidos y restablecer la normalidad. Las emergencias se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos y por ende en su abordaje no solo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención y consecuencias psicológicas del evento en cuestión.

Es por eso que debemos reconocer los distintos tipos de peligros[13]:

TERREMOTOS	Un terremoto es una sacudida repentina y rápida del suelo causada por el desplazamiento de rocas debajo de la superficie terrestre o por la actividad volcánica o magmática en la tierra. Los terremotos ocurren repentinamente, sin previo aviso, y pueden ocurrir en cualquier momento. Pueden provocar la muerte, lesiones, daños a la propiedad, pérdida de vivienda y medios de vida y la interrupción de la infraestructura crítica. La mayoría de las muertes se deben al derrumbe de edificios o a peligros secundarios, como incendios, tsunamis,

[12] OPS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias
[13] Información suministrada La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC)

ISBN: 978-628-95101-6-4

	inundaciones, deslizamientos de tierra y liberación de sustancias químicas o materiales tóxicos.
DESLIZAMIENTO DE TIERRAS	Un deslizamiento de tierra es el movimiento masivo de rocas, escombros, tierra o lodo por una pendiente. Si bien la mayoría de los deslizamientos de tierra son causados por la gravedad, también pueden ser causados por lluvias, terremotos, erupciones volcánicas, presión del agua subterránea, erosión, desestabilización de laderas como resultado de la deforestación, el cultivo y la construcción, y la nieve o el deshielo de los glaciares. Los flujos de escombros, o de lodo, son deslizamientos de tierra de movimiento rápido que son especialmente peligrosos debido a su velocidad y volumen. Se ha registrado que algunos flujos de escombros alcanzan velocidades de más de 160 kilómetros por hora.
AVALANCHAS	Una avalancha, a veces llamada deslizamiento de nieve, es el rápido flujo de nieve, hielo y/o rocas por una pendiente o montaña. Pueden desencadenarse por fuerzas naturales como precipitaciones, terremotos o el debilitamiento del manto de nieve. También pueden ser causados por la actividad humana cuando alguien camina o cabalga sobre un área débil de nieve. Las avalanchas de losas, cuando una gran losa de hielo o nieve más fuerte se desprende de una capa de nieve más débil, son las más peligrosas. Las avalanchas pueden obstruir todo a su paso, destruir edificios enteros y provocar lesiones graves y la muerte.
OLAS DE CALOR	Una ola de calor es un período prolongado de temperaturas inusualmente altas y, a menudo, alta humedad. Se espera que se vuelvan más frecuentes y más graves en el futuro debido al cambio climático. Las personas afectadas por las olas de calor pueden sufrir un shock, deshidratarse y desarrollar enfermedades graves por el calor. Las olas de calor también pueden empeorar las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas.
	Los incendios forestales son incendios grandes, incontrolados y potencialmente destructivos que pueden afectar tanto a las áreas rurales como a las urbanas. Pueden extenderse rápidamente, cambiar de

INCENDIOS FORESTALES	dirección e incluso 'saltar' a grandes distancias cuando el viento lleva las brasas y las chispas. Son causadas por una variedad de causas naturales (como un rayo) o por descuido humano (como un cigarrillo). La propagación de un incendio forestal depende de la disposición del terreno, el combustible disponible (vegetación o madera muerta) y las condiciones climáticas (viento y calor). Pueden comenzar en solo segundos y convertirse en infiernos en cuestión de minutos.
CICLONES TROPICALES	Los ciclones tropicales son sistemas de tormentas de rotación rápida que giran (en sentido contrario a las agujas del reloj en el hemisferio norte y en el sentido de las agujas del reloj en el hemisferio sur) alrededor de un centro de baja presión. Generalmente son de movimiento lento pero fuerte, con vientos de entre 120-320 kilómetros por hora. Tienen diferentes nombres según el lugar donde suceden: ciclones en aguas del sudeste asiático y el océano Índico, tifones en aguas del este de Asia y el Pacífico y huracanes en el Atlántico, el golfo de México o el mar Caribe. La mayoría de las muertes relacionadas con ciclones se deben a inundaciones, pero también a electrocución, estructuras colapsadas y escombros por el aire.
RIESGOS TECNOLÓGICOS Y BIOLÓGICOS	Los peligros tecnológicos se originan en condiciones tecnológicas o industriales, procedimientos peligrosos, fallas en la infraestructura o actividad humana. Los peligros químicos, biológicos, radiológicos y nucleares (QBRN) son todos tipos de peligros tecnológicos. Por lo general, se agrupan porque comparten muchas similitudes y muchas de las medidas de preparación y respuesta son las mismas o muy similares. Obtenga más información sobre estos tipos de peligros específicos a continuación.
	Un volcán es una abertura o ruptura en la superficie de la tierra que permite el escape del magma (roca caliente líquida y semilíquida), cenizas volcánicas y gases. Por lo general, se encuentran donde las placas tectónicas se unen o se separan, pero también pueden ocurrir en el medio de las placas debido a los puntos calientes volcánicos. Una erupción volcánica se

ISBN: 978-628-95101-6-4

ERUPCIONES VOLCÁNICAS	produce cuando un volcán libera gas y/o lava, a veces de forma explosiva. Los volcanes proporcionan una serie de beneficios medioambientales, por ejemplo: suelos fértiles, energía hidrotermal y minerales preciosos. Pero también plantean varios peligros: cenizas volcánicas, gases, lahares (flujos de lodo), corrimientos de tierras, coladas de lava y flujos piroclásticos (corrientes de gas caliente que se desplazan rápidamente). Las erupciones volcánicas pueden ser mortales y a menudo provocan desplazamientos de población y escasez de alimentos.
TSUNAMI	Un tsunami es una ola marina provocada por un desplazamiento a gran escala del fondo marino. Son causados con mayor frecuencia por terremotos, pero también pueden ser causados por deslizamientos de tierra submarinos o erupciones volcánicas. Pueden atacar cualquier costa en cualquier momento. Los tsunamis pueden moverse tan rápido como un avión a reacción a través del océano abierto y pueden golpear tierra con olas de más de 20 metros. El agua puede entrar tierra adentro durante varios kilómetros y subir arroyos y ríos, destruyendo todo a su paso. Las olas pueden continuar golpeando la costa durante muchas horas y las corrientes peligrosas pueden continuar durante varios días. Aunque no se puede prevenir un tsunami, su impacto se puede reducir cuando las comunidades comprenden los riesgos, reciben advertencias oportunas y saben cómo responder.
INUNDACIONES	Las inundaciones ocurren cuando el agua se desborda de los límites normales de un arroyo, río u otro cuerpo de agua o se acumula en un área que generalmente está seca. Hay dos tipos principales de inundaciones: las inundaciones lentas, que se desarrollan durante horas o días, mientras que las inundaciones repentinas ocurren de golpe, a menudo sin previo aviso, generalmente debido a las fuertes lluvias. Aunque las inundaciones anuales son un fenómeno natural en muchas partes del mundo, las prácticas de uso de la tierra y de construcción han provocado un aumento en la frecuencia y magnitud de las inundaciones. También se prevé que las inundaciones serán aún más

	frecuentes y graves en el futuro debido al cambio climático. Las inundaciones pueden ser extremadamente peligrosas y causar daños humanos, ambientales y materiales masivos a las comunidades.
OLAS DE FRIO	Una ola de frío, a veces conocida como ola de frío o congelación profunda, es un evento meteorológico que implica un enfriamiento del aire o la invasión de aire muy frío en un área grande. Está marcado por una caída de la temperatura promedio muy por debajo de los promedios de una región. Las olas de frío pueden tener impactos negativos en las personas, los cultivos, las propiedades y los servicios. Pueden ir precedidas o acompañadas de importantes fenómenos meteorológicos invernales, como ventiscas o tormentas de hielo. Y pueden sentirse aún más frías durante los períodos de fuertes vientos.
SEQUÍAS	La sequía es un período prolongado de escasas precipitaciones (precipitaciones, nevadas o deshielo) que resulta en escasez de agua. Cuando las comunidades no tienen suficiente agua para beber, el saneamiento y la agricultura, puede provocar inseguridad alimentaria, la propagación de enfermedades, desnutrición y hambre, migración y pérdidas económicas. La sequía también puede tener un impacto negativo en la generación de energía, el transporte y las necesidades comerciales o industriales de un país
EPIDEMIAS Y PANDEMIAS	Las epidemias son un aumento inesperado, a menudo repentino, de una enfermedad específica dentro de una comunidad o región. Las pandemias se dan cuando ocurre una epidemia en todo el mundo, que cruza fronteras internacionales y afecta a un gran número de personas. Varias enfermedades transmisibles pueden representar una amenaza importante para la salud a nivel local, regional y mundial y dar lugar a epidemias o pandemias. Las epidemias y pandemias se pueden prevenir y mitigar mediante una serie de medidas en el hogar y la comunidad, como una buena higiene, el distanciamiento social y la vacunación.
	El granizo es un tipo de lluvia sólida formada por bolas o trozos de hielo. Las tormentas que producen granizo que llega al suelo se

GRANIZADAS	conocen como granizadas. Por lo general, no duran más de 15 minutos, pero pueden causar lesiones a las personas y dañar edificios, vehículos y cultivos. Cuando el granizo se acumula, puede causar una pérdida de energía, derribar árboles y causar inundaciones repentinas y deslizamientos de tierra en áreas empinadas. Las granizadas a veces pueden ir acompañadas de otros eventos climáticos severos, como ciclones y tornados. En raras ocasiones, se sabe que el granizo masivo causa conmociones cerebrales y lesiones mortales en la cabeza.

Tabla 2. Elaboración propia

Para identificar este tema, es crucial tener claro que, de acuerdo con la OPS (p. V),

> Los desastres naturales no hacen distinciones según la geografía o el estatus económico, pero impactan de forma desmedida a las naciones con menos recursos y preparación. Estos sucesos se transforman en impulsores de crisis más extensas, intensificando vulnerabilidades ya existentes como la pobreza, la desnutrición y la ausencia de acceso a servicios fundamentales. Así pues, la reacción ante catástrofes no solo debe enfocarse en la infraestructura física, sino también en el robustecimiento de la capacidad de resistencia comunitaria y la inversión en salud mental, ya que el trauma psicológico puede presentarse de maneras menos perceptibles, pero igual de devastadoras.

Es crucial subrayar que los impactos en la salud mental, frecuentemente imperceptibles, pueden extenderse mucho más allá de la etapa inicial de reacción ante un desastre. La analogía con un árbol que parece levantarse después de una tormenta, pero cuyas raíces están heridas, demuestra cómo las personas pueden aparentar estar recuperadas desde el exterior, mientras que en el interior batallan con profundas heridas emocionales.

De acuerdo con investigaciones epidemiológicas de la OMS/OPS, entre el 30% y el 50% de individuos expuestos a catástrofes sufren algún tipo de trastorno psicológico,

tales como depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático (TEPT), y gran cantidad de estas afecciones necesitan intervenciones a largo plazo.

De esta manera, es necesario enriquecer este argumento con la definición de la Cruz Roja y la OMS/OPS, una que nos conduzca a una mayor comprensión.

CRUZ ROJA	OPS/OMS
un desastre es una catástrofe que desborda la capacidad de una comunidad para enfrentarlo por sí sola, requiriendo ayuda externa para restablecer la normalidad.	amplía este concepto al incluir las emergencias sanitarias y psicológicas que derivan de estos eventos, reconociendo que el sufrimiento humano no se limita a las pérdidas materiales, sino que también abarca la ruptura emocional y social que sigue. Esto refuerza la necesidad de una respuesta integral que combine asistencia física, mental y social para la recuperación total.

Tabla 3. Elaboración propia

GRUPOS VULNERABLES

Es necesario poder vincular estas definiciones a la realidad de los grupos más vulnerables, unos que experimentan de manera más aguda todas las consecuencias de los desastres. Al igual que la ruptura emocional y social mencionada anteriormente, esa que se agrava en estas poblaciones, que suelen enfrentar mayores barreras para acceder a una asistencia necesaria. Por ello, es fundamental que las estrategias de respuesta integral que proponen la Cruz Roja y la OMS/OPS tomen en cuenta las particularidades de estos grupos, reconociendo no solo su necesidad de apoyo físico y psicológico, sino también su situación de vulnerabilidad ante el impacto de los desastres.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Con relación a los grupos vulnerables, nos encontramos con la siguiente información de acuerdo con la OPS[14] (pp. 6 – 8)

GÉNERO[15]	Las mujeres son más vulnerables a los desastres debido al papel que les ha asignado la sociedad. Según Elaine Enarson "...el género le da forma a los mundos sociales dentro de los cuales ocurren los desastres naturales". • Las mujeres tienen menos acceso a los recursos – redes sociales e influencia, transporte, información, habilidades (incluido el alfabetismo), control de la tierra y otros recursos económicos, movilidad personal, vivienda y empleos seguros, a la no violencia y control de la toma de decisiones – que son esenciales en la preparación, mitigación y rehabilitación de desastres naturales. • Las mujeres son víctimas de la división del trabajo por género. Están sobre representadas en la industria agrícola, el trabajo por cuenta propia, la economía informal, en el trabajo de menor remuneración con poca seguridad o beneficios como atención de salud o derecho a la representación sindical. Los sectores informales y agropecuarios son generalmente los más afectados por los desastres naturales; como resultado quedan más mujeres que hombres desempleados después de un desastre. • Las mujeres tienen menos acceso a los recursos – redes sociales e influencia, transporte, información, habilidades (incluido el alfabetismo), control de la tierra y otros recursos económicos, movilidad personal, vivienda y empleos seguros, a la no violencia y control de la toma de decisiones – que son esenciales en la preparación, mitigación y rehabilitación de desastres naturales. • Las mujeres son víctimas de la división del trabajo por género. Están sobre representadas en la industria agrícola, el trabajo por cuenta propia, la economía informal, en el trabajo de menor remuneración con poca seguridad o beneficios como atención de salud o derecho a la representación sindical. Los sectores informales y agropecuarios son generalmente los más afectados por los desastres naturales; como

[14] OPS. Protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres.
[15] OPS. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www3.paho.org/Spanish/AD/GE/genderdisasterssp.PDF Consultada (15/08/2024)

	resultado quedan más mujeres que hombres desempleados después de un desastre. • Dado que las mujeres se encargan principalmente de las responsabilidades domésticas como el cuidado de los niños, ancianos o discapacitados, quedan sin libertad de migrar para buscar trabajo después de un desastre. Los hombres migran con mayor frecuencia, dejando a grandes cantidades de mujeres como jefes de familia. • Dado que frecuentemente la vivienda queda destruida por el desastre, muchas familias se ven obligadas a reubicarse en albergues. Estos albergues no son adecuados para tareas diarias como cocinar, aumentando la carga doméstica y económica de la mujer y disminuyendo su libertad de movimiento para buscar fuentes alternativas de ingreso. • Cuando las mujeres pierden sus recursos económicos, su posición de negociación en el hogar se ve perjudicada. • Los desastres aumentan la vulnerabilidad de la mujer. Además del aumento de los hogares encabezados por mujeres y el hecho que la mayoría de los residentes en los albergues son mujeres, varios estudios han revelado un aumento en los niveles de violencia doméstica y sexual después de los desastres • La salud reproductiva y sexual de la mujer comienza a ser reconocida como un componente clave de los esfuerzos de ayuda en los desastres; sin embargo, la atención a la misma sigue siendo inadecuada y como resultado la salud de la mujer sufre desproporcionadamente.
POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL[16]	• Amenazas medioambientales: Las emisiones de gases de efecto invernadero que provocan el cambio climático amenazan la vida de todos los niños y adolescentes. Su propia existencia hoy y en el futuro corre riesgo debido al aumento del nivel del mar, los fenómenos meteorológicos extremos, la inseguridad alimentaria e hídrica, el estrés térmico, las enfermedades infecciosas emergentes, y la migración de poblaciones a gran escala. Estos problemas ya afectan a millones de niños actualmente. • Se requieren medidas urgentes para reducir las emisiones de carbono a fin de mantener el calentamiento por debajo de 1, 5º C y aplicar las disposiciones del Acuerdo de París de 2016 sobre el cambio climático.

[16] https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-new-threats-to-health Consultada (15/08/2024)

	• Se estima que la contaminación del aire en espacios cerrados y del aire ambiente (de exteriores) causa unos 7 millones de muertes (2016). La contaminación del aire está asociada a una salud respiratoria deficiente en la infancia; deteriora los pulmones y el cerebro e incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes de tipo 2 y síndrome metabólico a lo largo de toda la vida. • Los riesgos para la salud relacionados con el clima se superponen para el 40% de los niños que viven en asentamientos informales, en los que las viviendas precarias, el hacinamiento, las ubicaciones potencialmente peligrosas, las condiciones de vida insalubres, la pobreza y el acceso deficiente a los servicios básicos pueden perjudicar su salud y bienestar. • La infancia también ha sido profundamente afectada por los terremotos y otros desastres naturales en los últimos años. Se puede afirmar que no existe lugar en el globo Terrestre en que los niños no hayan sufrido algún tipo de experiencia dolorosa a causa de los desastres naturales, guerras, violencia, narcotráfico, secuestros, delincuencia común, etc.
POBLACIONES DESPLAZADAS, REFUGIADOS Y EMIGRANTES[17]	La crisis climática no solo está provocando más desplazamientos, sino que también hace que la vida sea aún más dura para las personas forzadas a huir. La relación entre el desplazamiento y el cambio climático es estrecha. Con el calentamiento global han empeorado los fenómenos meteorológicos extremos y las condiciones climáticas, que a su vez alimentan múltiples crisis superpuestas, amenazan los derechos humanos, potencian la pobreza y la pérdida de medios de vida, crean tensiones en las relaciones intercomunitarias y, en última instancia, generan condiciones propicias para que haya más desplazamiento forzado. La mayoría de las personas desplazadas por persecuciones, conflictos y otras formas de violencia vive en países que son muy vulnerables al cambio climático y no tienen las herramientas para hacerle frente. Con frecuencia, las poblaciones desplazadas no tienen más opción que vivir en sitios de difícil acceso, en campamentos sobrepoblados o en asentamientos informales, donde el acceso a infraestructura y servicios básicos es limitado, y donde quedan expuestas a diversos peligros, como

[17] https://www.acnur.org/desplazamiento-y-cambio-climatico Consultada (15/08/2024)

	inundaciones, sequías, tormentas y olas de calor. Aunado a ello, la crisis climática está afectando los medios de vida y dificulta aún más que las personas desplazadas sean autosuficientes. Los efectos del cambio climático también pueden exacerbar las tensiones y los conflictos por recursos vitales, como el agua, el combustible y las tierras cultivables; así, amenazan la coexistencia pacífica entre las poblaciones desplazadas y las comunidades de acogida. La mayor parte de las personas refugiadas y desplazadas internas provienen de países que son marcadamente vulnerables al clima: en ellos, los choques climáticos y las condiciones climáticas, que han ido empeorando, abonan a los desafíos que impiden que haya paz y seguridad. Sin ayuda para prepararse, resistir y recuperarse de los impactos del cambio climático, estas personas corren el riesgo de ser desplazadas en más de una ocasión. Abordar el cambio climático como una de las principales causas del desplazamiento resulta esencial para romper este ciclo y poder encontrar soluciones duraderas.
	Cada año más de 350 millones de personas en el mundo se ven afectadas por conflictos y desastres, un número considerable de ellas son personas con discapacidad y adultos mayores, ambos grupos con necesidades específicas. Las personas con discapacidad son de los grupos que están más frecuentemente en riesgo o se ven afectadas de manera desproporcionada en situación de desastre, emergencia y/o conflicto debido a diversos factores entre ellos la exclusión, la falta de conocimiento, la interrupción de las redes sociales de apoyo y las barreras físicas. Esta situación hace que a las personas con discapacidad les resulten inaccesibles las medidas de evacuación, respuesta (incluidos los refugios, los campamentos y la distribución de alimentos) y la recuperación/reconstrucción. La OMS estima que más de mil millones de personas en el mundo viven con algún tipo de discapacidad, lo que representa alrededor del 15% de la población mundial y de este total del 2 al 3 % presentan serias dificultades de funcionamiento o discapacidad severa (200-300 millones de personas). El Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS, entre sus principales recomendaciones señala que se debe permitir a las personas con discapacidad participar por igual con otras personas, en cualquier servicio o actividad propuesta para el público en general. Ante este escenario podemos imaginar el enorme impacto que tiene una situación de emergencia o conflicto en el grupo de

ISBN: 978-628-95101-6-4

PERSONAS CON DISCAPACIDAD[18]	personas con discapacidad, especialmente para aquellas que tienen serias dificultades de funcionamiento o que tienen un alto nivel de dependencia. No hay que olvidar que también están las personas de edad avanzada que presentan déficits funcionales importantes y que las situaciones de emergencia y desastres pueden generar nuevos grupos de personas con discapacidad o también nuevas lesiones o daños a las personas con discapacidad ya existentes, quienes requerirán de apoyo y asistencia. Es imperativo atender las necesidades básicas e inmediatas de la población con discapacidad en emergencias, promover y proteger sus derechos, así como fortalecer sus capacidades para que participen en todas las actividades de gestión de los desastres Todas las personas afectadas por un desastre tienen derecho a recibir la protección y asistencia que garanticen las condiciones básicas para vivir con dignidad. Incluir a las personas con discapacidad es parte del imperativo humanitario de actuar para prevenir y aliviar el sufrimiento humano causado por los desastres o los conflictos armados y nada puede prevalecer sobre este principio
ADULTOS MAYORES[19]	Aunque las personas mayores constituyen un grupo diverso, muchas de ellas son especialmente vulnerables en situaciones de emergencia o de amenazas. Aquellas personas en particular que han sufrido una pérdida progresiva de sus funciones corporales pueden tener más dificultades para adaptarse a los desafíos y manejar ciertas perturbaciones. La población del Caribe es la que está envejeciendo más rápidamente en el mundo en desarrollo: se prevé que la proporción de personas mayores de 60 años aumente de 11,1% de la población en 2005 al 24,6% en 2050. Este cambio demográfico, combinad con el número creciente de desastres, crea problemas especiales tanto para las personas mayores como los de menos recursos. Para atender estos problemas es preciso tener en cuenta el tema del envejecimiento en todas las políticas y los programas de desarrollo, incluidos los relacionados con el manejo de desastres, usando un enfoque participativo que asegure que las personas mayores puedan expresarse. Las áreas de acción clave son: • Adaptación/inclusión: conseguir que las políticas, estrategias y actividades tengan en cuenta las necesidades, capacidades, vulnerabilidades y perspectivas de todas las edades. • Educación: ampliar la conciencia y los conocimientos sobre los desastres y sobre cómo los viven y responden a ellos las personas mayores. Esta área abarca la capacitación

[18] https://www3.paho.org/disasters/newsletter/527-las-personas-con-discapacidad-y-los-desastres-250-322-es.html Consultada (15/08/2024)
[19] https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Disasters-Spanish.pdf Consultada (15/08/2024)

	específica de los profesionales de la salud que trabajan en la gestión de riesgos de desastres y de las personas mayores en todos los niveles de la sociedad. • Comunicación: suministrar información oportuna, exacta y práctica que sea fácil de comprender. Coordinación: velar por que la acción de todos los sectores sea complementaria. DATOS CLAVE: • La edad avanzada por sí sola no hace vulnerable a la persona. Sin embargo, ciertos problemas comunes en la vejez pueden aumentar la vulnerabilidad, como la pérdida de energía, la menor tolerancia de la actividad física, las limitaciones funcionales y la percepción sensorial disminuida. • La gravedad del impacto de las emergencias y los desastres en las personas mayores depende de sus características particulares y de sus ambientes, el tipo y gravedad de la amenaza, los sistemas de manejo de desastres y las interacciones de este conjunto de factores. • Aproximadamente de 20 a 30% de las personas mayores de 60 años tienen una o más discapacidades, ya sean físicas, mentales o sensoriales. Este porcentaje aumenta con la edad a más de 50% de los mayores de 80 años.

Tabla 4. Elaboración propia

INFLUENCIA PSICOLÓGICA DE LOS DESASTRES NATURALES

Es necesario reconocer que los desastres naturales son aquellos sucesos que no solo provocan una devastación física o visible, sino que también provocan una serie de reacciones psicológicas intensas en las personas que han logrado sobrevivir. Para ello es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comprenden mejor que ese dolor humano va más allá de cualquier perdida material, o física visible como una fractura, sino que deja secuelas tan profundas a nivel emocional y social que requieren tener más consideración.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Entre las consecuencias psicológicas pueden manifestarse inmediatamente, aunque también pueden evolucionar con el paso del tiempo, afectando a las personas en distintas etapas y niveles.

PLAZO	IMPACTO PSICOLÓGICO	DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	INTERVENCIONES Y IMPORTANCIA
CORTO PLAZO	Los primeros efectos incluyen ansiedad aguda, estrés postraumático (TEPT), y shock.	Un 50% de las personas expuestas presenta síntomas de trastornos psicológicos en las primeras semanas, y un 20% desarrolla TEPT crónico (WHO, 2013).	Es esencial una intervención psicológica inmediata para contener el impacto emocional, prevenir TEPT y reducir el riesgo de trauma prolongado.
MEDIANO PLAZO	Los síntomas pueden evolucionar hacia trastornos prolongados como depresión, ansiedad e insomnio.	Entre el 10% y el 15% de los afectados desarrollan cuadros depresivos graves en los meses posteriores (Norris, Friedman & Watson, 2002).	En esta fase, la atención psicosocial es clave para evitar la cronificación del trauma y preservar la cohesión social y familiar.
LARGO PLAZO	El trauma no tratado puede generar trastornos severos como abuso de sustancias, depresión crónica o conductas suicidas.	Los índices de suicidio aumentan en un 30% en comunidades afectadas durante los primeros cinco años (PAHO, 2016).	Las intervenciones sostenidas a largo plazo son necesarias para asegurar la resiliencia y la recuperación integral, no solo física sino también emocional.

Tabla 5. Elaboración propia

Con respecto a observar la importancia sobre tratar el impacto psicológico de los desastres naturales, es fundamental concebir cuán necesario es incorporar la salud mental, dado que el dolor emocional puede ser tan devastador como las pérdidas materiales. Porque entre sus múltiples causas nos encontramos con la pérdida de seres queridos, que es quizás una de las más desgarradoras de las situaciones, porque es como si un vacío desafiara las leyes del tiempo y el espacio, uno donde esa ausencia se transforma en un susurro constante del sentido de vida de los sobrevivientes.

Ese que, al igual que la metáfora del árbol, es como si fuese arrancado brutalmente de raíz, y es así como nos encontramos con aquellos que pierden a sus seres más cercanos, unos que se encuentran con un duelo más profundo, puesto que no solo deben reconstruir sus vidas en cuanto a lo material, sino también siquiera pensar en una reconstrucción emocional; es un proceso bastante incierto e incluso abrumador, uno que está plagado de preguntas sin respuestas, y donde cada intento por avanzar se siente como caminar sobre un conjunto de ruinas emocionales.

El mencionar la devastación del hogar añade una capa de sufrimiento como sentido. Principalmente, ya que, para ciertos individuos, el hogar no es simplemente un lugar físico, sino una manifestación de su propia identidad y un sistema de protección. Es como una luxación que le despoja de su sentido de estabilidad y pertenencia. Asimismo, nos encontramos con otros sobrevivientes que quedan atrapados entre nostalgias de lo que fue y lo que ya no es, en un balance negativo, cuyos síntomas van desde: ansiedad, insomnio o depresión, ya que para el ser humano su hogar le desestabiliza por el significado de esfuerzo y todas sus demás representaciones.

A todo esto, se le suma la ruptura de redes sociales, lazos comunitarios, esenciales para el bienestar emocional, ya que al estar en medio de la tragedia cada quien vela por sus carencias y dificultades, generando una desconexión. El distinguir este tejido tan frágil, como lo es la reconstrucción, es como estar en una lucha diaria por reconocer ese sentido, que parece volverse una carga aún más pesada que lleva a cuestas quizás para siempre.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Por eso se debe profundizar en estas causas subyacentes, desde la reconstrucción de redes sociales hasta el acompañamiento emocional tras la pérdida de seres queridos, porque solo entonces se puede restaurar la esperanza en quienes han quedado atrapados en el dolor, como si fueran náufragos de una tormenta emocional.

Entre las principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres, nos encontramos con lo siguiente según la OPS (pp. 45 – 47)[20]

> En el caso de desastres, el impacto emocional esperable varia con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de los individuos en los primeros momentos después del evento.
>
> El siguiente cuadro ayuda a recordar cuales son los cambios psicológicos que se pueden esperar y cuáles son las intervenciones psicológicas y sociales destinadas a la más pronta recuperación y, eventualmente, a la detección precoz y el manejo básico de trastornos mentales.

FASE	RESPUESTAS PSICOLÓGICAS	INTERVENCIONES PSICOSOCIALES
PRIMERAS 72 HORAS	• Crisis emocionales • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas • Excitación aumentada o parálisis por el temor • Ansiedad difusa • Deseo temor de conocer la realidad • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas • Ocasionalmente, estado de confusión aguda	• Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Socorro y protección • Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatos • Primera ayuda psicológica
	• Aflicción y miedo; nerviosismo • Tristeza • Duelo • Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados)	• Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Ayuda humanitaria

[20] Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres

PRIMER MES	• Preocupación exagerada, irritabilidad inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdidas del sueño y apetito • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral	• Apoyo de la red social • Acompañamiento personal a casos en riesgo • Detección de individuos y grupos de riesgo, y de casos con psicopatología • Intervenciones psicosociales, individuales y grupales • Atención de casos con trastornos psíquicos
2 A 3 MESES	• Ansiedad que se va reduciendo • Tristeza que persiste por más tiempo • Tristeza o ansiedad no muy aparentes como tales, pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, auto agresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivas) • Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas • La creciente que se acentúa si hay discriminación, revictimización o impunidad • Síntomas somáticos que persisten • Ocasionalmente síntomas de estrés postraumático	• Apoyo de la red social • Acompañamiento y apoyo emocional a lo más vulnerables y maltratados • Intervención psicológica individual • Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional)

Tabla 6. OPS (pp. 45 – 46)

… (p. 46) a partir de los tres meses. En condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas. Por ejemplo, una tristeza que se va aliviando y que sólo reaparece temporalmente en los aniversarios o fechas especiales.

Sin embargo, pueden existir señales de riesgo como:

- Duelos que no se superen,

ISBN: 978-628-95101-6-4

- Riesgo de suicidio;
- Síntomas tardíos: fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos, y
- Síntomas de estrés postraumáticos

Eventualmente, se han observado algunas personas que aparentemente han reaccionado con gran equilibrio y comienzan a presentar síntomas después del año.

En esta etapa, la intervención de salud mental debe estar dirigida a la detección de nuevos casos sintomáticos, la remisión de casos complejos para atención especializada y la inserción de aquello que lo requieran en los servicios regulares.

TEÓRICOS QUE HAN PROPORCIONADO INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE EL TEMA

Frente a las repercusiones psicológicas de los desastres naturales, no solo se manifiesta el perjuicio inmediato que causan, sino que puede perdurar durante meses, años e incluso generaciones. Nos encontramos con teóricos que han proporcionado un entendimiento detallado...

TEÓRICOS	APORTE PRINCIPAL	ENFOQUE	OBSERVACIONES
JUDITH HERMAN[21]	Estudio del trauma complejo y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	Las reacciones psicológicas al trauma no desaparecen con la recuperación física. La reconstrucción de la narrativa personal es esencial para la recuperación, permitiendo a los afectados reinterpretar y procesar sus experiencias traumáticas. El trauma no debe definir la identidad de las víctimas.	Resalta la importancia de la narrativa personal para el proceso de sanación, destacando que el trauma persiste más allá de la recuperación física, y que la reconstrucción de una historia coherente es clave para no quedar atrapado en el trauma.

[21] Herman, J. L. (1992). Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror. Basic Books.

BESSEL VAN DER KOLK[22]	Relación entre cuerpo y mente en la recuperación del trauma	El trauma se manifiesta a nivel físico y afecta el sistema nervioso. Las terapias que integran cuerpo y mente (e.g., mindfulness, intervenciones somáticas) son fundamentales para tratar el TEPT y otros trastornos relacionados. El trauma físico debe liberarse para una recuperación integral.	enfatiza la relación entre el cuerpo y la mente en la recuperación del trauma, argumentando que es vital liberar la tensión física, ya que el trauma impacta no solo a nivel emocional, sino también en el sistema nervioso, por lo que terapias somáticas son esenciales.
BONNIE BURSTOW[23]	Trauma histórico e intergeneracional	Las comunidades con traumas colectivos (e.g., genocidios, desplazamientos) son más propensas a desarrollar respuestas traumáticas prolongadas. Es crucial abordar tanto los traumas contemporáneos como los históricos, ya que se superponen y agravan el sufrimiento.	propone que los traumas históricos e intergeneracionales pueden agravar las respuestas a desastres contemporáneos, sugiriendo que las comunidades con antecedentes de trauma colectivo necesitan intervenciones que reconozcan estas heridas profundas.
LEONARD HOROWITZ [24]	Modelos psicosociales de respuesta comunitaria a desastres naturales	Los factores sociales (apoyo social, cohesión comunitaria) son esenciales para mitigar los efectos psicológicos de los desastres. La resiliencia de una comunidad depende de su capacidad de movilizarse y ofrecer apoyo mutuo. La ausencia de estos factores puede prolongar el sufrimiento emocional.	ofrece una perspectiva comunitaria, señalando que el apoyo social y la cohesión comunitaria son determinantes claves para la resiliencia tras los desastres, lo que sugiere que las intervenciones psicosociales deben

[22] Van Der Kolk, B. (2014). The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Viking.
[23] Burstow, B. (2003). Toward a Radical Understanding of Trauma and Trauma Work. Violence Against Women, 9(11), 1293-1317.
[24] Horowitz, L. M. (2000). Interpersonal Foundations of Psychopathology. American Psychological Association.

ISBN: 978-628-95101-6-4

			centrarse en fortalecer el tejido social para promover la recuperación.

Tabla 7. Elaboración propia

INDICACIONES INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS

Debemos entender que la recuperación emocional es tan importante como las medidas físicas y las ausencias de recursos perdidos dentro de un desastre natural. Como fuentes, es importante que los gobiernos puedan fortalecer sus capacitaciones con información más precisa de organismos como la Cruz Roja y la OMS/OPS.

Reconociendo que estas acciones son indispensables para el desarrollo personal, una que constantemente infravalora el seguimiento de la salud mental. Dado que es importante en la recuperación porque sin una adecuada respuesta de atención tanto de las necesidades físicas como psicológicas, la reconstrucción será insuficiente a nivel individual.

En cuanto a los aspectos comunitarios, generalmente todo es más urgente, porque a veces las mismas comunidades se transforman en redes de apoyo para quienes han sufrido alguna dificultad por desastres naturales. Siendo como un bálsamo necesario con la identificación de esos otros, puesto que a su vez no solamente brindan recursos indispensables, sino que además son una fuente de consuelo para reconstruir el sentido y retornar a una aparente normalidad.

Se debe entender que, aunque lo visible es de carácter urgente, lo invisible puede llegar a ser irremediable y dejar secuelas permanentes difíciles de sanar, como un árbol

que no recibió más que unas atenciones primarias, pero le ingresaron agentes infecciosos que no están a la vista, y de repente comienza a perder día con día ese brillo, y poco a poco se apaga, hasta que las raíces ya no pueden ser sanadas. Ahora bien, un ecosistema como comunidad, que no recibe las atenciones necesarias, solo será breve y permanecerá en expresiones confusas y ambiguas que ni siquiera pueden ser paliativos.

BARRERAS Y DESAFIOS EN LA ACTUALIDAD

A pesar de que ahora se utiliza mucho dentro de los discursos e incluso en medios de comunicación sobre la salud mental, pareciera tan etéreo como afirmación, porque no es más que un conjunto de indicaciones que no son más que expresiones aleatorias sin un verdadero sentido. Invisibilizando aún más la situación y agravando todas las medidas, porque no solo es solucionar las necesidades que saltan a la vista, y que surgen de programas que a veces ni siquiera tienen conocimiento sobre cómo abordar situaciones como desastres naturales. Ni se hacen las prevenciones, o adecuaciones o seguimientos para minimizar los impactos pertinentes, llevando a más confusión e incomprensión sobre la situación de los sobrevivientes, dificultando su real destino.

Haciendo que cada obstáculo sea aún más difícil de sobrellevar. Aunque los países en desarrollo tienen más alternativas, en este caso, pueden enfrentarse a problemas como la falta de personal capacitado para estas situaciones, implementaciones e intervenciones precisas basadas menos en la improvisación y más en protocolos ya predefinidos.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Por lo cual, nos encontramos con que, según la OMS (2022):

> menos del 2% del presupuesto global destinado a la salud en emergencias se asigna a la salud mental, lo que refleja una disparidad en la asignación de recursos. Esto crea un ciclo de desatención donde las poblaciones más afectadas quedan sin el apoyo necesario para superar los traumas asociados al evento.

ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL Y COMO ESTRABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA SEGÚN LA OPS[25] (Pp. 49 – 51)

QUÉ HACER	CÓMO HACERLO
CREAR UN CLIMA DE CONFIANZA Y SEGURIDAD	• Estar disponible cuando lo necesiten • Adoptar una actitud amable y cortes, evitando los extremos de frialdad o formalismos versus paternalismos
ESTABLECER UNA BUENA COMUNICACIÓN	• Aprender a escuchar sin interrumpir y demostrando interés, utilizar algunos gestos de asentamiento o formular algunas preguntas sobre lo que está expresando • Respetar el silencio o las explosiones emocionales, esperar en silencio a que pueda controlarse • Identificar y adaptar el trato y el lenguaje a las características culturales y la edad “don Álvaro” o “señora Ramírez” y “usted”, “vos” o “tú”, según lo que se use. • Adaptar el ritmo de la conversación a las características de las personas ancianas que se cansan más rápido y pueden tener dificultades sensoriales.
FOMENTAR EL RESPETO Y LA TOLERANCIA	• Entender, aceptar y respetar a la persona con sus características • Tratar de razonar con lógica y utilizar el sentido común sin imponer criterios • No ponerse de ejemplo, ni comparar situaciones • No predisponerse con las personas, aprender a manejar las situaciones y mantener el dominio sobre las propias emociones • Nunca perder el control ni responder con agresividad.

[25] Guía práctica de salud mental en desastres

BRINDAR APOYO EMOCIONAL	• Buscar la reunificación de las familias • Gestionar el apoyo, la solidaridad y la ayuda de la familia y de las organizaciones comunitarias existentes • Asegurar el acompañamiento y el cuidado personal en el periodo inmediato posterior al evento traumático, especialmente para quienes han quedado solos y han tenido más pérdidas, asegurar su continuidad • Facilitar que las personas, cuando lo deseen, hablen del desastre, de sus reacciones emocionales y de su condición actual. El hablar no solo Alivia, sino que, también, puede ayudar a una mejor comprensión de las experiencias dolorosas y al descubrimiento de estrategias de solución.
ENTENDER Y ALIVIAR LOS SINTOMAS	• No restar importancia a los síntomas actuales, sino ayudar a la persona a entenderlos y afrontarlos. • Permitir (pero no forzar) la expresión de sentimientos • Explorar lo que las personas piensan acerca de la expresión abierta de sentimientos, para contrarrestar la creencia de que ello implica debilidad • Señalar la relación que los síntomas y su reacción tienen con la situación vivida y con las circunstancias actuales. • Asegurar que se irán aliviando con el tiempo, aunque puedan aparecer recrudecimientos temporales. Promover el reconocimiento de las evidencias de progreso por parte del paciente. • Facilitar y promover el reconocimiento de expresiones encubiertas de sentimientos a manera de modificaciones de conducta (agresividad, consume de alcohol o drogas, por ejemplo) o de síntomas físicos y ayudar a la persona a entender las relaciones y adoptar mejores medios de expresión. • Hacer seguimiento para evaluar la naturaleza normal o patológica de su evolución.
REFORZAR LA AUTOESTIMA	• Analizar junto a la víctima, las ideas negativas o invitarla a hacer también un inventario de elementos positivos, intentando un balance más equilibrado. Recordar y enfatizar que, a pesar del desastre, son personas que tienen fortalezas que sido probadas en el pasado. • Sugerir y orientar hacia posibilidades de solución, alentando a las personas a asumir un compromiso activo en la toma de decisiones y en su

ISBN: 978-628-95101-6-4

	implementación. Es muy importante combatir la sensación de haber perdido el control sobre su propia vida, de manera que pasen de víctimas pasivas y dependientes a sobrevivientes capaces de enfrentarse a su destino. • Promover que se mantenga o retome el estilo habitual de vida de la persona. • Promover el reinicio de las actividades sociales, tales como prácticas religiosas, deportivas, recreativas, etc. Esto puede generar culpa, en tal caso, insistir en que es indispensable que su vida se normalice lo más pronto posible y, además, que distraerse es importante para contrarrestar los síntomas. • Enfatizar y reforzar el hecho de que cuenta con apoyo familiar y social para la recuperación. • Orientar sobre el acceso a los recursos de apoyo y ayuda, proveyendo información clara.
ELABORAR LOS DUELOS	• Emplear todos los recursos enunciados a propósito del apoyo emocional, aliviar los síntomas y fortalecer la autoestima. • Intentar averiguar las reacciones previas ante situaciones de duelo, lo cual dará una idea de cuál es la manera como la persona se ha “defendido” antes. • Con cuidado, en la medida en que la situación emocional del paciente lo permita, ayudar a superar la negación confrontando a la persona con la realidad y ayudándola a analizar las perspectivas de una vida que debe continuar, a pesar de la perdida. • En caso de Muerte de familiares, reforzar los recuerdos positivos del fallecido. • Apoyar la identificación del cadáver y la sepultura individual. • Apoyar y ayudar a elaborar los rituales de aceptación. Por ejemplo, poner una cruz en el lugar presumible de la Muerte, hacer novenario, etc. • Reiniciar las actividades sociales, como prácticas religiosas, deportivas, recreación familiar, etc.

Tabla 8. OPS

Es por eso que es vital reconocer y aceptar que la intervención psicológica dentro de un desastre natural es indispensable para ayudar en ese proceso de sanación, en

especial cuando hay cicatrices invisibles que han dejado a las personas. Como el árbol que necesita poda y fortalecimiento antes de una temporada donde puede ponerse en un estado de vulnerabilidad, nos encontramos con que la preparación, así como el apoyo psicológico, puede ayudar a cicatrizar de una manera más equilibrada. Como se ha podido ver entre los distintos teóricos, la importancia de las narrativas personales, las diferencias individuales, es así como cada árbol necesita de su propio proceso para enfrentar ese proceso de recuperación y encontrar el apoyo emocional es parte fundamental.

Como la metáfora del árbol y la tormenta, podemos llegar a sensibilizarnos sobre la importancia de ese proceso de intervención psicológica. Porque a veces nuestra insensibilidad o indiferencia frente a los otros es mayor que frente a una situación abstracta o, en este caso, un imaginario que es posible de comprender porque lo vimos con el caso de los frailejones[26]: les tomarán décadas e incluso nuevas generaciones[27] recuperarse del impacto causado. Es así como un ser humano debe enfrentarse a las crisis, aunque vimos los daños permanentes y casi desgarradores momentos frente a esta situación por tan solo unos descuidos que no fueron sancionados. Es así como arrasan los desastres naturales: no distinguen género, cultura, clase social o económica si se le atraviesa por su camino, y la reconstrucción y las laceraciones emocionales

[26] https://www.researchgate.net/publication/344376843_Conversatorio_sobre_frailejones_de_Colombia_revision_del_estado_de_conservacion_y_amenaza Consultada (15/08/2024)

[27] https://www.elespectador.com/ambiente/mas-de-50-anos-tardaran-los-frailejones-quemados-en-recuperar-alturas-de-2-metros/ Consultada (15/08/2024)

ISBN: 978-628-95101-6-4

pueden ser igual o mayor o menor proporción dependiendo de las herramientas con las que cuente.

Los frailejones nos demostraron un ejemplo de resiliencia[28] en la naturaleza, uno que nos indica que pese a todo no se debe desistir, aun en las peores circunstancias, y bajo todos los escombros y cicatrices que le quedaron visibles, ellos poco a poco insisten en sobrevivir, aun cuando la sociedad en sus descuidos quiere destruirles por no valorar todo su potencial. Como toda intervención, al igual que un árbol que, tras ser dañado, necesita tiempo y condiciones adecuadas para florecer nuevamente. Los seres humanos, con una palmadita y fotos en los lugares por publicidad e indicarles que todo estará bien, no es tan simple.

Bajo este contexto, la OPS (2022) sugiere:

> que la intervención psicológica debe centrarse en crear un clima de confianza y seguridad, permitiendo que las personas se expresen sin temor a ser juzgadas. Además, se debe fomentar el respeto y la tolerancia, entendiendo las diferencias individuales y culturales, y brindando apoyo emocional que facilite la reunificación de las familias y la recuperación social.

Hay que tener mucha obcecación para no ser conscientes de que los desastres naturales tienen una correlación con el cambio climático; sin embargo, no faltarán las historias fantasiosas o de conspiración que pueden circular para no comprender que la real situación salta a la vista, y es que la percepción se deja ganar por el populismo de imaginarios ilusorios de un bienestar que, si no se construye en comunidad con responsabilidades compartidas, no habrá tal contexto en el que sobrevivir.

[28] https://www.eltiempo.com/colombia/santander/la-explicacion-al-milagro-de-los-frailejones-que-resucitaron-en-santander-858262 Consultada (15/08/2024)

Al igual que la paz, que es una ilusión que se comercializa, el cambio climático es un problema donde no solo debe estar en manos de quienes lo usan como discurso pero que solo son palabras perdidas en el viento, sino que, si recordamos en memorias olvidadas por seres negligentes, debemos comprender que no solo como profesionales en el campo de la salud mental somos responsables de mitigar los impactos, y dejar de esperar soluciones que queden entre un quizás. ¿Qué puede que no le dé respuesta sobre el porqué de la desconfianza, la desorientación y la ausencia de preparación, pese al conocimiento de esas situaciones año tras año, una donde el tejido social poco a poco se debilita, como ese árbol que deja de recibir nutrientes? Erosionando cualquier esquema, las bases de cualquier representación de convivencia. Es por eso que cada actuación y compromiso hoy determinará nuestro futuro para construir esos refugios tanto para los árboles como para las generaciones siguientes.

Cada vez que hay una pérdida producto de los desastres naturales, no solamente son las ausencias de elementos materiales, porque con ello se fueron sueños construidos, familias formadas e incluso mascotas que fueron elegidas para ser parte de un tiempo definido por un grupo familiar, que no se espera poner en riesgo, y esas son las cicatrices invisibles que dejan, transformándose en huellas irreparables, que le acompañarán en un proceso donde debe continuar pese a todo.

Es por eso que, como frailejones, las aves e incluso los árboles, nos muestran ejemplos contundentes de resiliencia pese a las vicisitudes vividas, y aunque es difícil y muy entendible llegar a sobreponerse ante adversidades no esperadas, también es

ISBN: 978-628-95101-6-4

necesario reconocer la importancia y que se debe explorar el trauma individual y colectivo.

TIPO DE TRAUMA	DEFINICIÓN	EJEMPLOS	DESCRIPCIÓN BREVE
INDIVIDUAL[29]	Reacción emocional y psicológica que una persona experimenta tras un evento catastrófico, como un desastre natural, que puede incluir miedo, angustia, flashbacks y ansiedad.	Una persona que pierde su hogar tras un terremoto y experimenta pesadillas recurrentes. Un sobreviviente de un huracán que sufre de trastorno de estrés postraumático (TEPT).	Se centra en las respuestas emocionales y psicológicas de una sola persona frente a un desastre.
COLECTIVO[30]	Impacto psicológico experimentado por una comunidad o grupo social después de eventos traumáticos masivos que afectan a gran parte de la población.	Comunidades desplazadas tras un tsunami que enfrentan dificultades emocionales y económicas. Un pueblo que sufre el impacto psicológico y económico tras una inundación devastadora.	Involucra a comunidades enteras que comparten una experiencia traumática, a menudo con consecuencias sociales y culturales duraderas.

Tabla 9. Información aquí descrita

Como la metáfora del árbol y la tormenta nos ayuda a visualizar el proceso de intervención psicológica. Podemos llegar a imaginar a las personas como árboles heridos por la furia de esa tormenta, comprendiendo así que no solo se trata de los daños visibles, como ya se ha reiterado, sino también de la ruptura emocional. Porque los individuos y las comunidades no deben olvidar ni quiénes son ni sus pérdidas, deben

[29] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
[30] Neria, Y., Galea, S., & Norris, F. (2009). Mental health and disasters. Cambridge University Press.

afrontar procesos de intervención que les permitan expresar ese dolor que tienen para poder avanzar.

Es por todo lo anterior que atender y capacitarse oportunamente en los protocolos de intervenciones psicológicas pueden fomentar la resiliencia, porque la inacción no solo complicará aún más los impactos que se están presentando, sino que también se marcará como huellas indisolubles y difíciles de sanar en nuestras comunidades. Es por eso que se requiere de una combinación de esfuerzos para encontrar esa recuperación sostenible que no sea solo una ilusión para todas las personas.

DISCUSIÓN: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Hasta aquí podemos comenzar a concluir que los desastres naturales no solo echan abajo elementos físicos y comunidades, sino que además pueden dejar de manera transitoria o permanente cicatrices invisibles en la salud mental de las personas. Con respecto a las respuestas institucionales y comunitarias, aunque han enmendado algunas gestiones de crisis inmediatas, siguen siendo incipientes en especial a la hora de priorizar el apoyo emocional a largo plazo.

Además, tenemos que las intervenciones psicológicas tempranas continúan siendo la solución para aminorar algunos efectos de traumas individuales o colectivos y así poder facilitar un proceso de recuperación integral. Sin embargo, nos seguimos encontrando con la falta de recursos al tema de la salud mental, la falta de personal

ISBN: 978-628-95101-6-4

especializado y la estigmatización como limitantes para alcanzar un mínimo de acceso a un tratamiento adecuado.

Como en la introducción se formularon bastantes preguntas, es importante para finalizar poder responderlas de manera breve:

1. ¿Cómo podemos entender y abordar estas cicatrices invisibles para ofrecer un apoyo más efectivo?

Como respuesta a esta pregunta, el poder hablar de cicatrices invisibles, sin lugar a dudas, pareciera no tener el impacto ni la relevancia principalmente porque no se ven a simple vista, pero son tan profundas como las físicas. Para entenderlas, como se ha podido argumentar, debemos distinguir que el trauma no es solo una solución momentánea a un peligro, sino que es una herida emocional que perdura, un susurro que replica en el interior de quienes lo han experimentado. Es por eso que abordar estas cicatrices requiere más que apoyo técnico; implica la creación de entornos seguros donde los individuos puedan entender y expresar sin juicios su dolor, y darle nombre a lo inexpresable. Esto también nos demanda una escucha empática, una comprensión desde el reconocimiento cultural sensible y una intervención que llegue a trascender el período inmediato de cualquier crisis. Puesto que solo así es que podemos empezar a sanar esas heridas que se asilan en el alma, esas cicatrices que, sin lugar a dudas, si se ignoran, inician un proceso infeccioso limitando cualquier posibilidad de recuperación.

2. ¿Por qué, a pesar de su gravedad, la salud mental no recibe la misma atención que la recuperación física tras un desastre?

Con respecto a esta pregunta, debemos entender que la salud mental, a pesar de su importancia, a menudo es postergada porque sus heridas no son lo suficientemente perceptibles. En especial en un mundo que prioriza lo visible y lo inmediato, por lo que la recuperación física se convierte en el reflector. También nos encontramos con la barrera cultural: esa donde el estigma alrededor del tema de la salud mental nos ha enseñado a silenciar el sufrimiento emocional, comunicando que esto es una representación de debilidad. Por lo que frente a esta ceguera sistémica es compleja, porque si bien podemos reconstruir una casa, una que nos puede devolver un sentido de seguridad, pero ignorar las heridas emocionales nos puede condenar a vivir entre sombras y escombros de sufrimiento.

3. El poder identificar las medidas preventivas para atenuar las repercusiones del trauma después de un desastre, es similar a comprender la relevancia de establecer redes de soporte inmediatas y accesibles. Por lo tanto, un abordaje integral de la salud mental debe integrar desde la asistencia emocional, psicológica y comunitaria. Para así poder facilitar el acceso a primeros auxilios psicológicos, proporcionando los espacios para la expresión de emociones y realizar intervenciones individuales y grupales que fomenten el sentido de pertenencia que contribuyan a reducir el aislamiento y el miedo que sienten los afectados.

4. ¿Cómo se pueden identificar y fortalecer los factores de resiliencia en las comunidades afectadas por desastres?

El asimilar y fortalecer los factores de resiliencia en las comunidades requiere de una visión integral que valore tanto los recursos internos como externos de una sociedad.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Comprender la importancia de la resiliencia, esa que se encuentra en los lazos de solidaridad, en las tradiciones culturales que promueven la cooperación, y en la capacidad colectiva para que cada persona pueda adaptarse frente a la adversidad y la incertidumbre. Para defenderla, es importante fomentar la cohesión social, desarrollar programas que promuevan la participación activa de los ciudadanos, que celebren los logros compartidos y que proporcionen herramientas para el bienestar emocional. Además, de invertir en la educación y preparación ante futuros desastres, es indispensable reconocer que todo es posible de manera preventiva, ¿pero a quién beneficia que esto no sea así?, es por eso que se debe ofrecer toda la experticia en conocimientos y recursos, que empoderen a las personas a actuar proactivamente, transformando el miedo que es indiscutible en una fuerza movilizadora que posibilite unión y coraje o fuerza. Puesto que, la resiliencia no solo se construye desde la intervención externa, sino desde el corazón mismo de cada individuo y la comunidad.

5. ¿Cómo pueden las intervenciones comunitarias ayudar a sanar tanto a nivel individual como grupal?

Bajo este escenario, todas las acciones promueven ese sentimiento de pertenencia, capacitando a las personas para manifestar sus experiencias y sentimientos. Puesto que, al abrir estos espacios de diálogo y apoyo mutuo, las comunidades pueden reescribir sus narrativas de sufrimiento a una de resiliencia y, lo mejor, de superación. Además, al lograr involucrar a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones y en la implementación de soluciones, se fortifica el tejido social, reconociendo que las personas se sientan valoradas y escuchadas. Frente a esta

sinergia, posibilita no solo abordar el trauma, sino también construir un sentido renovado de identidad y propósitos, donde cada cicatriz puede llegar a ser vista como un símbolo o una representación de resistencia compartida.

6. ¿Qué barreras existen para aplicar estas estrategias de manera efectiva, y cómo pueden superarse?

Nos encontramos con que las barreras son variadas. Entre ellas están la escasez de recursos económicos y humanos, la carencia de profesionales formados en salud mental en temas de desastres naturales. Adicionalmente, nos topamos con la cultura del prejuicio que engloba la salud mental, una cuestión que ya ha sido señalada.

7. ¿Cómo podemos garantizar que los sistemas de salud mental sean una parte integral de la planificación de la respuesta ante desastres?

Entender su importancia para integrar los sistemas de salud mental en la planificación de la respuesta ante desastres implica reconocer que tanto la salud física como la emocional son dos caras de una misma moneda y aún sigue siendo muy difícil de aceptar.

8. ¿Cómo podemos reducir el estigma y facilitar el acceso equitativo a los recursos psicológicos?

Reducir el estigma asociado a la salud mental requiere un cambio cultural profundo y sostenido, comenzando con una sensibilización dentro de los contextos educativos. Unos que permitan normalizar cualquier tema sobre la salud mental, para,

ISBN: 978-628-95101-6-4

así como compartir historias de personas que han enfrentado y superado dificultades emocionales, unos que puedan ayudar a desmantelar mitos y prejuicios.

9. ¿Qué implicaciones tiene la falta de planificación en salud mental para las comunidades afectadas por desastres?

La improvisación parece ser la fuente de inspiración que viene con cada periodo de tiempo, una donde desde la grandilocuencia, sin una conformidad apreciada por un grupo técnico preciso y fuentes ya existentes en estos temas, es lo que ha conducido a consecuencias catastróficas. Porque frente a la poca claridad en la importancia del bienestar individual y colectivo, el reconocimiento de las zonas vulnerables y expuestas a situaciones constantes, y muy poca planeación, ha generado más indefensión colectiva e individual, en especial ya que no reciben el apoyo adecuado haciéndoles sentir más vulnerables, abandonadas y aisladas, lo que agrava la desconfianza y el desánimo

10. ¿Estamos haciendo lo suficiente para apoyar a quienes llevan cicatrices invisibles en el alma? Y si no, ¿qué pasos deben tomarse para garantizar que la salud mental sea tratada con la misma urgencia que las necesidades físicas en los esfuerzos de recuperación?

Hablar de salud mental en la cotidianidad es tan común como corriente, pero se hace sin una argumentación sólida y, a menudo, con mucho sesgo. Dado que algunas regiones son más vulnerables que otras, se invisibiliza aún más la situación, como si el tema nos fuera ajeno en cualquier sentido.

En especial, las políticas públicas no le dan seguimiento ni prioridad a esta situación de manera preventiva, para minimizar el impacto de la devastación física y, desde luego, psicológica. Por lo cual, es de vital importancia la formación de personal técnico especializado en estas áreas, así como la elaboración de manuales que sensibilicen sobre los distintos tipos de desastres naturales y catástrofes, y las acciones a seguir tanto dentro como fuera de las zonas afectadas.

Puesto que es inevitable que lo que hoy no nos afecta, posiblemente en algún momento, debido a los descuidos frente a la naturaleza y el cambio climático, sí lo haga, y ante la falta de herramientas de cualquier clase, la población se encuentra en un estado de indefensión permanente. ¿Para quién? y ¿con qué propósitos? Al conocer la información, las personas aprenderán a ser más selectivas y comprenderán el lenguaje de la situación, evitando caer en discursos insensatos.

Además, la salud mental es un deber y un derecho que debe ser garantizado. No podemos mantenernos en una constante de despreocupación sobre las personas y sus procesos. Al comprender sus narrativas, aprenderemos más sobre lo que implican sus duelos, sus transformaciones y este tema tan complejo de sobrellevar llamado vivir.

RECOMENDACIONES

Se debe tener en cuenta lo siguiente:

LA NOTABILIDAD DE LA PREPARACIÓN: Demostrar cómo la ausencia de preparación puede agravar las repercusiones de un desastre y cómo la organización y la formación pueden preservar vidas es indispensable.

ISBN: 978-628-95101-6-4

LA RESILIENCIA: Investigar la habilidad de los individuos para vencer traumas y reconstruir sus existencias tras un desastre y así poder implementar programas o protocolos específicos que impulsen no solo a las víctimas sino a poblaciones vulnerables y a la población en general sensibilizándonos sobre el tema.

LA REPRESENTACIÓN DE LA COMUNIDAD: Resaltar el rol crucial de las comunidades en la recuperación de un desastre, así como la relevancia de la solidaridad y el respaldo recíproco, y empoderarlos con herramientas que les sirvan como soporte en caso de emergencias.

LAS LIMITACIONES DE LAS ENTIDADES: Demostrar cómo las instituciones frecuentemente no cumplen con las necesidades de los individuos afectados por catástrofes y cómo la sociedad civil puede tener un rol esencial y ser un agente activo permanente.

LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN: Demostrar cómo la ausencia de preparación puede agravar la situación y la importancia de personal calificado constante.

LIMITACIONES

En el caso de las limitaciones, van directamente proporcionales a las recomendaciones. Esto quiere indicar que, si no se hacen los cambios pertinentes, las barreras de acceso a la atención, los estigmas, las distintas problemáticas dentro de los grupos vulnerables y las respuestas seguirán siendo ineficientes, en especial, con el tema de la atención psicológica, que ni siquiera es contemplada.

Como cierre, tenemos que el mejor renacer simbólico nos lo expresan los frailejones, unos que, completamente consumidos por esas llamas inclementes que arrasaron a su paso toda la flora y fauna preexistente, nos muestran con el ejemplo que la vida descubre un recorrido. Así es como también podemos sanar nuestras heridas emocionales y reconstruir nuestras vidas. En especial, cuando todo esté perdido, hay razones para continuar. Y aunque para algunos solo sea una planta, es el ejemplo viviente de que cualquier ser vivo, incluso uno que no puede desplazarse como los frailejones y cambiar su ecosistema, puede resurgir en medio de los escombros. Aun a pesar de todas las pérdidas de su ecosistema, de fauna y flora, están ahí mostrando que el camino no será fácil, pero es posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS Y ARTICULOS ACADÉMICAS

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

Burstow, B. (2003). Toward a Radical Understanding of Trauma and Trauma Work. Violence Against Women, 9(11), 1293-1317.

Burke Harris, N. (2018). The Deepest Well: Healing the Long-Term Effects of Childhood Adversity. Houghton Mifflin Harcourt.

Calderón, L.A. (2018) Psicologizando: no apto para psicólogos. Autores editores. 2 edición. Colombia

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2023) informe mundial 2022 sobre desastres confianza, equidad y acción local enseñanzas de la pandemia de covid-19. Para una mejor gestión de los desastres futuros

Herman, J. L. (1992). Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror. Basic Books

Horowitz, L. M. (2000). Interpersonal Foundations of Psychopathology. American Psychological Association.

Horowitz, L. M. (2000). Impact of Disasters on Communities: A Psychological Perspective. Journal of Health Psychology, 5(4), 407-423..

Información suministrada La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC) https://www.ifrc.org/es/nuestro-trabajo/desastres-clima-y-crisis/que-es-desastre Consultada (15/08/2024)

Neria, Y., Galea, S., & Norris, F. (2009). Mental health and disasters. Cambridge University Press.

Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. Psychiatry:

Interpersonal and Biological Processes, 65(3), 207-239. https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173

Organización Panamericana de la Salud. (2009) Guía práctica de salud mental en situación de desastres

Organización Panamericana de la Salud. (2007) Los desastres naturales y la protección de la salud

Organización Panamericana de la Salud. (2004) Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Impacto del cambio climático en la salud en las Américas: Salud mental. Disponible en: https://www.paho.org/es/impacto-del-cambio-climatico-en-la-salud-en-las-americas Consultada (15/08/2024)

PAHO. (2016). Impact of disasters on mental health in Latin America and the Caribbean. Pan American Health Organization.

Van Der Kolk, B. (2014). The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Viking.

Watts, N., et al. (2018). The Lancet Countdown on health and climate change: From 25 years of inaction to a global transformation for public health. The Lancet, 391(10120), 581-630. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32464-9 Consultada (15/08/2024)

World Health Organization. (2022). Mental health and climate change. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-climate-change Consultada (15/08/2024)

World Health Organization. (2022). Mental health in low- and middle-income countries. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health Consultada (15/08/2024)

World Health Organization. (2013). Mental health and psychosocial support in disaster situations in the Caribbean. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/76758

World Health Organization. (2015). Mental Health Atlas 2014. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/178879

Van der Kolk, B. (2014). The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Viking.

FUENTES EN LÍNEA

https://www.acnur.org/desplazamiento-y-cambio-climatico Consultada (15/08/2024)

https://www.elespectador.com/ambiente/mas-de-50-anos-tardaran-los-frailejones-quemados-en-recuperar-alturas-de-2-metros/ Consultada (15/08/2024)

https://www.eltiempo.com/colombia/santander/la-explicacion-al-milagro-de-los-frailejones-que-resucitaron-en-santander-858262 (15/08/2024)

https://www3.paho.org/Spanish/AD/GE/genderdisasterssp.PDF Consultada (15/08/2024)

https://www3.paho.org/disasters/newsletter/527-las-personas-con-discapacidad-y-los-desastres-250-322-es.html Consultada (15/08/2024)

https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Disasters-Spanish.pdf Consultada (15/08/2024)

https://www.paho.org/es/documentos/sistemas-resilientes Consultada (15/08/2024)

https://www.researchgate.net/publication/344376843_Conversatorio_sobre_frailejones_de_Colombia_revision_del_estado_de_conservacion_y_amenaza Consultada (15/08/2024)

https://www.un.org/es/climatechange/what-is-climate-change Consultada (15/08/2024)

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-new-threats-to-health Consultada (15/08/2024)

RESEÑA AUTORA

LILIANA ANDREA CALDERÓN GARZÓN

Psicóloga, consultora internacional y conferencista con una trayectoria sólida en diversas áreas de la psicología y la educación. Ha desarrollado estudios especializados

en igualdad de género, derechos humanos, cyberbullying y políticas ambientales, con una clara orientación hacia temas sociales de gran relevancia global. Posee una especialización en docencia superior y es reconocida por su experiencia. Asimismo, ha profundizado en la psicología del pensamiento y los métodos de investigación, campos en los que ha aportado significativamente tanto en la teoría como en la práctica.

Su formación académica incluye una maestría en educación y un máster en inteligencia emocional, lo que la ha capacitado para abordar el proceso educativo desde una perspectiva emocional y cognitiva. Actualmente, es candidata a Doctora en Educación.

OBRAS: Es autora de numerosos libros, entre ensayos académicos, literarios y poesía entre los que destacan Entre líneas, Viviendo entre el miedo, Una carta, Cuando una mano no basta, Creencias vs realidad (Reconociendo lo involuntario del inmigrante), Psicologizando, Solo palabras indeterminado, categórico y sin sentido entre otros. Sus obras abarcan una amplia gama de temas, desde la psicología hasta la educación y el análisis de las emociones humanas, la comunicación con un toque de filosofía y comunicación.

ARTÍCULOS ACADÉMICOS: Entre 2019 y 2023, ha publicado artículos académicos que abordan temas como la psicología del voto, Máscaras y arquetipos, Educándonos para la sexualidad 2.0, y Legitimando el placer sexual en la vejez. Otros temas clave incluyen el análisis de la salud mental desde distintas perspectivas, como: El olvido y el silencio y Nociones al paradigma de la salud mental. En 2021, publicó trabajos como: El silencio en pandemia y En búsqueda de las subjetividades: educación

para la salud mental, los cuales reflejan su interés en las interrelaciones entre la salud mental y el entorno social.

Su producción académica anterior, desde 2010 hasta 2018, incluye artículos enfocados en la educación y el desarrollo humano, como: Pedagogía de la ternura, Por una educación sin disparidad y Delimitando el bullying y sus representaciones. En este periodo también exploró la xenofobia, el mobbing, la trata de personas y la deshumanización hospitalaria, destacando en su análisis de temas complejos y multidimensionales como el tráfico humano y las implicaciones de la violencia estructural en la salud mental y la educación.

AUTORA: Sin Espejos Ni Pretensiones. Plataformas: YouTube, Spotify. Amazon music. Apple podcast

Un espacio dedicado a la reflexión sobre temas como la psicología, la educación, la salud mental, la justicia social y los derechos humanos, en el que se abordan de manera crítica y accesible cuestiones complejas que afectan a la sociedad actual. El podcast fomenta la discusión abierta y sin filtros, con un enfoque en la empatía, el aprendizaje y la inclusión.

ANEXO 1

Los desastres naturales (huracanes, inundaciones, terremotos y erupciones volcánicas) pueden contribuir a la transmisión de algunas enfermedades siempre que el agente causal ya se encuentre en el ambiente. Los cambios rápidos en el ambiente

ISBN: 978-628-95101-6-4

humano pueden ser producto también de actos de guerra o de otras circunstancias provocadas por el hombre, como los accidentes industriales graves.

ANTECEDENTES

Los países latinoamericanos tienen mucha experiencia en materia de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. Por consiguiente, cabe suponer que, en las zonas donde las enfermedades importantes transmitidas por vectores son endémicas, los departamentos de salud llevan a cabo actividades de control. Esto implica que cuentan con a) datos de base; b) un grupo básico de epidemiólogos, entomólogos y especialistas en salud pública que pueda dar asesoramiento acerca de las medidas a adoptar; c) equipo, manuales y material de capacitación, y d) apoyo logístico y suministros de urgencia.

Cuando ocurre un desastre, los factores de riesgo de transmisión de enfermedades aumentan, las actividades de lucha antivectorial se interrumpen, y se tienen que ejecutar los planes de emergencia previstos. Según los expertos, casi todos estos planes son demasiado rígidos, por lo que es preciso adaptarlos a las condiciones locales. Siempre hay que tener en cuenta que los recursos disponibles se deben utilizar de manera óptima.

Inmediatamente después de un huracán, el riesgo de contraer malaria, dengue o encefalitis puede disminuir como consecuencia de la destrucción de los criaderos de los vectores locales. Sin embargo, es probable que la situación epidemiológica cambie unas pocas semanas después. Es necesario estar alerta a los efectos indirectos del desastre.

Por ejemplo, la destrucción de los acueductos forzará a la población a acumular agua dulce en recipientes temporales, que constituyen un criadero ideal para los mosquitos que transmiten el dengue. Los terremotos pueden intensificar la demanda de sangre para las transfusiones que necesiten los damnificados, las cuales de por sí constituyen un riesgo en las zonas endémicas de la enfermedad de Chagas. Por último, las condiciones de vida en los campamentos temporales hacen más frecuente el contacto entre el hombre y el vector.

Es probable que la densidad de los mosquitos que no se consideran vectores de enfermedades se eleve después del azote de un huracán. Aunque estos mosquitos carezcan de importancia desde el punto de vista médico, son una molestia para la población afectada, que exige que se atienda el problema y debe ser atendida.

Normalmente no se prevé que un desastre en América del Norte cause ningún problema grave de enfermedades transmisibles.

En la parte continental de México y Centroamérica, el Caribe y las zonas tropicales de América del Sur las enfermedades transmitidas actualmente por artrópodo son: malaria, leishmaniasis mucocutánea, leishmaniasis cutánea difusa, leishmaniasis visceral, oncocercosis (ceguera de los ríos), tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, filariasis de Bancroft, dengue, dengue hemorrágico, encefalitis equina venezolana, encefalitis vírica, fasciolosis humana, tularemia, fiebre amarilla de la selva, bartonelosis, fiebre de Oroya, tifus transmitido por piojos, y peste.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Con excepción de la enfermedad de Chagas, las enfermedades transmitidas por artrópodo no son importantes en los países templados de América del Sur.

En casos de desastre natural, las principales enfermedades transmitidas por vectores en las Américas son: malaria, dengue y dengue hemorrágico. El vector de la fiebre amarilla urbana es el del dengue, pero la transmisión de la fiebre amarilla en las zonas urbanas es poco común, excepto durante una epidemia. Además, la fiebre amarilla se puede prevenir por medio de una vacuna inocua y eficaz. Actualmente no hay vacunas contra la malaria, el dengue o el dengue hemorrágico**.**

DESAFECCIÓN POR LA PARENTALIDAD

DISAFFECTION FOR PARENTING

Nery Esperanza Cuevas Ocampo
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
México

Investigación Cualitativa

RESUMEN

Vivimos una época en la cual la palabra Madre y Padre se han convertido en malas palabras, tener hijos se asocia con una carga, un problema, incluso una condena. Volverse padres es volverse viejos, sin proyecto personal y con un lastre enorme.

¿cómo hemos llegado a construir significaciones de desafección hacia la parentalidad?

Tal vez de lo que hablamos es de esa dificultad de asunción del rol, pareciera haber un desfase entre lo posible y lo deseable.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Al entrevistar a jóvenes universitarios, cuando les preguntamos acerca de si planean tener hijos a futuro expresan un rechazo abierto y las razones que exponen son con frecuencia de un falso dilema: o tienes futuro o tienes hijos. Aparece al profundizar en sus argumentos la idea de libertad, gozar de la vida, poder operar sin ataduras.

Ciertamente la parentalidad no es para todos, es un deporte de alto riesgo en esta posmodernidad. Si bien la ansiedad, es propia de la tarea de ser el adulto a cargo, pienso que actualmente los padres están bajo múltiples demandas y contradicciones que tal vez no existían antes.

Las generaciones anteriores, tenían inscrito en las significaciones imaginarias sociales el proyecto de ser padres, la imposibilidad de concebir era el problema mayor y en este horizonte se planteaba como destino femenino evidente la actividad de crianza.

El panorama hoy en día nos plantea una condición económica diferente, una inseguridad laboral continua, cambios en la asunción de género y de pareja, así como una mayor exposición de los niños a situaciones de riesgo, con una red social que ha tendido a desaparecer.

Estos factores, entre otros nos hacen pensar en la importancia de reflexionar acerca de esta desafección por la parentalidad y analizar el cómo generar con los sujetos la posibilidad de decidir si desean tener hijos o no.

La oposición a convertirse en padres puede ser vista como un indicador de una mayor conciencia, pero también en gran medida habla de que las condiciones no son óptimas, los padres se están quedando muy solos en sus tareas de crianza, es decir no hay apoyo social, institucional, laboral entre otros, al tiempo que hay una alta exigencia en el rol, los hijos aparecen como un producto exitoso o fallido de su habilidad parental.

Esta expresión de aversión no necesariamente es absoluta, observamos que las mujeres desean estar embarazadas, pero no desean tener un hijo, otras prefieren adoptar un hijo, otra variante es la construcción de asumirse como padres de perros, se conservan respuestas de ternura ante fotos de bebés, etc. Es decir, aparece frente a nosotros una complejidad que habla de la incertidumbre que viven las mujeres en esta época.

Existe una dificultad para la simbolización, observamos que prevalecen significaciones que son ancestrales y que son incompatibles con los estilos de vida de hoy, al tiempo que no se han creado nuevas significaciones que permitan legitimar las diversas maneras de ser mujer.

PALABRAS CLAVES

Parentalidades, asunción del rol, desafección, imperativos del rol, subjetivación del rol.

ISBN: 978-628-95101-6-4

ABSTRACT

We live in a time in which the words Mother and Father have become dirty words, having children is associated with a burden, a problem, even a condemnation. Becoming parents is becoming old, without a personal project and with an enormous burden.

How have we come to construct meanings of disaffection towards parenthood?

Perhaps what we are talking about is this difficulty in assuming the role, there seems to be a gap between what is possible and what is desirable.

When interviewing young university students, when we ask them if they plan to have children in the future, they express an open rejection and the reasons they give are often a false dilemma: either you have a future or you have children. When they delve deeper into their arguments, the idea of freedom, enjoying life, being able to operate without ties, appears.

Certainly parenthood is not for everyone, it is a high-risk sport in this postmodernity. Although anxiety is inherent to the task of being the adult in charge, I think that parents today are under multiple demands and contradictions that perhaps did not exist before.

Previous generations had the project of being parents inscribed in their social imaginary meanings, the impossibility of conceiving was the biggest problem and in this horizon, the activity of raising children was clearly seen as a feminine destiny.

The panorama today presents us with a different economic condition, continuous job insecurity, changes in the assumption of gender and partner, as well as a greater exposure of children to risk situations, with a social network that has tended to disappear.

These factors, among others, make us think about the importance of reflecting on this disaffection for parenthood and analyzing how to generate with the subjects the possibility of deciding whether they want to have children or not. The opposition to becoming parents can be seen as an indicator of greater awareness, but it also largely speaks of the fact that conditions are not optimal, parents are left very alone in their parenting tasks, that is, there is no social, institutional, work support, among others, while there is a high demand in the role, children appear as a successful or failed product of their parental ability.

This expression of aversion is not necessarily absolute, we observe that women want to be pregnant, but do not want to have a child, others prefer to adopt a child, another variant is the construction of assuming themselves as parents of dogs, tender responses to photos of babies are preserved, etc. That is, a complexity appears before us that speaks of the uncertainty that women live in this era.

There is a difficulty for symbolization, we observe that ancestral meanings prevail and that are incompatible with today's lifestyles, while new meanings have not been created that allow legitimizing the different ways of being a woman.

ISBN: 978-628-95101-6-4

KEY WORDS

Parentality, role assumption, disaffection, role imperatives, role subjectivation.

INTRODUCCIÓN

Vivimos una época en la cual la palabra Madre y Padre se han convertido en malas palabras, tener hijos se asocia con una carga, un problema, incluso un castigo. Volverse padres es volverse viejos, en alguna forma, sin proyecto personal y con un lastre enorme.

La creación de la píldora anticonceptiva marca un punto de inflexión profundo en la vida de nosotras, las mujeres y entre sus efectos está la posibilidad real y concreta de ser mujer y elegir tener o no tener hijos. Es decir, el binomio mujer-madre se escinde.

Esta decisión no es fácil y sabemos que los tránsitos para construir significaciones imaginarias sociales son mucho más lentos que los desarrollos tecnológicos. La píldora se crea en los años sesenta y aún no existen las condiciones para asumir las responsabilidades que implica ser hijas de la libertad, como nos propone Ulrich Beck. (2002).

La medicina nos ofreció la oportunidad de apropiarnos de nuestros cuerpos y pasar de ser sujetos pasivos ante la fecundidad que dependía de un ser supremo o

de la suerte, era algo externo a nosotras. Actualmente estamos avanzando hacia el momento de hacernos cargo, pasar a la autodeterminación para emanciparnos.

Somos testigos de que no hemos logrado ser autónomas ante los mandatos sociales, así como de los discursos ancestrales de ser mujeres-madres, que aún son fuentes de sentido, es decir sustentan nuestra identidad y nos ofrecen *una* manera de habitar el mundo, que no es la única, ya que ser madre no es un destino obligatorio ni ineludible y ciertamente no debe ser una condena.

Al entrevistar a jóvenes acerca de su posición sobre los hijos, ellos expresan en su mayoría un rechazo en formas diversas, aparece como discurso común el considerar que hay varias disyuntivas o se tienen hijos o se es feliz, libre o con proyecto de vida. Los hijos son vistos como un elemento que no se integra a su trayectoria para transformarla, sino que opera como un factor extraño que altera su vida y no de la mejor manera.

Por otra parte, varios pediatras me reportan que los padres acuden a consulta no porque el bebé no coma, duerma bien o bien llore con frecuencia, sino porque se sienten rebasados al hacerse cargo de un bebé, a veces la expresión es de angustia ante su vulnerabilidad, pero cada vez es más frecuente la demanda hacia los doctores para que el bebé no afecte la vida de los padres, las preguntas son: ¿le puedo dar leche más pesada para que me deje dormir? ¿por qué tengo que atenderlo cuando llora? ¿cómo hago para que me deje hacer mis actividades? Son preguntas que apuntan a qué hacer para continuar con la vida previa al bebé.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Poco a poco hemos sido testigos de este rechazo hacia la parentalidad, especialmente en las mujeres de clase media. En diversas publicaciones se ha hecho presente una corriente que habla de la maternidad como algo indeseable, encontramos títulos como: Madres Arrepentidas, Nunca Madres, ¿existe el amor maternal?, El conflicto mujer-madre y varios más que se orientan a la maternidad feliz, maternidades positivas, la buena crianza nos muestran el conflicto actual.

Hay un amplio espectro de formas de la desafección por la parentalidad. En un extremo miramos a mujeres sin hijos que están en la etapa de vida de lo posible, detectamos desde el rechazo mismo a pensar en el tema y en el otro extremo nos situamos desde la maternidad realizada, con aquella mujer que tiene delante de sí a un bebé y que expresa su arrepentimiento con resentimiento y enojo.

En este artículo me centraré en la figura de la mujer de clase media, ya que el fenómeno es más evidente en ellas que en los padres, con ello no descarto que los padres también están cambiando y se encuentran ante la falta de significaciones imaginarias sociales de las maneras de ser hombre, cómo ser pareja y cómo ser padres hoy en día.

Iniciemos abordando a las mujeres que se encuentran en etapa fértil y por ello, en un momento de decisión, podemos contemplar el extremo de la parentalidad como *no pensable* lo que, sin embargo, constituye una fuente de ansiedad que las afecta finalmente ya que, si se piensan como madres, lo pensable se vuelve posible.

CAPITULO SALUD MENTAL

Sabemos que el pensar va de la mano con la perturbación, partimos de una alteración en lo que damos por conocido y que nos obliga a enfrentar lo incierto, lo riesgoso del no-saber, eso los puede llevar a situar como no pensable este tema, de alguna manera no deseamos que nuestra vida sea afectada ni toleramos estar fuera de control en claro antagonismo con la parentalidad, que tiene como sello lo incalculable.

Acompañar el desarrollo de un bebé transita por una vía que no se descubre, sino que se crea, la hacemos ser y aparecer. Esa vía emerge en el día a día en ese encuentro con el hijo, es decir, presupone el fenómeno de *reverie,* el espacio lúdico donde la madre se presentifica como un ser jugado.

Una siguiente aproximación es la de pensar en no maternar como aquello *no nombrable*, al ser difícil de expresar en la familia y grupo social en general. Por una parte, está el problema de origen, ya que pensamos desde una construcción negativa, una mujer que *no* es madre, ni desea serlo. Aún no aparece como una entidad por sí misma, una forma de ser mujer, hay un déficit en el discurso social en su conjunto, cuando no ofrece un soporte identificatorio para el sujeto quien demanda una orientación para proyectarse hacia un futuro.

Hay una resistencia considerable en el entorno latinoamericano, ante la decisión de no tener hijos ya que, afecta los roles y expectativas familiares. Consideremos que el rol es una construcción social que nos asigna un lugar en relación con otros lugares. Si se rompe el sistema emerge un movimiento con fuerza considerable. Los padres demandan ser abuelos como una obligación a cumplir. Ante

ISBN: 978-628-95101-6-4

la amenaza del desequilibrio de lugares, roles y jerarquías en la familia, esta se siente amenazada.

Esta mujer puede tener claridad ante su decisión de no maternar, pero deberá enfrentar que no se ha construido de manera clara, el lugar de mujer no madre.

El movimiento de Nunca Madres apela a visibilizar que las mujeres pueden tener muchas opciones de vida, poniendo en el centro la posibilidad de decidir acerca de tener o no tener hijos. Justamente se trata de hacer nombrable esa elección de no ser madres

Pienso que no debemos descartar que esta decisión puede obedecer a una necesidad de pertenencia y aceptación, nomadismo identitario. Si en realidad nuestra posición viene de alguna de estas posibilidades el riesgo es importante en términos emocionales, no existe apropiación de nuestra elección, sino que responde a demandas externas.

Estamos viviendo una época de transiciones en cuanto a las definiciones que sostienen nuestra visión del mundo, los cambios en los roles de género, de pareja, de familia, así como las grandes narraciones que han perdido su fuerza nos hace vulnerables a las tendencias prevalecientes en un momento dado. En nuestra búsqueda identitaria aparece un referente seductor que valida nuestra elección, pero no por motivos auténticos, no está respondiendo a nuestras necesidades o intereses sino atiende a discursos de verdades construidas desde el biopoder.

Cuando actuamos desde los disfraces o dicho más propiamente desde las imposturas estamos actuando una obra que no nos interpela, ni nos ofrece un lugar, la escenificación es para el otro, nos lleva a un vacío. Propongo llevar a la conversación el tema para que juntos podamos situar nuestras posturas al respecto y poder subjetivarlas. Es fundamental encontrar la manera de darle voz a la desafección por el maternaje.

Entre los aspectos a considerar en este tema son las nuevas formas de amar, en ocasiones escuchamos a Eva Illouz (2007) que nos habla de las emodities, del amor como mercancía o de la relación de intercambio casi de naturaleza comercial.

O bien Luciano Lutereau (2020) nos habla como terapeuta de esa dificultad de amar de manera profunda, pensando desde el acontecimiento que nos transforma, que a través del duelo nos hace ser. Amamos con más ansiedad que angustia, de manera que actuamos compulsivamente tratando de controlar, buscando seguridades, en tanto que la presencia de la angustia es el de renuncia a la posesión del otro.

Podemos recuperar también a Byung Chul Han (2014) que reflexiona sobre esa dificultad de alojar al otro, del capitalismo de la emoción que nos lleva a consumir al otro. De esta manera, las parejas parecen mostrar que sabemos estar juntos, pero no construir un *nosotros*, que sería una condición esencial para formar un lugar de encuentro donde alojar a un hijo.

ISBN: 978-628-95101-6-4

De esta manera el tránsito de la identidad de pareja hacia la identidad parental se verá posiblemente comprometido si hay una escisión originaria, entre lo individual y lo compartido, que impida su armonización.

Cuando las parejas se encuentran ante la noticia de un embarazo viven una tormenta, una alteración profunda en su psiquismo. Las condiciones mismas en que ocurre el embarazo serán muy relevantes para ese maternaje. Podemos encontrar lo que Sophie Marinopoulos (1997) llama “femmes enfantines”, es decir mujeres infantiles y describe lo que ha encontrado en su práctica como terapeuta, son niñas que al embarazarse descubren un sentimiento de ser reconocidas, miradas, el estar embarazadas las coloca en el protagonismo social.

La autora plantea que hay mujeres que paren sin estar embarazadas, esta es una aseveración desconcertante, sin embargo, presenta una fina reflexión de su praxis con mujeres durante el embarazo y aborda la posibilidad de separar el embarazo biológico del psicológico de manera radical, llega a concluir que es posible la negación de este embarazo y la incapacidad de significarse como madres.

Ellas desean estar embarazadas, pero no desean ser madres, no quieren tener hijos. Se trata en ocasiones de idealización del rol, actuando lo que el discurso social ensalza de la maternidad pero que al volverse una concreción es decepcionante. Por otra parte, pensemos en ese desencuentro entre el rol maternal tradicional y la posibilidad real de llevarlo a cabo.

Las vicisitudes de la subjetivación de la maternidad involucran tanto la historia de vida como la práctica cotidiana de cuidado que nos llevan a ocupar el lugar de madre. Podemos pensarlo desde este embarazo que no se simboliza, impidiendo el surgimiento de las prerepresentaciones del hijo. En el nivel del cuidado cotidiano es importante reflexionar acerca de los actores y sus dificultades para su ejercicio, actualmente no es fácil maternar.

Una fuente distinta de este rechazo a la parentalidad es que su ejercicio requiere de adultos, es decir haber devenido sujetos para sí mismos, caracterizados por la responsabilidad, respeto y cuidado en los vínculos.

Luciano Lutereau (2018) nos cuestiona ¿dónde están los adultos? Nos plantea que este mundo está hecho para solteros, hiperconectados compulsivos y que están dando un gran valor a la juventud.

A este proceso se enlaza la llamada moratoria social, al retrasar la edad del matrimonio, la reproducción y para ello cada vez se tiende más a extender el tiempo de estudios y capacitación. Esto nos muestra una manera particular de estar en la vida, con una interpretación que es distinta del mundo y que se presenta como incompatible con el ejercicio de la parentalidad.

Es importante trabajar con los futuros padres acerca de que, si bien los niños requieren que haya un adulto a cargo, nadie espera que sea un ser perfecto sino un ser humano falible, pero con disposición libidinal y responsabilidad.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Para que ocurra la subjetivación del rol debe haber una conciliación entre esta demanda social, su identidad individual y de pareja para dar paso a la identidad parental.

La construcción de la identidad individual presupone tanto el establecimiento de la diferencia de sí con el otro como la posibilidad de creación de un espacio en común, cuando hablamos de pareja la complejidad apunta a los duelos necesarios para amar, alojar al otro y este espacio compartido es el de la nostredad.

La parentalidad recupera las identidades individuales y de pareja, que le darán su riqueza con sus encuentros y contradicciones a la identidad parental, el espacio compartido, que se establece para el hijo, involucra el reconocimiento de su vulnerabilidad y de manera importante el *don*.

Maurice Godelier (2010) reflexiona acerca de ese ritual ancestral del don, en el cual dos partes entregan al otro algo que se vuelve sagrado y sella la relación, en tanto das y recibes se crea un compromiso mutuo que va más allá del momento.

La identidad parental requiere de la presencia efectiva de los padres, de seres que son para el otro y están en el otro. Paulatinamente aprenderán sus límites, qué cosas no pueden hacer como padres, bajo la conciencia de abrir paso a las nuevas generaciones, ser capaces de favorecer la emergencia de sus saberes y propiciar su tarea de ser nuestro relevo.

En el momento que nace el bebé estamos ante ese deseo encarnado, que nos interpela y pone a prueba. Si las condiciones para maternar son complicadas,

existiendo un desencuentro entre la madre que cree que *debería* ser y la que *puede ser* puede haber una actitud fuertemente ambivalente.

La ambivalencia siempre está presente en todo vínculo, sin embargo, aquí se magnifica porque esa mujer está rebasada, lo cual la lleva a tener interacciones desreguladas con su bebé. Es una maternidad incierta, que genera considerable sufrimiento y que no permite la mutua modulación madre-bebé. Son mujeres que desean ser madres pero en estas condiciones.

¿qué pasa cuando llegamos al otro extremo de la desafección parental? Aparecen las madres arrepentidas, que se sienten atrapadas en una situación imposible. Estas mujeres pueden pasar desde el rechazo hasta maltrato y abandono. Pero también se enmascara con la sobreprotección, que es otra cara del maltrato.

Bajo el signo del rechazo claro, esos niños se desarrollarán bajo violencia que probablemente repetirán con sus propios hijos, en una cadena sin fin o son los huérfanos de padres vivos, se viven como desechos sociales lo que tendrá graves consecuencias en su subjetividad. Pero esa madre que cría con sufrimiento y en estado de angustia ¿cómo puede ofrecerle la posibilidad de un destino, si el propio está en crisis?

Consideremos que dentro de las contradicciones humanas se encuentra el tema de la identidad maternal que siempre está expuesta al fracaso, de alguna manera sería lo que los griegos llaman una *hamartía,* el error trágico.

ISBN: 978-628-95101-6-4

El héroe del mito siempre intenta hacer lo correcto en una situación en la que lo correcto, claramente, no puede hacerse. Esto es justamente lo que les ocurre a las mujeres, ya que si lograran ser madres perfectas harían mal su tarea.

Las madres deberían escuchar con más frecuencia que los niños necesitan solamente madres *suficientemente buenas*, como diría Winnicott (1988), mujeres falibles que afortunadamente fracasan en su intento de colonizar completamente al hijo y al no lograrlo, dan paso, a la voz de las nuevas generaciones, permiten la diferencia y que eso constituye un gran logro.

CONCLUSIONES

Como planteamos al inicio la palabra madre se ha cargado de múltiples significaciones desde la exaltación sagrada hasta volverse una mala palabra, una situación indeseable, amenazante u ofensiva.

El corazón del problema está en asumir que el destino ineludible de las mujeres es ser madres, lo cual hoy en día podríamos pensar de otra manera, pero como sociedad no hemos construido la significación de la mujer que puede o no tener hijos.

La desafección nombra una falla, una anomalía, algo que se desvió de su ruta, al tiempo que hemos mantenido la validación de la vida de una mujer en la maternidad. La mujer que no tiene hijos es puesta en situación de oposición y se le nombra como nulípara, definiéndola como una postura a defender.

Finalmente, no debemos olvidar que como seres sociales estamos atravesados por la biopolítica, que hace presencia con sus prácticas para sujetar y normalizar a lo que Foucault (2007) llamó el individuo moderno, quien es colonizado por el régimen.

Hay una intervención vía mandato de manera primordial en el cuerpo, es decir,

en la salud, sexualidad, formas de relación con el propio cuerpo y establecen la línea que demarca lo normal y lo anormal. De modo que, el cuerpo y la vida se vuelven asunto político en este individuo, hay una sujeción de lo vivo al poder que opera bajo el régimen del capital.

Se construyen discursos de verdad que propician condiciones necesarias para que los sujetos se gestionen a sí mismos, no se prohíbe sino se orienta su deseo a lo que conviene al régimen que despliega una serie de mandatos sobre la vida de los sujetos, donde se autoproducen incorporando las lógicas de consumo disfrazadas de libertad, pero que generan sufrimiento.

La apuesta a futuro podría ser la de poder pensar en mujeres que se sientan bien al no tener hijos y mujeres que disfruten la maternidad, sin que sea un territorio de lucha.

Esta elección es demasiado importante para realizarla por sometimiento a mandatos o bajo falsos discursos de verdad, hagamos una pausa para pensar, hagamos una pausa para apropiarnos de nuestro camino, bajo un signo de paz y bienestar.

ISBN: 978-628-95101-6-4

El destino de cada mujer es necesariamente un destino individual pero también es destino colectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beck, U.(comp). (2002). Hijos de la libertad. Fondo de Cultura Económica.

Carpintero, E. (2015). La alegría de lo necesario. Las pasiones y el poder en Spinoza y Freud. Topía.

Castoriadis, C. (1975). La institución imaginaria de la sociedad. Tusquets.

Castoriadis, C. (1999). Figuras de lo pensable. Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Dechand, C. (2016). Mito “mujer=madre” y sus efectos en la subjetividad femenina. https://www.aacademica.org/000-044/697.pdf

Foucault, M. (2007). El nacimiento de la biopolítica. Fondo de Cultura Económica.

Godelier, M. (2010). Métamorphoses de la parenté. Champs Essais.

Guzmán, G. (2018). Biopolítica: ¿qué es y cómo la explicó Michel Foucault?. Portal Psicología y Mente.

https://psicologiaymente.com/cultura/biopolitica

Han, B. (2014). La agonía de Eros. Herder.

Houzel. D. (2003). Un autre regard sur la parentalité. Enfances & Psy 2003/1.

Illouz, E. (2007). Intimidades congeladas. Katz editores.

Juárez, B. (2023). Mujeres que deciden no ser madres. Desafíos, estigmas y resistencias en el mundo laboral. https://www.eleconomista.com.mx/capitalhumano/Mujeres-que-deciden-no-ser-madres-Desafios-estigmas-y-resistencias-en-el-mundo-laboral-20230829-0134.html

Lipovetsky, G. Serroy, J. (2010). La cultura mundo. La respuesta a una sociedad desorientada. Anagrama.

Lutereau, L. (2018). Más crianza, menos terapia. Ser padres en el siglo XXI. Paidós.

Lutereau,L. (2020). La pareja en disputa. En tiempos del sexo sin erotismo. Letras del Sur.

Lyotard, J. (2000). La condición posmoderna. Anagrama.

Marinopoulos, S. (1997). De l' une a l'autre. De la grossese a l' abandon, Hommes et perspectives.

Molina A. E. (2018). El valor de la derrota. Mito heroico y fracaso en las novelas de Ricardo Pligia y Luis Mateo Diez. En Revista de culturas y literaturas

comparadas.Vol.8.

https://revistas.unc.edu.ar/index.php/CultyLit/article/view/22627/22244

Puget, J. y Berenstein, I. (1997). Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica. Paidós.

Winnicott, D. (1998). Los bebés y sus madres. Paidós.

RESEÑA DE AUTORA

NERY ESPERANZA CUEVAS OCAMPO

Soy maestra en Desarrollo Educativo y licenciada en Psicología. Soy Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, he sido nominada al premio a la docencia universitaria. Miembro del grupo de diseño de los programas de la Licenciatura en Psicología correspondientes al psicodesarrollo. Miembro del Consejo Divisional de Ciencias Sociales y Humanidades. Miembro de la Comisión Dictaminadora de la División de Ciencias Sociales y Humanidades. Responsable de la investigación Devenir de las parentalidades y anteriormente del proyecto de investigación Los cambios de poder en el grupo familiar. He publicado alrededor de 40 artículos.

Entre mis artículos publicados recientemente están:

CAPITULO SALUD MENTAL

Los mapas de la identidad. De viajes y errancias. (2017). Coord. Beatriz Ramírez Grajeda En Ecos de Castoriadis. Para una elucidación de la institución hoy. (pp. 109-125). ISBN 978-607-28-1201-7

Abuelas sin nietos. (2018) en Cuadernos del DEC No. 5. Estudios de familias. (pp.149-163). Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.ISBN 978-607-28-1377-9

Pensar en la intervención en crisis. Una propuesta desde las intervenciones postdesastres naturales en Chile y México. (2019). En Revista Pensamiento, acción y disciplina Vo. 4.(pp. 60-75). ISSN-0719-8078. Universidad Católica de Maule

La intervención como resistencia. (2022). Coord Gerardo Chandía. En Salud mental y pandemia. Reflexiones y lecciones aprendidas en tiempos del COVID-19. (pp. 231-247). ISBN 978-956-9812-46-0 Nueva Mirada

¿A quién pertenecen los niños? En Despreocupación por omisión de emociones en demanda. Pp. (586-606). ISBN 978-628-95101-5-7. Revistas PI

Y 40 artículos más en diversas publicaciones universitarias.

ISBN: 978-628-95101-6-4

DOLOR EN ADULTO MAYOR: ABORDAJE CONCEPTUAL EN CALIDAD DE VIDA, ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y BIENESTAR SUBJETIVO

PAIN IN OLDER ADULTS: CONCEPTUAL APPROACH TO QUALITY OF LIFE, ACTIVE AGING AND SUBJECTIVE WELL-BEING

Eduardo Pino
Francisca Alvarado
Jasmín Vargas
Universidad de Magallanes
Chile

Investigación Teórica

RESUMEN

Los adultos mayores atraviesan con dolores físicos-crónicos que repercuten en aspectos psicológicos como el área cognitiva y emocional teniendo efectos sobre sus metas y logros, la autoeficacia, el estado de ánimo, las relaciones sociales o la autoestima. En la presente revisión bibliográfica plantearemos aspectos relevantes a considerar para un adecuado e integral tratamiento en su abordaje. La Terapia Cognitiva Conductual pone relevancia en la construcción de estilos de afrontamiento con una mayor percepción de control sobre el dolor.

PALABRAS CLAVES

Adulto mayor, dolor crónico, dolor psicológico, dolor físico, calidad de vida, envejecimiento activo, bienestar subjetivo, terapia cognitiva conductual, estrategias de afrontamiento, autoeficacia, triada cognitiva, sistema de creencias.

ABSTRACT

Older adults go through chronic physical pain that affects psychological aspects such as the cognitive and emotional area, having effects on their goals and achievements, self-efficacy, mood, social relationships or self-esteem. In this bibliographic review we will raise relevant aspects to consider for an adequate and comprehensive treatment approach. Cognitive Behavioral Therapy places importance on the construction of coping styles with a greater perception of control over pain.

KEYWORDS

Older adult, chronic pain, psychological pain, physical pain, quality of life, active aging, subjective well-being, cognitive behavioral therapy, coping strategies, self-efficacy, cognitive triad, belief system.

INTRODUCCIÓN

La presente revisión bibliográfica aborda cómo el dolor físico crónico impacta sobre la vida de las personas, especialmente de los adultos mayores, que lo padecen en

ISBN: 978-628-95101-6-4

diferentes aspectos tales como actividades sociales y laborales, autonomía, metas y calidad de vida. Los adultos mayores generalmente deben lidiar con dolores físicos-crónicos que pueden afectar en su bienestar y felicidad, en aspectos psicológicos de tipo cognitivo y emocional. Por esto se considera relevante establecer la relación del dolor físico crónico con aspectos como bienestar subjetivo, envejecimiento activo y calidad de vida; a fin de alcanzar reconocimiento del mismo y de manera optimista implementar un funcionamiento cognitivo y emocional que ayude a un mayor control de su dinámica, aludiendo preferentemente al enfoque Cognitivo Conductual.

MARCO TEÓRICO

ADULTO MAYOR Y TERCERA EDAD.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años (Varela, 2011).

Se define el envejecimiento como un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social, que repercute indiscutiblemente en el estado funcional y físico de las personas, que además transcurre en el tiempo y está delimitado por éste (Delgado Silveira y otros, 2015).

Cuando decimos proceso dinámico, nos referimos a que no es una etapa rígida, igual para todos y cronológicamente demarcada; al contrario, este proceso dinámico habla de un proceso continuo dialéctico: por eso decimos que es una parte más del

crecimiento del ser humano como lo es la niñez, la adolescencia o la adultez (Vélez, 2019).

Los problemas de salud mental son frecuentes en la población adulta mayor (AM): más de un 20% de este grupo etario puede padecerlos con variados grados de severidad de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial. Debe pues prestárseles tanta o más importancia que a problemas de salud física, ya que pueden exacerbar sus manifestaciones (en particular las de enfermedades crónicas) e incrementar la dependencia funcional y el mayor uso de los recursos sanitarios (Tello-Rodríguez et al, 2016).

En el aspecto sociopsicológico, el adulto mayor se enfrenta a nuevas condiciones de vida por la pérdida de roles familiares y sociales que se agregan a un trasfondo de enfermedades y a una disminución de sus capacidades de adaptación. Resultan frecuentes los problemas de autoestima, depresión, distracción y relaciones sociales (Vélez, 2019).

DOLOR. GENERAL/FISIOLÓGICO/PSICOLÓGICO/SOCIAL

Como concepto, el dolor tiene múltiples definiciones. Desde la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor Crónico, éste se define como aquella “experiencia sensorial y emocional desagradable causada por injuria real o potencial a un tejido” (Barbosa et al., 2014, p.1010). Dentro de sus múltiples características podemos encontrar que éste puede ser continuo, recurrente, de intensidad leve a fuerte y durar más de 6 meses. Por otro lado, para autores como Zas, Rodríguez y Silva, (2013, p.42)

ISBN: 978-628-95101-6-4

éste puede ser afectado por un “componente subjetivo, por las emociones que se producen durante su percepción”.

Es importante darse cuenta de que el dolor no entraña únicamente una parte física, sino también elementos mentales, espirituales y sociales que integran un todo, un síndrome de dolor global (Gutiérrez, 2008).

La evaluación del dolor debe partir de que es una experiencia multidimensional, única para cada persona, con varios niveles: nocicepción (la estimulación de las fibras nerviosas), sensación, percepción, motivación, emoción y valoración cognitiva (peligro percibido, significado), así como las conductas de dolor (las respuestas observables, ej. gestos, inactividad, peticiones de asistencia) (Turk y Burwinkle, 2005). Así mismo, la evaluación debe abarcar el impacto del dolor en las actividades sociales y laborales, metas vitales y en la calidad de vida en general del paciente y los familiares. Todos los pacientes tienen derecho a que se alivie, controle o prevenga el dolor, para ello es necesario que sean atendidos por profesionales integrados en equipos interdisciplinares con la debida formación y experiencia en la evaluación y el tratamiento integral del dolor, en los aspectos médicos, psicológicos y sociales. La evaluación del dolor es la base que posibilita su control (Olivares- Cruzado, 2008).

FISIOLOGÍA DEL DOLOR:

El dolor es un signo de enfermedad y es también el motivo que con mayor frecuencia lleva al paciente a consultar con el médico. La función del sistema de

percepción es proteger al cuerpo y conservar la homeostasis; realiza esa función al detectar, localizar e identificar elementos nocivos para los tejidos (Zegarra Piérola, 2007).

Los estímulos causantes del dolor se llaman “noxas" y son detectados por receptores sensoriales específicos llamados “nociceptores" Los nociceptores son identificados como fibras C y fibras A δ; responden selectivamente a estímulos. Dichos nociceptores son terminaciones nerviosas libres con cuerpos celulares en los ganglios de las raíces dorsales con terminación en la asta dorsal de la médula espinal. (Zegarra Piérola, 2007).

En la médula espinal los nociceptores liberan mensajes a través de la liberación de neurotransmisores del dolor: glutamato, sustancia P, péptido relacionado con el gen de la calcitonina (PRGC)5-7 (Zegarra Piérola, 2007).

Los neurotransmisores del dolor activan la neurona de segundo orden, vía los receptores correspondientes. Esta neurona cruza la médula espinal al lado contralateral y viaja por el haz espinotalámico hasta alcanzar el tálamo. En el tálamo se activa la neurona de tercer orden y viaja a la corteza somatosensorial, la cual percibe el dolor (Zegarra Piérola, 2007).

El dolor puede clasificarse como agudo o crónico: El dolor agudo, es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptores por una noxa. Aparece por estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos; tiene una función de protección biológica. Los síntomas psicológicos son escasos. El dolor crónico no posee una función de protección, es persistente y puede perpetuarse por

ISBN: 978-628-95101-6-4

tiempo prolongado después de una lesión, e incluso en ausencia de la misma. Suele ser refractario al tratamiento y se asocia a importantes síntomas psicológicos (Zegarra Piérola, 2007).

Las señales nociceptivas, después de llegar a la medula espinal, viajan por los tractos espinotalámicas hasta llegar al tálamo y otros núcleos del sistema límbico, donde se ven implicadas las respuestas emocionales y se pueden modular por una serie de mecanismos emocionales, para finalmente llegar a la corteza somatosensorial, donde finalmente se integra el fenómeno como dolor (Jorge García-Andreu, 2017).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial. Está definición subraya que no solamente se involucra el proceso fisiológico de estimulación de nociceptores, sino que abarca también un componente afectivo importante. Esto es lo que hace al dolor un fenómeno tan complejo, personal e intransferible (Jorge García-Andreu, 2017).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR:

El dolor crónico tiene estrechos componentes psicológicos, emocionales y sociológicos; se ha demostrado una fuerte relación entre él, la depresión y la ansiedad en grupos de todas las edades (Maestre, 2001).

Los efectos a largo plazo, en el bienestar físico, psicológico y social de un individuo, hacen que una persona adolorida crónicamente sea más propensa a la

depresión, sobre todo si es mayor. Asimismo, un enfermo deprimido puede demorar más para recuperarse y eso puede alterar su experiencia frente al dolor (Maestre, 2001).

En particular, el problema de dolor crónico ha sido señalado en distintas investigaciones como un factor que incrementa el riesgo de suicidio en forma considerable por el impacto que esto conlleva en la calidad de vida de las personas (Fässberg MM, et al, 2015). Este fenómeno que se esgrime como una manifestación común en la población anciana no siempre es reconocido en su magnitud por los agentes de salud (Jakobsson U, 2010). La depresión de los adultos mayores presenta características particulares tales como un aumento en las ideas de desesperanza y falta de proyectos vitales a largo plazo que resultan, también, un factor de riesgo específico (Schaakxs R, et al, 2016).

A diferencia de los suicidios en adultos jóvenes y de edad media, el suicidio en personas mayores se asocia a enfermedades físicas y al deterioro funcional, siendo estos los factores de estrés más comunes en dicha población que comete suicidio (Conwell Y, et al, 2011).

Otro aspecto psicológico es la catastrofización del dolor, que se describe como la interpretación exagerada y negativa del dolor y sus consecuencias, donde un evento relativamente neutro puede ser transformado en una catástrofe. Esta creencia ha mostrado estar asociada a una variedad de problemas que limitan las actividades, dificultan la recuperación y aumentan el riesgo de cronicidad (Linton SJ, 2000).

ISBN: 978-628-95101-6-4

La autoeficacia corresponde a una creencia respecto a las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de la acción necesaria para que se produzca un logro. Una baja autoeficacia respecto al dolor se caracteriza por creer que el dolor es incontrolable en relación a las exigencias físicas de la vida diaria. Esto se relaciona positivamente con la persistencia del dolor y la incapacidad asociada (Allegrante J, 2000). Según Castro y Ortiz (2009), la autoeficacia para los adultos mayores (AM) reviste una importancia tanto en sus capacidades físicas como en el sentimiento de poder participar activamente en la búsqueda de soluciones a conflictos cotidianos.

Diversas investigaciones realizadas por Sánchez JC (2006) y Reyes, Hernández-Pozo (2011) señalan haber demostrado que altos niveles de autoeficacia se relacionan con efectos positivos para la salud y el bienestar de las personas, además, Álvarez, Ibarra et al (2011) y Alcedo, Requena et al (2016) señalan que las personas con un alto nivel de autoeficacia auto perciben mejor el estado de salud y un mejor pronóstico de recuperación de problemas de salud en general. El estado de salud se evaluó en lo subjetivo a través de la autopercepción de salud y de temor a las caídas. En lo objetivo mediante los antecedentes mórbidos, estado nutricional, polifarmacia y caídas en el último año.

Los resultados obtenidos en la investigación realizada por González y Ortiz (2017) reflejan que el nivel de autoeficacia para realizar actividades sociales tiene un impacto en la calidad de vida, ya que los adultos mayores que reportaron tener mayor autoeficacia, es decir, confían más en sus propias capacidades, tienen mejor calidad de vida; por el contrario, los que tienen un nivel de autoeficacia pobre reportan que su nivel

de calidad de vida es más bajo. De ahí que se propone fortalecer la autoeficacia de los adultos mayores, mediante programas de intervención psicológica orientados a una reapreciación de sus propias capacidades, para que confíen más en sus talentos para mejorar su calidad de vida.

ASPECTOS SOCIALES DEL DOLOR.

Dentro de otras características asociadas al padecimiento de dolor en la tercera edad, se pueden identificar afectaciones en los núcleos de interacción primarios (familia, amigos) y a la sociedad en general. Entre estas consecuencias se mencionan los síntomas depresivos, el aislamiento, las alteraciones de sueño y de la cognición, la desnutrición y las alteraciones funcionales (De Andrés, Acuña & Olivares, 2014).

Investigaciones realizadas en población con enfermedad crónica, muestran el impacto que el apoyo social tiene, y documentan resultados positivos en relación con el desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control de estrés, disminución de la ansiedad, la depresión y el aislamiento, generados por la experiencia de cronicidad. Smith y Mackie reportaron el gran impacto del apoyo social sobre la tasa de mortalidad de las personas con enfermedad crónica (Amaya y Castillo, 2015).

EVALUACIÓN DEL DOLOR:

Gran parte de la valoración del dolor en el anciano coincide con la realizada a otras edades. Se debe iniciar con una completa historia clínica que contemple características del dolor, forma de inicio, desencadenantes, variaciones, irradiación, registrando las distintas terapias utilizadas y su eficacia. Debe continuarse con una

ISBN: 978-628-95101-6-4

exploración física, para concretar la localización y tipo de dolor. Además, se debe interrogar sobre la repercusión en la vida diaria, a nivel funcional, afectivo y social (Lopez. M.P. et al, 2015).

Especial importancia tiene en el anciano la evaluación estandarizada de la capacidad funcional, ya que el dolor condiciona un deterioro de la misma, pudiendo provocar una situación de dependencia, a veces irreversible, si no se detecta de forma precoz. Esta información puede ayudar al diagnóstico del dolor, ya que con frecuencia los ancianos pierden la movilidad y la autonomía para evitar maniobras dolorosas. También sirve para establecer los objetivos del tratamiento y comprobar la eficacia, incluyendo la recuperación funcional entre dichos objetivos, además de la analgesia (López. M.P. et al, 2015).

Además de la información aportada por el paciente, el uso de escalas de valoración aumenta la sensibilidad diagnóstica y facilita el seguimiento del síntoma y su propio tratamiento. El instrumento ideal debe ser sencillo de aplicar y válido para cualquier paciente, incluyendo aspectos sobre la percepción del dolor y estado psicológico del paciente (López. M.P. et al, 2015).

- La escala analógica visual que mide la intensidad de dolor mediante una línea de 10 cm de longitud, en cuyos extremos figura ausencia de dolor y dolor máximo, suele ser sencilla y fácil de aplicar. De cualquier forma, proporciona más fallos en ancianos con bajo nivel cultural o deterioro cognitivo, déficit motor o en muy mayores. La escala verbal descriptiva, que contempla dolor leve-moderado-severo, puede resultar más fácil de entender para este tipo de pacientes (López. M.P. et al, 2015).

- Los resultados obtenidos en escalas pictóricas (de caras) como FPS, se afectan menos en pacientes con demencia o bajo nivel educativo. Cuentan con buenas propiedades psicométricas en personas mayores españolas con bajo nivel cultural porque solo tienen que elegir entre diferentes caras, eliminando el componente verbal (López. M.P. et al, 2015).

- Sin embargo, cuestionarios multidimensionales que abarcan aspectos como localización, intensidad del dolor, evolución temporal, repercusión afectiva y funcional como “Cuestionario McGill” o “Brief Pain Inventory”, suelen ser difíciles de aplicar y no resultan válidos en deterioro cognitivo, por lo que se reservan para investigación (López. M.P. et al, 2015)

CALIDAD DE VIDA (CV):

En relación al concepto de calidad de vida, Real (2008) lo define como: “El bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

En ese sentido, en los adultos mayores, se trata de un concepto muy amplio, influido de alguna manera por el estado físico y psicológico del individuo, sus relaciones sociales, su nivel de independencia (Guillard, 2009), a su vez se puede ver afectada por enfermedades crónicas y los dolores asociados a éstas. (Achury, Castaño, Gómez & Guevara, 2011).

El dolor forma parte de la vida cotidiana de muchos seres humanos, por lo que la calidad de vida puede verse deteriorada dependiendo de la intensidad del mismo. Del

buen manejo que se tenga al afrontar una experiencia de dolor, permite prolongar la duración de la vida ya que los conceptos como la salud física, nivel de independencia y relaciones sociales no solo están relacionados, sino abarcan las dimensiones sociales, afectivas y personales de la calidad de vida (Mercedes et al, 2014).

Existe evidencia que señala que la calidad de vida en los AM se asocia con variables vinculadas con la salud física y psicológica. De esta forma, por ejemplo, investigaciones previas indican que la salud percibida y el funcionamiento cognitivo influyen en la percepción de la calidad de vida. Así también, existe una relación positiva entre la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción con la vida. Además, una buena percepción de la calidad de vida influye en el funcionamiento comportamental, la voluntad de vivir y el envejecimiento exitoso (Queirolo, et al 2020).

Como se ha expuesto, la calidad de vida es un concepto multidimensional que se relaciona con distintas variables. En el caso de los AM se espera que ésta sea construida de forma favorable, de modo que reconozcan y vivan la vejez como una etapa de continuación de un proceso vital y no como una fase de declinación funcional y aislamiento social. En la construcción de una percepción adecuada de la calidad de vida también influyen los vínculos positivos y factores como el contexto familiar y social. (Queirolo, et al 2020).

ENVEJECIMIENTO ACTIVO:

El concepto ha ido evolucionando, desde la definición de la OMS de 1990 del envejecimiento saludable (centrado en la salud) hacia un modelo mucho más integrado

como el de envejecimiento activo (OMS, 2002), definido como "el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen". El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar, una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad (Young et al, 2009).

El objetivo es extender la calidad, la productividad y la esperanza de vida a edades avanzadas. Además de seguir siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales y educativas. El envejecimiento activo se sitúa en la base del reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores de independencia, participación, dignidad, atención y auto-desarrollo. Así, desde esta perspectiva, los determinantes del envejecimiento activo serían: económicos, sociales, físicos, servicios sociales y de salud, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida) (Zamarrón, 2007).

Por otra parte, el declive cognitivo que ocurre con el paso del tiempo puede ser compensado con ejercicios (Baltes y Schaie, 1976; Fernández-Ballesteros y Calero, 1995; Fernández-Ballesteros y col, 2003). Incluso, la actividad intelectual a lo largo de la vida se considera un factor de protección de la demencia (Wilson y col, 2002).

Así mismo, la autoeficacia para envejecer o la percepción de control interno son buenos predictores de envejecimiento activo (Bandura, 1997; Baltes & Baltes, 1990).

ISBN: 978-628-95101-6-4

Variables de personalidad como el optimismo y el pensamiento positivo están asociadas a satisfacción con la vida en la vejez (Caprara y col, 2003).

El envejecimiento activo no excluye estar libre de enfermedades o dificultades. En ese sentido Park, Peterson y Sun (2013), sostienen que el desafío constante es un prerrequisito para que la vida fluya en un momento dado y se logre algo importante. A nivel individual el envejecimiento activo depende en parte de la persona, es decir de su actitud ante el envejecimiento y aceptación de los cambios que se van produciendo con él, además de las oportunidades que le rodean. El modelo de adaptación de Roy se consideró congruente con lo anterior para guiar la investigación; dicho modelo señala que la manera de responder o actuar ante los cambios producidos en el entorno como en el envejecimiento, depende de los procesos de afrontamiento de la persona (Roy, 2009).

Emily Greenfield (2015) considera que la creación y mantenimiento de comunidades amigables con la edad y el envejecimiento saludable, son una vía para dar soporte de salud, vigor y una convivencia en armonía para el adulto en la comunidad.

El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. (Transmisibles,2002).

El cambio de estilo de vida y los hábitos saludables son fundamentales para ralentizar el proceso de envejecimiento y mejorar nuestra salud. Destacamos entre ellos: el ejercicio físico, la dieta equilibrada, el dormir suficiente, evitar el consumo de tabaco y

alcohol, disminuir los niveles de estrés, las emociones y la importancia de las actitudes positivas para afrontar la vejez (Limón y Ortega, 2011). Como se menciona anteriormente, que los mayores se mantengan activos físicamente es también un elemento importante para su salud y participación.

La diferencia entre el envejecimiento normal y el patológico se establece en la acumulación de factores de riesgo y de enfermedades que se presentan en el proceso de envejecimiento durante todo el ciclo vital y en todas las personas (Muñoz, 2002).

El envejecimiento es patológico cuando la incidencia de procesos, fundamentalmente enfermedad, alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación. Es decir, que cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformaría en patológico (Borbón, Cruz & Castro, 2015).

BIENESTAR SUBJETIVO:

El bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que alcanzan cuando evalúan su existencia (Cuadra y Florenzano, 2003); incluye tanto el estado emocional actual como la valoración, más abstracta y de naturaleza cognitiva, del grado de satisfacción con la vida (Lucas, Diener y Suh, 1996; Rodríguez-Fernández y Goñi-Grandmontagne, 2011; Vázquez, Duque y Hervás, 2013).

ISBN: 978-628-95101-6-4

El bienestar subjetivo está asociado a un envejecimiento más saludable (García, 1997) y un indicador de la salud mental (Kozma, 1991 cit. en Anguas, 1997).

Las fuentes de apoyo (instrumental y emocional) son indispensables para el bienestar del anciano. Todas las personas desean convivir, compartir y sentirse acompañadas de su familia y amistades. García (1997) explica que en ambas fuentes se encuentran miembros de mucha confianza y su presencia en la red social del anciano no solamente está relacionada con la buena salud mental, sino que también parece actuar como un mecanismo protector reduciendo la ansiedad y la tensión, además de afirmar los sentimientos de valor personal y autoestima en la tercera edad. En estos espacios de apoyo social la persona adulta tiene la posibilidad de desenvolverse bidireccionalmente recibiendo y dando compañía, consejo, ayuda, enseñanza, etc.

Herzog y cols. (1998) dicen que la continuidad en la participación de las actividades durante la vejez se asocia con el sentido de identidad, salud física y mental; la participación en las relaciones sociales y familiares respaldan el autoconcepto y mantienen el bienestar subjetivo en los ancianos. Entre aquellos que no trabajan y no tienen familia, las actividades ocupacionales y sociales favorecen un espacio de expresión y autoafirmación personal; las actividades productivas también sustentan autopercepción de utilidad, competencia y sentimientos de control, así como la participación en actividades ligadas al uso del tiempo libre influyen en el autoconcepto. En congruencia con esto, Okun y cols. (1984) afirmaba que la actividad social está positiva y significativamente asociada con el bienestar subjetivo, probablemente mediado por el efecto que la interacción social tiene en la autoestima.

Por otra parte, se ha reiterado que el manejo eficaz de las emociones y una adecuada educación emocional ofrecen, hoy en día, una de las medidas para aumentar la posibilidad de envejecer más lentamente. De hecho, la importancia de las emociones a cualquier edad se considera un factor desencadenante en nuestra salud, de manera que las emociones son fundamentales “para el estado de la salud, bienestar y calidad de vida de las personas incidiendo tanto en la aparición y alteración de la enfermedad como en la recuperación de la misma” (Ortega Navas, 2009).

Otro aspecto que cabe señalar se relaciona con lo planteado por Fernández Ballesteros et al. (1992), quienes mencionan que síntomas tales como la tristeza o la fatiga, surgen como respuesta ante la toma de conciencia de que se sufre una enfermedad, o bien como reacción al dolor o impacto de la enfermedad sobre la vida diaria.

El dolor crónico se ha mencionado a menudo como uno de los factores más importantes de la pérdida de calidad de vida y bienestar psicológico tras una discapacidad física (Siddal et al, 2003; Rintala et al, 1999; Richards et al, 1980), y condiciona significativamente el afrontamiento y la adaptación a la lesión medular (King et al, 1999; Scivoletto et al, 2000).

Fishbain et al (1997), en su revisión sistemática sobre el dolor crónico en general, concluyeron que un dolor persistente es más probable que conduzca a una depresión que viceversa y que los pacientes con un dolor más frecuente e intenso tienen un riesgo mayor de depresión grave. Chapman et al (1999) sugieren que el dolor crónico es un potente estresante que promueve una respuesta de estrés extensa y destructiva que

implica una desregulación neuroendocrina, fatiga, disforia, mialgia y que afecta al estado de ánimo y a la capacidad funcional de los pacientes. Estos datos apoyan la necesidad de evaluar los aspectos emocionales de las personas que refieren dolor y, en caso necesario, abordarlos como parte del tratamiento del control del dolor.

Comprendiendo la dimensión del dolor, la afectación funcional y la influencia que el estrés tiene en este tipo de trastorno, resulta necesario establecer estrategias adecuadas para afrontar sus consecuencias. Al respecto, Lazarus y Folkman (1984) plantean que el afrontamiento es una preparación para la acción que moviliza al individuo para evitar los daños del estresor, y que las estrategias de afrontamiento son un conjunto de esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales relativamente cambiantes que se despliegan para manejar las demandas externas e internas, incluso cuando los sujetos se ven superados en sus propios recursos.

Al respecto, estudios similares han mostrado que un afrontamiento centrado en la resolución de problemas -como lo es la planificación- actúa como predictor de bienestar subjetivo (Eskin et al., 2014; García et al., 2016; Paris & Omar, 2009), y que el uso de la planificación -como una estrategia de afrontamiento centrada en el problema- implica que la persona es capaz de actuar activamente para enfrentar y lidiar con los eventos estresantes y sus consecuencias, y, por lo tanto, implica una mayor percepción de control y autoeficacia (Chesney et al., 2006). De hecho, la relación entre autoeficacia y bienestar psicológico se ha encontrado en varios estudios (p. ej. Melato et al., 2017)

Terapia Cognitivo-Conductual para el manejo del dolor en el adulto mayor.

Existen diferentes aproximaciones para el abordaje psicológico del dolor crónico, siendo Terapia Cognitivo-Conductual la que se usa con más frecuencia, debido a que ha mostrado efectividad al ser aplicada en un esquema de tratamiento multidisciplinario. (Gonzales, 2014).

El supuesto básico del modelo Cognitivo-Conductual es que las personas aprenden a predecir eventos futuros basados en experiencias previas y por lo tanto, sus respuestas estarían basadas en la interpretación personal de la realidad, más que en la realidad objetiva. Este supuesto permite entender el por qué dos personas con la misma lesión pueden experimentar el dolor de forma tan diferente (Gonzales, 2014).

Siendo el dolor una experiencia única para cada persona, el conocimiento de sus creencias personales, juicios y repertorio de afrontamiento, resulta fundamental para la planificación de un tratamiento y posterior evaluación de resultados. La Terapia Cognitivo-Conductual tiene como objetivo ayudar a los pacientes a explorar y comprender cómo sus sentimientos, creencias y pensamientos afectan sus emociones y conductas en relación al dolor. Se estimula la modificación de pensamientos catastróficos, creencias negativas y conductas que tienden a aumentar el dolor (Gonzales, 2014).

ASPECTOS METODOLOGICOS DE ABORDAJE:

La Terapia Cognitivo-Conductual utiliza técnicas de Reestructuración Cognitiva para lograr modificar los aspectos desadaptativos de la experiencia del dolor, buscando una reorientación continua de las creencias negativas y desalentadoras hacia

ISBN: 978-628-95101-6-4

consideraciones alternativas más apropiadas para la interpretación del dolor (Gonzales,2014).

El nexo común de las técnicas de reestructuración cognitiva es identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los pacientes destacando la influencia negativa que los pensamientos tienen en la conducta y en las emociones. A diferencia de otras técnicas cognitivas, las terapias de reestructuración cognitiva se centran en entrenar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva (Sánchez, Alcázar y Olivares, 1999).

EVIDENCIA:

En la actualidad existe un número considerable de revisiones sistemáticas respecto de la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual en el dolor crónico, las que generalmente concluyen que la aplicación de este modelo reduce el dolor y mejora el funcionamiento y la recuperación de la función laboral.

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué asimilemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida, particulares e intransferibles de cada persona. Algunas de estas enseñanzas nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos. Otros en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales. A ellos estará dirigida la terapia (Arias, 2012).

Las estrategias de afrontamiento toman en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas (Arias, 2012).

Las estrategias de afrontamiento son las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes. Se puede pensar en una diferenciación entre estas estrategias y los denominados mecanismos de defensa; ya que las primeras operan en el nivel consciente en tanto que los segundos son básicamente inconscientes. (Arias, 2012). Sin embargo, no todas las situaciones que los sujetos experimentan pueden ser afrontadas debidamente, puesto que en ocasiones las personas llegan a un estado en el cual se sienten totalmente impotentes y sin recursos, este puede ser el caso del dolor físico (Arias, 2012).

Actualmente se le considera no solamente una enfermedad, sino que representa un problema de salud pública, ya que constituye una necesidad insatisfecha en el ámbito de la salud física o psíquica incluyendo a la sociedad entera en todos sus estratos (Arias, 2012).

TRIADA COGNITIVA:

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad (Arias, 2012). El

segundo componente de la tríada cognitiva se centra en interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso (Arias, 2012).

La teoría cognitiva llama a esto la "tríada cognitiva". La teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados "esquemas" o mapas mentales que saltan a la acción y refuerzan el sistema de creencias de la persona (Arias, 2012).

SISTEMA DE CREENCIAS

Es la forma por la cual nosotros damos significado a las cosas y coherencia a nuestro propio modelo de mundo; este Sistema de creencias no necesariamente es igual o la compartimos con otras personas porque se instalan de una forma distinta en cada individuo, esto va dependiendo del tipo de familia, los medios de comunicación y nuestras propias experiencias y pensamientos, a partir de esto se nos instalan de forma sólida en nuestra vida y nos acompañan durante lo largo de esta. Es por esto que es muy difícil cambiarlas ya que nos acompañan desde pequeños, al momento de dudar de algunas

de nuestras creencias se nos produce un sentimiento de confusión y en cierta manera nos desequilibramos (Arias, 2012).

Nosotros no vivimos la realidad en sí, sino una elaboración mental de la misma. Lo que hace que la vida sea un constante manantial de esperanza y ricas alternativas o una inevitable fuente de sufrimiento. Lo que vivimos tal como lo vivimos, depende más de la representación y elaboración de nuestro mapa mental, que del territorio "real" en sí. Por lo tanto, el mapa no es el territorio (Korzybsky, 1993).

A través de nuestro sistema de creencias y valores damos significado y coherencia a nuestro modelo del mundo, ya que nos ubican en él y se configuran a través de nuestras experiencias personales. Cuando una creencia se instala en nosotros de forma sólida y consistente, nuestra mente elimina o no tiene en cuenta las experiencias que no encajan con ella (Arias, 2012).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Kemppainen, Eller, Bunch, Hamilton, (2006) refieren que las estrategias de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son las que determinarán su estabilidad temporal y situacional. Por ejemplo, algunas personas tienden, casi de forma invariable, a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos.

ISBN: 978-628-95101-6-4

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Hemos ratificado a través de la presente búsqueda bibliográfica la importancia del dolor en el adulto mayor, el cual es una experiencia desagradable que se ve afectada no sólo físicamente, también en el área psicológica, ya que muchas veces este dolor provoca emociones displacenteras como la frustración, miedo o tristeza que generalmente resultan difíciles de procesar o manejar por los adultos mayores, sobre todo en aquellos/as con estrategias de afrontamiento poco adaptativas. Además de tener creencias negativas acerca de sí mismo, como creer que “a pesar de que haga de todo, no podré aliviar el dolor”, y poseer una serie de “deformaciones cognitivas” que lo pueden llevar a un desgaste psicológico abrumador.

El dolor en los adultos mayores puede generar un aumento en las ideas de desesperanza, falta de proyectos y metas a largo plazo, provocando baja seguridad en sí mismo.

Otro aspecto psicológico que se puede presentar en el adulto mayor y que le trae complicaciones para lograr un buen enfrentamiento a sus dolores, es la catastrofización del dolor, en el que lo interpreta negativa y exageradamente en sus consecuencias. “Esta creencia ha mostrado estar asociada a una variedad de problemas que limitan las actividades, dificultan la recuperación y aumentan el riesgo de cronicidad” (Linton SJ, 2000).

“Otros factores asociados con el dolor y la depresión son los altos niveles de desacondicionamiento o limitaciones físicas que producen, y los bajos niveles de

seguridad social donde se ubican estos pacientes. Los servicios de atención se sobresaturan por las demandas de cuidado de algunos adultos mayores con discapacidad y dolor de larga duración con cuadros depresivos de fondo, que se agravan más porque es difícil determinar qué fue primero: el dolor o la alteración psicológica" (Maestre,2001).

En el área social, en aquellos adultos mayores que padecen de dolores crónicos, se vuelve muy relevante el apoyo de la familia o de amistades, de poder compartir con ellos, como también el hecho de que el adulto mayor sea partícipe de actividades sociales en el que se pueda desenvolver y disfrutar, para que así el dolor pase a segundo plano. El adulto mayor al sentirse integrado y no aislado, le permite tener un grado de satisfacción consigo mismo y los demás. " Dentro de otras características asociadas al padecimiento de dolor en la tercera edad, se pueden identificar afectaciones en los núcleos de interacción primarios (familia, amigos) y a la sociedad en general. Entre estas consecuencias se mencionan los síntomas depresivos, aislamiento, alteraciones de sueño y cognitivas, desnutrición y alteraciones funcionales" (De Andrés, Acuña & Olivares, 2014).

Para el adulto mayor el concepto de calidad de vida se ve influenciado por su salud física en enfermedades crónicas o dolores asociados, aspectos psicológicos como su estado emocional y relaciones sociales a nivel familiar, amoroso, etc. La calidad de vida en esta población se ve vinculada con el mantenimiento de su funcionalidad, la cual se encuentra afectada en su nivel de independencia y autonomía. "Uno de los temas que mayor relación tiene con el dolor es la calidad de vida en la vejez. Desde lo expuesto por

ISBN: 978-628-95101-6-4

García y Rodríguez (2007), se infiere que la calidad es el resultado de la interacción entre factores objetivos y subjetivos. Entre los factores objetivos, se puede apreciar que los individuos que poseen mayor accesibilidad a los servicios de salud por sus niveles de ingresos y mejor alimentación, tendrán mayores niveles de calidad relacionados con la salud. En cuanto a los factores subjetivos, están relacionados con la percepción propia del individuo en la evaluación de la calidad de vida, sentirse enfermo, infeliz o triste, puede dañar y afectar el resto de las dimensiones; entre más limitaciones tenga la enfermedad o el dolor que posee, mayor será la afectación en áreas significativas para él en relación con sus aspiraciones y metas" (Mercedes, et al 2014).

Creemos que el concepto de autoeficacia es un aspecto muy relevante en la calidad de vida en los adultos mayores, puesto que consideramos que de éste depende en gran medida la motivación por participar activamente en la búsqueda de soluciones de la vida cotidiana y en la manera en que se afrontan los dolores físicos. El adulto mayor que se auto percibe con mayor autoeficacia, incrementaría su confianza para superar el dolor a través de sus propias capacidades, además de un mayor interés en participar de actividades sociales, querer compartir con más personas y formar una red de apoyo.

El envejecimiento activo tiene un impacto en el adulto mayor, que es capaz de presentar mecanismos adaptativos de orden psicológico y social, con los cuales compensaría sus limitaciones fisiológicas. El adulto mayor es capaz de participar en actividades, de llegar a tener una sensación de bienestar a pesar de padecer de enfermedades, dolores o discapacidades. "Además de seguir siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades

recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales y educativas. El envejecimiento activo se sitúa en la base del reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores de independencia, participación, dignidad, atención y autodesarrollo. Así, desde esta perspectiva, los determinantes del envejecimiento activo serían: económicos, sociales, físicos, servicios sociales y de salud, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida) (Zamarrón, 2007)". Esto contrasta con el envejecimiento patológico, en el que no se tiene una adecuada adaptación en el área psicológica y social para compensar lo fisiológico. El adulto mayor no presenta suficientes recursos y herramientas para lidiar con sus dolores, no es un agente activo físicamente, como consecuencia sus enfermedades se tornan mucho más relevantes para su vida, por lo que sus estados emocionales y sus relaciones sociales se ven afectados. "Es decir, que cuando se dan situaciones especiales o adversas que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica, el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transformaría en patológico" (Borbón, Cruz & Castro, 2015).

También cabe mencionar lo fundamental que se torna que el adulto mayor realice ejercicios físicos, evitando el sedentarismo. Esto posibilitará que se experimente una mayor capacidad para realizar diversas actividades, además de lograr un mejor estado de salud y bienestar, por lo cual evidenciará un envejecimiento activo que se verá relacionado con su autoeficacia, pudiendo distraerse y evitando que el dolor sea lo más relevante en su vida, centrándose en otros aspectos. "La autoeficacia para envejecer o la percepción de control interno son buenos predictores de envejecimiento activo" (Bandura, 1997; Baltes & Baltes, 1990).

ISBN: 978-628-95101-6-4

“El bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que alcanzan cuando evalúan su existencia” (Cuadra y Florenzano, 2003), puesto que involucra dos dimensiones psicológicas imprescindibles al abordar el Tratamiento Cognitivo Conductual: lo emocional y lo cognitivo. Los adultos mayores que sufren dolor crónico pueden ver deteriorado este bienestar subjetivo, ya que se autoevalúan negativamente, pueden creer que no tienen los suficientes recursos para afrontar situaciones difíciles o estresantes, sentirse pesimistas y con una predisposición a desencadenar trastornos psicológicos como la depresión o ansiedad. Fernández Ballesteros et al. (1992), mencionan que síntomas tales como la tristeza o la fatiga, surgen como respuesta ante la toma de conciencia de que se sufre una enfermedad, o bien como reacción al dolor o impacto de la enfermedad sobre la vida diaria.

Para retratar el concepto de bienestar subjetivo, lo ejemplificaremos a través de los componentes de una triada cognitiva negativa o perjudicial:

Como primer componente se puede presentar que un adulto mayor tenga una visión negativa de sí mismo, se subestime y no se sienta capaz de afrontar su dolor, que esta experiencia desagradable se intensifique producto de que se sienta una persona “inútil”, que ya está resignado sin valorarse a sí mismo, lo cual puede afectar en su bienestar y calidad de vida. En un segundo aspecto se observaría que el dolor se vuelva altamente relevante en el adulto mayor y, a pesar que tenga posibilidades de manejarlo, sus interpretaciones sean sólo de frustración y derrota, quedando con la idea que “no hay nada más que se pueda hacer, moriré con este dolor”. Esto haría que, en vez de

lograr un envejecimiento activo, desarrolle un envejecimiento patológico, con una deficiente adaptación a su entorno. Finalmente, un tercer componente reflejaría a un adulto mayor que puede dejar sus metas y proyectos de lado, culpando al dolor y aferrándose a él, sintiéndose vulnerable, con una baja autoeficacia y autoestima, sin tener motivación para realizar planes a futuro, sólo conformándose con lo que tiene, anticipando que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán de manera indefinida.

A través de este ejemplo, podemos valorar la necesidad de lograr un mayor bienestar subjetivo que les permita formar relaciones sociales satisfactorias y gratificantes. Además de encaminarnos hacia una actitud más positiva de nosotros mismos, de nuestro entorno y el futuro, ya que, si podemos sentirnos en bienestar, estaremos más centrados hacia aquellas fortalezas y potencialidades que nos entrega la vida, enfrentando al dolor de una manera más activa y funcional.

Desde la perspectiva de la corriente terapéutica Cognitivo Conductual, se observa la necesidad de elaborar las emociones y sentimientos con los que llegan los pacientes adultos mayores, ya que muchas veces este dolor los frustra y surgen emociones como la tristeza, el miedo o la ira que necesitan ser expresadas y comprendidas por el adulto mayor. Las emociones son fundamentales “para el estado de la salud, bienestar y calidad de vida de las personas, incidiendo tanto en la aparición y alteración de la enfermedad como en la recuperación de la misma” (Ortega Navas, 2009).

El otro componente central desde esta perspectiva teórica, es la creencia que se tiene acerca del dolor y las acciones que ha emprendido para afrontarlo, lo que

ISBN: 978-628-95101-6-4

influenciará en la visión que tiene de sí mismo/a, además de su interpretación y significado de la vivencia dolorosa. Un adulto mayor que posee una creencia negativa acerca de si mismo, por ejemplo “no creo que pueda superar este dolor” o “no me siento capaz de vivir con este dolor”, puede trabajar en modificar estas creencias a través de una “Reestructuración cognitiva”, reemplazándolas por otras que resulten más adaptativas para lograr un mayor control del dolor, como “esto me duele mucho, pero yo soy más fuerte”, “a pesar de este dolor sigo siendo una persona valiosa”. Se valoran y fomentan creencias que resulten más reconfortantes y reparadoras, posibilitando un mayor empoderamiento en la utilización de estrategias efectivas. Además, ponen en construcción estilos de afrontamiento con una mayor percepción de control sobre el dolor, lo que permite que el adulto mayor sea capaz de actuar activamente para enfrentar y lidiar con los eventos estresantes ocasionados por éste.

“El nexo común de las técnicas de reestructuración cognitiva es identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los pacientes, destacando la influencia negativa que los pensamientos tienen en la conducta y en las emociones” (Sánchez, Alcázar y Olivares, 1999).

En la terapia cognitivo conductual se busca conocer las estrategias de afrontamiento que tiene el paciente, ya que éstas “son las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes” (Arias, 2012).

“Sin embargo no todas las situaciones que los sujetos experimentan pueden ser afrontadas debidamente, puesto que en ocasiones las personas llegan a un estado en el cual se sienten totalmente impotentes y sin recursos, éste puede ser el caso del dolor

físico” (Arias, 2012). Por ejemplo, una adulta mayor nos puede comunicar la siguiente creencia: “no creo que pueda superar este dolor”. En este caso nos enfrentamos a una estrategia de afrontamiento escasamente funcional ante una situación de estrés, lo que provoca pesimismo y bajo control sobre el dolor, estando asociado como consecuencia a bloqueos, abandonos de actividades o resignación de sus metas. Lo anteriormente mencionado se puede trabajar a través de la terapia cognitivo conductual. Durante las sesiones, es posible desarrollar otras alternativas de solución o afrontamiento en conjunto con la paciente, con el propósito de que ésta adquiera mayor seguridad y autoconfianza, lo que le posibilitará centrar su atención y motivación en aquellas actividades que le generen sensaciones agradables. De esta manera, se esperaría que la paciente vaya adquiriendo estrategias de afrontamiento más efectivas que fomenten un adecuado manejo en situaciones que le resulten problemáticas, mejorando su relación con el dolor y valorando una nueva perspectiva del mismo, influyendo en su sistema de creencias, para así lograr un mayor bienestar subjetivo, mejor calidad de vida y desarrollar un envejecimiento activo.

SUGERENCIAS

recabar información valiosa que pueda permitir desarrollar espacios de psicoeducación en la comunidad y/o abordar terapéuticamente a las personas mayores.

Considerando la presente información y la relevancia de la emoción respecto a la vivencia del dolor, sugerimos la construcción de programas socio-emocionales que integren temáticas (como potenciar la autoeficacia y la autoestima, utilizando técnicas de relajación, reconocimiento de emociones o estrategias de afrontamiento enfocadas en

la resolución de problemas, entre otros) dirigidos al adulto mayor, integrando a otros profesionales ligados a la medicina geriátrica, enfermería, kinesiología y terapia ocupacional (entre otros), a fin de abordar esta problemática lo más integralmente posible.

REFERENCIAS

Adsuar J. (2023). Envejecimiento activo, bienestar y calidad de vida en áreas rurales. Editorial: Wanceulen.

Álvarez Ramírez LY, Ibarra L, García Espitia E. Eficacia de un programa para la promoción del bienestar a partir de las dimensiones del esquema de sí mismo en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga. Psychol. av. discip [In- ternet]. 2011 [citado 27 dic 2017]; 5(1): 73-79. Disponible en: http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=297224114007

Arias, M. (2012). “Prevalencia de las estrategias cognitivas de afrontamiento ante el dolor físico que presentan los adultos mayores del asilo vida a los años”. [Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio digital- Universidad Técnica de Ambato.

Barrantes-Brais, K. Ureña-Bonilla P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [en línea]. 17(1), 101-12.

Borbón. N- Cruz. R & Castro. A.(2015). Envejecimiento patológico como condicionante de la dependencia funcional en adultos mayores. Revista de Ciencias del Ejercicio. 10(10), 35-63.

Cerquera, A. Uribe, A. Matajira, Y. Correa, H. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. Psicogente. 20 (38), 399,400,401, 402.

Conwell Y, Orden KV, Caine ED. (2011) Suicide in Older Adults. Psychiat Clin N Am. 34:451-68.

Contreras D, Moreno M, et al. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. Revista latinoamericana de psicología. 38(1). pp 45-58.

Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, etall. (2015) A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. Aging Ment Health. 20:166-94.

Felce D, Perry J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities. 16(1):51-74

Fernández-Ballesteros R. (2011). Envejecimiento saludable. Congreso sobre Envejecimiento. La investigación en España. Madrid

García, Felipe E., Catrilef, María Alejandra, Fuentes, Yohanna, Garabito, Sandra, & Aravena, Valentina. (2021). Estrategias de afrontamiento, estrés percibido y

bienestar psicológico en individuos con cefalea primaria. Acta Colombiana de Psicología, 24(1), 8-18.

García-Andreu J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anestesia en México 2017; Volumen 29: (Supl. No.1) 77-85

Guerrero Alcedo JM, Requena Bastidas NY, Torrealba Torres ME. Bienestar psicológico, autoeficacia, estilos de humor y su relación con la salud. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad [Internet]. 2016 [citado 16 julio 2016]; 6 (2): 122-138. Disponible en: http://cien-ciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/199

González-Celis Rangel A. Ortiz L.(2017). Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento. 5(15).

Gonzales M. (2014). Dolor crónico y psicología: Actualización. Revista Médica Clínica las Condes. 25(4) 610-617.

Gutiérrez, J (2008). Dolor en el adulto mayor. Revista Dolor Clínico y Terapia (7).

Jakobsson U. (2010). The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. Scand J Rheumatol. 39:421-9.

Limón, Mª; Ortega, Mª; (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. Revista de psicología y educación. (6)1, 225-238.

Maestre, J.A. (2001). El dolor en el adulto mayor. Colombia Médica, 32(4), 184-188.

Mella, Rafael, González, Luis, D'Appolonio, Jorge, Maldonado, Ivonne, Fuenzalida, Alfredo, & Díaz, Andrea. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. Psykhe (Santiago), 13(1), 79-89.

Mercedes-A, Acosta-N, et al. (2014). El dolor y su impacto en la calidad de vida de adultos mayores. Piscoespacios. (8), 243-244-248-251.

Módenes, P. F., & Cabaco, A. S. (2008). Saber envejecer: Aspectos positivos y nuevas perspectivas. Foro de educación, 6(10), 372.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española Geriatría Gerontología;37(S2): 74-105.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.

Ortiz J, Castro M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. Cienc. enferm. 15(1), 25-31.

Pardo R. (2019). El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico. [Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio digital- Universidad Autónoma de Madrid.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Queirolo, S. Barboza, M. Ventura, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). Enfermería Global.

Reyes-Jarquín K, Hernández-Pozo MdR. Análisis Crítico de los estudios que explo- ran la Autoeficacia y Bienestar vinculados al Comportamiento Saludable. Journal of Behavior, Health & Social Issues [Internet]. 2011 [citado 16 julio 2016]; 3(2): 5-24. Disponible en: http://www.jour- nals.unam.mx/index.php/jbhsi/article/ view/29915

Salazar, M. (2017). Afrontamiento y adaptación: Hacia un envejecimiento activo.[Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]

Sáez López, M.P., Sánchez Hernández, N., Jiménez Mola, S., Alonso García, N., & Valverde García, J.A.. (2015). Valoración del dolor en el anciano. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 22(6), 271-274.

Sánchez JC. Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. Int J Clin Health Psychol [Internet]. 2006 [citado 16 jul 2016]; 6(3): 613-630. Disponible en: http://www. redalyc.org/articulo.oa?id=33760307

Soria Z. Montoya B et all.(2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de población, 23(93), 59-93.

Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, et al. (2016). Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. Psychol Mede. 47:543-52.

Tello-Rodríguez, Tania, Alarcón, Renato D, & Vizcarra-Escobar, Darwin. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33(2), 342-350.

Transmisibles, G. O. D. E. N., & Mental, S. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol, 37(S2), 74-105.

Varela, L. Tello, T.(2011). Asambleas mundiales sobre el envejecimiento. Varela L. Principios de Geriatría y Gerontología. 2da ed: Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 19-24.

Vera Noriega, J. Á., Sotelo Quiñones, T. I., & Domínguez Guedea, M. T. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 7(2), 57-73.

Vélez, E. E. E., Centeno, M. R. F., Zevallos, M. G. V., & Vélez, J. A. S. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, 3(1), 58–74.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Young Y, Frick KD, Phelan EA. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. J Am Med Dir Assoc;10(2):87-92. doi: 10.1016/j. jamda.2008.11.003.

Zamarrón M. (2007). Envejecimiento Activo. Infocop Online

Zegarra, J.2007. Bases fisiopatológicas del dolor. Acta Medica Peruana. 24(2).

RESEÑA AUTORES

EDUARDO PINO ASTETE

Psicólogo y Magíster en Psicología de la Universidad de la Frontera y docente en la Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile, desde hace 26 años. Sus áreas de docencia e investigación refieren al Desarrollo Humano, Aprendizaje y Psicología Educacional principalmente. Destaca su participación como Co investigador en su rol de Coordinador regional del proyecto Fondef: D09I1238 "Construcción y Estandarización de Instrumentos de Evaluación Psicométrica para el Desarrollo de una cultura de medición ética y rigurosa”, dirigido por la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Cedeti, lo que posibilitó la actualización y estandarización del WAIS-IV.

FRANCISCA ALVARADO LARA

Psicóloga recién egresada con una formación en práctica profesional del área educacional en el programa habilidades para la vida I. Destaca su participación como oyente en el Congreso de Psicología Clínica de “Trauma Complejo” organizado por ADIPA.

JASMIN VARGAS OYARZO

Psicóloga recién egresada con una formación en práctica profesional del área educacional en el programa Habilidades para la Vida I. Destaca su participación como oyente en el Congreso de psicología clínica de “Trauma Complejo” organizado por ADIPA, además de la participación en cursos sobre Primeros Auxilios Psicológicos y Terapia Cognitiva Conductual para los Trastornos de Ansiedad.

AGRADECIMIENTOS

Mostramos gratitud a la formación que nos brindó la Universidad de Magallanes, entregándonos aprendizajes y experiencias únicas, lo que nos ha permitido ser las profesionales de hoy en día.

ISBN: 978-628-95101-6-4

EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE REPROCESAMIENTO GENERATIVO (TRG) EN LA FIBROMIALGIA: UN ESTUDIO DE CASO

EFFECTIVENESS OF GENERATIVE REPROCESSING THERAPY (TRG) IN FIBROMYALGIA: A CASE STUDY

Jair Soares dos Santos
Juliana Bezerra Lima-Verde
Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT)
Departamento de Investigación
Brasil

RESUMEN

La fibromialgia es un síndrome complejo y debilitante que afecta a millones de personas en todo el mundo. No se conoce su etiología y el tratamiento es paliativo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. La TRG ha demostrado ser efectiva para el tratamiento definitivo de esta patología a través de sus cinco protocolos. El objetivo de este artículo es analizar y discutir los beneficios obtenidos mediante el exitoso reprocesamiento de experiencias en pacientes con fibromialgia, proporcionando una perspectiva única sobre el potencial terapéutico de la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) en el manejo de esta condición. En este artículo, presentamos un estudio de caso de una mujer de 39 años que había sido tratada sin

éxito con terapias convencionales para la fibromialgia y que posteriormente se sometió a TRG. Se aplicaron cuestionarios cualitativos sobre varios aspectos de su calidad de vida, antes y después de la TRG, cada uno evaluado en una escala de 0 (pésimo) a 6 (excelente). Se obtuvieron los siguientes resultados antes y después de la TRG: satisfacción con la relación amorosa (3 a 6), satisfacción sexual (2 a 6), satisfacción con la vida (0 a 6), satisfacción con la apariencia física (0 a 6), confianza en la competencia profesional (0 a 6), sentimientos hacia el pasado (0 a 6) y optimismo hacia el futuro (0 a 6). Los resultados muestran que la TRG puede ser una opción efectiva para pacientes con fibromialgia que no responden a las terapias convencionales, mejorando tanto los síntomas físicos como los psicológicos y proporcionando beneficios duraderos incluso después del tratamiento. Esta terapia ofrece una perspectiva prometedora para abordar la fibromialgia y otros trastornos emocionales, destacando la importancia de tratar las causas subyacentes del sufrimiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVES

Fibromialgia, reprocesamiento, generativo, calidad de vida, depresión, ansiedad, tratamiento.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a complex and debilitating syndrome that affects millions of people worldwide. Its etiology is unknown, and treatment is palliative with the goal of improving the quality of life of affected individuals. TRG has shown to be effective for the definitive

treatment of this condition through its five protocols. The aim of this article is to analyze and discuss the benefits obtained from the successful reprocessing of experiences in patients with fibromyalgia, providing a unique perspective on the therapeutic potential of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in managing this condition. In this article, we present a case study of a 39-year-old woman who had been unsuccessfully treated with conventional therapies for fibromyalgia and subsequently underwent TRG. Qualitative questionnaires were administered on various aspects of her quality of life before and after TRG, each evaluated on a scale from 0 (poor) to 6 (excellent). The following results were obtained before and after TRG: satisfaction with romantic relationship (3 to 6), sexual satisfaction (2 to 6), life satisfaction (0 to 6), satisfaction with physical appearance (0 to 6), confidence in professional competence (0 to 6), feelings towards the past (0 to 6), and optimism towards the future (0 to 6). The results demonstrate that TRG can be an effective option for fibromyalgia patients who do not respond to conventional therapies, improving both physical and psychological symptoms and providing lasting benefits even after treatment. This therapy offers a promising perspective for addressing fibromyalgia and other emotional disorders, emphasizing the importance of addressing the underlying causes of suffering to improve patients' quality of life.

KEYWORDS

Fibromyalgia, reprocessing, generative, quality of life, depression, anxiety, treatment.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas pueden causar experiencias difíciles en la vida cotidiana. Muchas personas dependen de medicamentos y, por eso, también enfrentan los efectos secundarios de estas sustancias. Esto frecuentemente resulta en baja funcionalidad y poca resiliencia para enfrentar situaciones estresantes, aumentando la susceptibilidad a trastornos de ansiedad y depresión. Esta situación puede llevar a los individuos a alejarse de las relaciones sociales, del trabajo, del ocio y de la familia. Este es el escenario enfrentado por las personas con fibromialgia (FM) (Oliveira et al., 2019).

La FM es un síndrome complejo y debilitante que afecta a millones de personas en todo el mundo. Caracterizada por dolor muscular generalizado y crónico, esta condición reumática no deformante plantea desafíos significativos para quienes la padecen, especialmente para las mujeres en el rango de edad de 30 a 50 años, quienes constituyen la mayoría de los casos (SBR, 2019). Además del dolor físico, la FM está estrechamente relacionada con síntomas psicológicos que pueden agravar la experiencia del dolor, lo que subraya la interconexión entre los aspectos físicos y emocionales de esta enfermedad (Guimarães, 2011). Debido a los diversos síntomas de la FM, especialmente el impacto en la calidad de vida de los pacientes, es esencial adoptar estrategias de tratamiento multidisciplinarias. Entre las actividades terapéuticas multidisciplinarias se incluyen: psicoterapia, farmacoterapia, actividad física, terapias de grupo, además de terapias alternativas a la medicina tradicional. Esto es necesario porque la mayoría de los pacientes no logra un control adecuado de la enfermedad solo con el uso de terapias convencionales (Costa et al., 2021).

ISBN: 978-628-95101-6-4

En este contexto, la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) ha surgido como una alternativa prometedora para aquellos que no han logrado encontrar alivio con las terapias convencionales. A diferencia de las terapias tradicionales que se centran en tratar los síntomas físicos, la TRG adopta un enfoque más temporal (pasado, presente y futuro) al abordar la emoción subyacente detrás de la FM. Este enfoque innovador busca reconfigurar las respuestas emocionales del individuo ante el dolor, promoviendo así una recuperación más completa y duradera (Santos & Lima-Verde, 2023a).

En este artículo, presentamos un estudio de caso de una mujer que había sido tratada sin éxito con terapias convencionales para la FM y que posteriormente se sometió a TRG. El objetivo de este artículo es analizar y discutir los beneficios obtenidos a través del exitoso reprocesamiento de experiencias en paciente con FM, proporcionando una perspectiva única sobre el potencial terapéutico de la TRG en el manejo de esta condición.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La FM se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado acompañado de diversos síntomas, como problemas de sueño, fatiga, depresión, ansiedad, rigidez y mala condición física. Todos estos síntomas tienen un impacto significativo tanto en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria como en la calidad de vida de las personas con FM (Conte et al., 2018).

Chaitow (2002) amplía la explicación de la FM describiéndola como un trastorno caracterizado por dolor generalizado y varios puntos de alta sensibilidad repartidos por el cuerpo. Estos puntos, conocidos como puntos dolorosos (tender points), deben provocar dolor en al menos 11 de las 18 áreas específicas cuando se presionan, para que se considere un diagnóstico. Los puntos dolorosos se dividen en dos categorías: puntos de sensibilidad, donde el dolor se limita a los sitios específicos, y puntos gatillo, que causan dolor que se irradia a otras partes del cuerpo. En pacientes con FM, el dolor debe ser continuo y presente durante más de cuatro meses para ser clasificado como crónico.

Los indicadores epidemiológicos internacionales sobre la prevalencia de la FM muestran variaciones según los tipos de estudios, métodos y poblaciones analizadas. Sin embargo, la prevalencia oscila entre el 0,7% y el 5% en la población general. Un estudio brasileño identificó una prevalencia del 2,5% de la FM en la población, con una predominancia en mujeres, en la proporción de 8:1, y el 40,8% de los casos se encuentran en el rango de edad de 35 a 44 años. No obstante, la FM puede ocurrir en niños, adolescentes y personas mayores. En algunos países europeos, la prevalencia puede llegar hasta el 10,5% en la población adulta. Esta condición es frecuentemente observada en la práctica clínica diaria y es una de las principales causas de consultas relacionadas con el sistema musculoesquelético (Oliveira et al., 2019).

La enfermedad es considerada un factor relevante que impacta negativamente en la calidad de vida de una persona, ya que algunos de sus síntomas, como el dolor, la

ISBN: 978-628-95101-6-4

inestabilidad del estado de ánimo y la pérdida del sueño, se consideran causas de muchos desajustes en la vida (Hamnes et al., 2012).

Lorena et al (2016) determinó que estas limitaciones están asociadas al proceso doloroso, siendo la principal causa de las dificultades para gestionar las demandas físicas, psicosociales y organizativas en el trabajo, lo que genera un efecto debilitante y negativo en la vida de muchas mujeres.

Los resultados de los estudios indicaron que el dolor es el principal factor limitante y el que más afecta a las personas, y que, ante una crisis dolorosa, se desencadenan otras cuestiones como la dificultad para mantenerse autónomo incluso para el autocuidado, la higiene personal, mejorar la apariencia y la autoestima. De hecho, el proceso doloroso es un factor limitante para el individuo; sin embargo, a lo largo del estudio, se observó la existencia de otros factores limitantes presentes en el contexto de la enfermedad de estas mujeres (Lisboa et al., 2018; Lorena et al., 2016).

Cuando nos referimos a la **FM**, no solo señalamos la enfermedad física, sino también la psíquica. No es raro encontrar cambios de humor, alternando entre estabilidad y tristeza, además de estados de ansiedad presentados en muchos momentos por estas personas (Felício et al., 2015).

Más allá del dolor crónico que interfiere en la calidad de vida, también se observan dificultades en el desempeño laboral y cambios en el estado de ánimo. La depresión es una comorbilidad psiquiátrica común en estos pacientes; aproximadamente el 30% de las personas diagnosticadas con FM presentan síntomas de depresión mayor en el

momento del diagnóstico, y se ha observado que existe un 74% de probabilidad de que desarrollen depresión a lo largo de la evolución de la enfermedad (Conte et al., 2018). Es posible observar que las mujeres con FM**,** además de tener una peor calidad de vida, presentan niveles altos de depresión, lo cual es muy preocupante para el cuadro fibromiálgico y para la calidad de vida del individuo (Letieri et al., 2013).

Además, es común la presencia de otras comorbilidades que agravan el sufrimiento y empeoran la calidad de vida. Entre las más frecuentes se encuentran el síndrome de fatiga crónica, el síndrome miofascial, el síndrome del intestino irritable y el síndrome uretral inespecífico. Este conjunto de síntomas, que varía entre las personas con FM, tiene un impacto negativo en sus vidas, impidiéndoles vivir con bienestar y salud (Oliveira et al., 2019).

Los trastornos psicológicos y funcionales, así como la sensibilización central, están interrelacionados en el contexto de la FM, formando un ciclo que se refuerza mutuamente. Para encontrar soluciones efectivas, es necesario romper este ciclo vicioso en algún punto, y una posible área de intervención es el aspecto psicológico. Los niveles de depresión se asocian de manera inversa con el apoyo percibido del entorno cercano, que incluye al cónyuge, la familia y los amigos. Por otro lado, los niveles de ansiedad tienen una correlación negativa más débil con el apoyo percibido del entorno familiar y social, aunque no se observa la misma relación con el apoyo percibido del cónyuge (Collazo et al., 2014).

Las mujeres con FM suelen presentar un perfil psicológico con altos niveles de exigencia personal. Generalmente, son perfeccionistas y pueden sufrir de trastorno

ISBN: 978-628-95101-6-4

obsesivo-compulsivo, lo que las lleva a sobrecargarse de actividades y asumir un exceso de responsabilidades. A esto se suma la doble jornada laboral, que incluye el cuidado del hogar, la familia y el trabajo fuera de casa, haciendo que el día a día sea aún más pesado para quienes viven con FM. El dolor crónico que caracteriza a la FM es frecuente y difuso por todo el cuerpo, y, al ser invisible, no causa deformidades físicas ni secuelas evidentes, aunque requiere de una gran cantidad de medicamentos que a menudo no brindan alivio completo. Muchas veces, estas mujeres necesitan largos periodos de baja médica, lo que puede llevar a la desconfianza en el ámbito laboral y familiar, y, por tanto, experimentan violencia simbólica. A menudo sufren en silencio, enfrentando discriminación, prejuicios y exclusión social, lo que incrementa su vulnerabilidad física y social (Oliveira et al., 2019).

El aspecto emocional del síndrome de FM parece jugar un papel crucial en su etiología, lo cual la coloca dentro del espectro de las enfermedades psicosomáticas. En este contexto, el dolor surge como la repetición de alguna experiencia previamente vivida, la cual se reproduce de manera inconsciente (Kotaka, 2007).

El dolor corporal puede reflejar algo más profundo que permanece guardado dentro del individuo y que será descifrado cuando el paciente pueda expresar su angustia en palabras. En este sentido, la experiencia de pérdida y desamparo puede manifestarse en el cuerpo como dolor, siempre relacionado con episodios previamente vividos por el sujeto en otros momentos de su vida. El inicio de los síntomas del síndrome de FM frecuentemente está vinculado a algún factor desencadenante. Este puede estar relacionado con diversos elementos como el estrés, traumas emocionales o físicos, así

como alteraciones hormonales, que provocan dolor y trastornos del sueño. Por lo tanto, los traumas pueden ser de naturaleza física, como accidentes y agresiones, o emocional, como procesos de separación matrimonial, enfermedades y fallecimientos en la familia o en personas cercanas (Collazo et al., 2014).

Cuando los pacientes experimentan estrés, especialmente el emocional, sienten el dolor de manera más intensa, desencadenando una crisis. Este factor estresante actúa como un desencadenante para la aparición y/o empeoramiento del dolor (Silveira, 2021).

Los desafíos surgidos a raíz de este diagnóstico llevan a la comunidad médica a reconocer que hay aspectos que van más allá de su conocimiento. El médico se enfrenta a situaciones que desafían su comprensión y lo obligan a generar nuevo conocimiento. Frente a casos atípicos y enigmáticos como la FM, que no responden a los protocolos establecidos por las investigaciones patrocinadas por laboratorios y la medicina basada en evidencias, el médico se siente impotente y desorientado en su rol de experto (Guimarães, 2011). Según Lacan (1966), lo que es excluido del cuerpo por la ciencia, regresa como síntoma, ya que en el cuerpo que el paciente ofrece al médico como objeto de investigación coexisten placer y dolor. En este sentido, nos encontramos frente a una falla psíquica, donde la subjetividad se ve comprometida y el cuerpo se presenta como una forma de expresión. Resulta interesante investigar la historia de vida del paciente durante la anamnesis, y aún más interesante sería investigar si los desencadenantes actuales están relacionados con eventos pasados.

Es importante destacar que, en el contexto de la atención primaria de salud, los pacientes con FM a menudo son remitidos a especialistas, lo que puede dificultar la

implementación de un enfoque preciso y retrasa el inicio del tratamiento. Además, la ausencia de una estrategia clara de tratamiento conduce a que estos pacientes sean derivados a múltiples especialidades, sometiéndose a investigaciones exhaustivas y recibiendo la prescripción de diversos medicamentos para abordar diferentes síntomas. Este proceso no solo causa demoras en el diagnóstico, sino que también contribuye al aumento de la incapacidad física y, como resultado, incrementa el uso de recursos en el ámbito de la salud (Pernambuco et al., 2016).

El tratamiento de la FM se centra principalmente en aliviar el dolor, mejorar la capacidad física y estabilizar el estado emocional. Para lograr resultados más efectivos, se combina el uso de medicamentos, como antidepresivos, benzodiazepinas, analgésicos y inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que se utilizan para controlar los trastornos del sueño y los síntomas psicológicos. Además, se incluyen ejercicios aeróbicos que favorecen la relajación y fortalecen la musculatura, lo que ayuda tanto en los síntomas físicos como en los psicológicos, ya que estas actividades liberan endorfinas, hormonas que generan una sensación de bienestar. En los tratamientos actuales (medicamentoso y no medicamentoso) rara vez se aborda la causa subyacente que lleva a un individuo a desarrollar FM, su historia de vida o la posibilidad de una remisión completa de los síntomas. La literatura se centra principalmente en enfoques paliativos, ya que los pacientes son evaluados solo después de la manifestación de los síntomas (Silveira, 2021).

Tradicionalmente, las aproximaciones terapéuticas para el tratamiento de la FM se centran en los síntomas físicos, las alteraciones del sueño y del estado de ánimo,

combinadas con otras intervenciones como la fisioterapia y la psicoterapia, con el objetivo de que el paciente acepte la enfermedad y su condición. En este contexto, los pacientes suelen abandonar su trabajo, vida social, actividades de ocio y cualquier cosa que podría mejorar su vida, para dedicarse al tratamiento, estableciendo objetivos de vida limitados. Estas actitudes forman parte de las estrategias de evitación, las cuales están relacionadas con la persistencia del dolor y pueden dificultar la adhesión al tratamiento psicológico (Martins & Vandenberghe, 2007).

Es necesario un tratamiento más enfocado en las causas que llevaron a la persona a desarrollar la FM y no solo en el alivio de los síntomas, para que la calidad de vida de este individuo sea restaurada. Si los síntomas dentro de las crisis son, en realidad, resultados de factores emocionales desencadenantes, se hace necesario investigar y eliminar estos factores. Debido a los numerosos casos de FM resueltos con TRG mediante la resolución de problemas emocionales, creemos que la causa principal de este síndrome está estrechamente relacionada con eventos negativos ocurridos en la vida de estas personas, que desencadenaron síntomas como dolor corporal, depresión y ansiedad, entre otros (Santos & Lima-Verde, 2023b; Santos & Lima-Verde, 2023c; Pereira et al., 2024).

Esta terapéutica se basa en un proceso de reprocesamiento llevado a cabo mediante cinco protocolos: 1. Cronológico; 2. Somático; 3. Temático; 4. Futuro; 5. Potenciación (Santos & Lima-Verde, 2023a). Según estos autores, cada protocolo se describe de la siguiente manera:

ISBN: 978-628-95101-6-4

1 – **PROTOCOLO CRONOLÓGICO**: este protocolo guía al paciente a través de un proceso de reprocesamiento que abarca su vida desde el nacimiento hasta el presente. El objetivo es identificar y reprocesar eventos traumáticos, bloqueos emocionales y creencias limitantes que hayan surgido a lo largo del tiempo. Esta reprocesamiento permite al individuo obtener una comprensión más profunda de sus experiencias pasadas y potenciar su bienestar emocional.

2 – **PROTOCOLO SOMÁTICO**: se centra en la conexión entre las experiencias emocionales y las manifestaciones físicas. El terapeuta asiste al paciente en la identificación y exploración de las respuestas corporales asociadas a recuerdos traumáticos o experiencias dolorosas revisadas en el protocolo cronológico. Este reconocimiento somático facilita la liberación de tensiones corporales y la integración mente-cuerpo, promoviendo el bienestar tanto físico como emocional.

3 – **PROTOCOLO TEMÁTICO**: enfocado en los temas más significativos y dolorosos de la vida del individuo. El terapeuta ayuda al paciente a identificar y reprocesar estos temas, lo que permite una comprensión más profunda de sus experiencias. Al explorar los temas más relevantes, la TRG busca estimular al individuo para transformar sus creencias limitantes y fomentar una visión más saludable y positiva de sí mismo y de su vida.

4 – **PROTOCOLO FUTURO**: este protocolo se enfoca en los miedos y preocupaciones respecto al futuro. El terapeuta ayuda al paciente a identificar y enfrentar estos temores, trabajando para cambiar las perspectivas negativas y promoviendo una visión más esperanzadora y positiva de lo que está por venir. El reprocesamiento de las

preocupaciones futuras permite al individuo desarrollar estrategias adaptativas y fortalecer su resiliencia emocional.

5 – **PROTOCOLO DE POTENCIACIÓN**: mediante este protocolo, el terapeuta anima al paciente a visualizar y trabajar hacia el mejor futuro posible. Es un proceso de imaginación guiada en el que se incentiva al individuo a visualizar sus metas, aspiraciones y objetivos alcanzados. Esta técnica de visualización positiva permite al paciente reforzar su motivación intrínseca, consolidar sus capacidades y orientar sus acciones hacia un futuro deseado.

Estos cinco protocolos de la terapia de reprocesamiento generativo proporcionan un enfoque terapéutico integral y fundamentado para el tratamiento de problemas psicológicos. Los reprocesamientos cronológico, somático, temático, futuro y de potenciación tienen como objetivo tratar la causa subyacente de los síntomas, proporcionando una transformación profunda y duradera. El reprocesamiento se concibe como un método destinado a reevaluar eventos vividos de manera objetiva para recuperar y neutralizar emociones, considerando que el procesamiento inicial fue la experiencia directa del evento. Se plantea la hipótesis de que estos eventos, mal procesados por la mente humana, son la causa de problemas somáticos de origen indefinido, como la FM (Soares, 2021 e 2022).

ISBN: 978-628-95101-6-4

DATOS GENERALES DE LA PERSONA

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 09.08.1984

Nivel de escolaridad: educación secundaria completa

Edad Ocupación/Profesión: vendedora en tienda de ropa femenina

Nacionalidad: brasileña

Fechas de la evaluación: 22.02.2022 e 15.06.2022

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 39 años, después de recorrer un largo camino de tratamiento para la FM con técnicas convencionales, nos buscó para su tratamiento. Aceptó participar en un proyecto con TRG y firmó un Formulario de Consentimiento Informado al inicio del tratamiento. En ningún momento se le solicitó ni se le recomendó que suspendiera el tratamiento convencional. La paciente continuó con su tratamiento convencional como lo había estado haciendo durante muchos años. Ella informó que había estado viviendo con un diagnóstico médico de FM durante 5 años y también tenía depresión, ansiedad, ideación suicida y dificultades para dormir. Experimentaba crisis de 1 a 2 veces al mes, a pesar del seguimiento médico farmacológico y psicológico, incluyendo el uso diario de duloxetina (30 mg) y tramadol (37,5 mg) durante las crisis. Realizaba caminatas y hidroterapia regularmente, pero las interrumpía durante las crisis, y tenía terapia

cognitivo-conductual (TCC) una vez por semana. La misma refirió haber sido diagnosticada con depresión y ansiedad en el momento del diagnóstico de FM. Sin embargo, afirmaba que solo sobrevivía, con crisis de ansiedad y depresión precediendo a los dolores corporales, lo que afectaba su trabajo y calidad de vida. Reveló haber sufrido abusos físicos y sexuales por parte de su padrastro durante la infancia y adolescencia, lo que la llevó a salir de casa y casarse a los 16 años. La misma refirió que también sufrió abusos por parte de su primer marido, tanto físicos como sexuales, y que esto se reflejó en su vida hasta el inicio del tratamiento con la TRG, sintiendo desencadenantes emocionales cada vez que se hablaba o se escuchaba sobre el tema. Estos hechos resultaron en la separación de su esposo, y en esa ocasión, la paciente inició un tratamiento psicológico con la TCC, sin una mejora aparente en su calidad de vida. Alrededor de los 30 años, comenzó a sentir dolores corporales inexplicables, consultando a varios médicos de diversas especialidades sin encontrar un diagnóstico preciso. El diagnóstico de FM llegó a los 34 años, después del nacimiento de su tercer hijo de su segundo esposo.

Este informe clínico se enmarca en un estudio empírico, longitudinal y observacional con un seguimiento de 5 años, siendo el primero realizado con la TRG. Las observaciones previas, al mostrar mejoras significativas en la calidad de vida de más de mil personas y al compartir varias características comunes en sus resultados, suscitaron la necesidad de un análisis más detallado de estas observaciones.

ISBN: 978-628-95101-6-4

MÉTODOS

El estudio de este caso específico se desarrolló a través de un proyecto para tratar a pacientes diagnosticados con FM utilizando la TRG. Se realizaron numerosas descripciones de otros casos clínicos que fueron solucionados mediante la TRG en este mismo proyecto. Para ello, reunimos un grupo de terapeutas que fueron seleccionados y capacitados para este fin. Estos profesionales localizaban a los pacientes a través de una plataforma digital donde los mismos se inscriben para participar en proyectos como este. Los participantes son asignados aleatoriamente a los terapeutas. Esta paciente, entre muchos otros participantes, presentaba el diagnóstico médico de FM, realizaba el tratamiento convencional (psicológico y farmacológico) y obtuvo éxito al final del tratamiento com la TRG, razón de nuestra publicación.

TÉCNICAS

Para el estudio de caso, se realizó una anamnesis en la primera sesión de la TRG, donde fue posible conocer la historia de vida de esta paciente. A continuación, se aplicó un cuestionario cualitativo sobre diversos aspectos de su vida, tales como: relación amorosa, satisfacción sexual, satisfacción con la vida, satisfacción con la apariencia física, confianza en la competencia profesional, sentimientos hacia el pasado y optimismo hacia el futuro, siendo cada uno evaluado en una escala de 0 (pésimo) a 6 (excelente). El mismo cuestionario se aplicó al final del tratamiento. Las sesiones de TRG se realizaron en modalidad en línea y con una frecuencia semanal.

La técnica de TRG utiliza 5 protocolos específicos: cronológico, somático, temático, futuro y potenciación. Estos protocolos se aplicaron en este orden y se distribuyeron a lo largo de las 12 sesiones a las que la paciente fue sometida. Cada protocolo siguiente comenzaba solo después de que el anterior se hubiera completado por completo.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados fueron obtenidos en la primera y última sesión mediante la aplicación de los cuestionarios mencionados previamente. El primero se llevó a cabo antes de iniciar el primer protocolo de TRG, y el segundo inmediatamente después de completar el último protocolo de TRG. En cuanto a los cuestionarios aplicados antes y después del tratamiento con TRG, los resultados fueron alentadores para la participante. Incluso frente a las crisis de FM, la relación amorosa de la participante se encontraba en una calificación mediana (3), al igual que su satisfacción sexual dentro de la relación (2). Después del tratamiento con TRG, estos valores alcanzaron la calificación máxima (6). En cuanto al satisfacción com la vida, se obtuvo una calificación de 0 antes del tratamiento y calificación máxima (6) después del tratamiento con TRG. En cuanto a la satisfacción con la apariencia física, la participante otorgó una calificación de 0 antes del tratamiento con TRG y calificación máxima (6) después de la TRG. En cuanto a la percepción de su competencia profesional, la participante otorgó calificaciones de 0 y 6, respectivamente, antes y después del tratamiento con TRG. En lo que respecta al pasado y al futuro, es decir, cómo enfrentaba todo lo que habían experimentado y lo que está por venir, la participante otorgó calificaciones mínimas (0) para ambos aspectos antes del

tratamiento y calificaciones máximas (6) después del tratamiento. Después de la octava sesión, la paciente informó que ya no experimentaba más crisis de FM. Después de 12 sesiones de TRG, la paciente dejó de tomar la medicación bajo supervisión médica y fue dada de alta del TRG.

En lo que respecta a los cuestionarios cualitativos sobre la percepción del individuo en relación a su calidad de vida, los aspectos aquí descritos, como se mencionó en la descripción del caso, se refieren a una autoevaluación subjetiva antes y después del tratamiento con la TRG. Los resultados mostraron avances positivos en todos los parámetros evaluados (tabla 1). Según se mencionó anteriormente, el seguimiento es de 5 años y, aún después de 2 años del tratamiento con TRG, la paciente reporta no haber tenido más crisis de FM. Seguimos monitoreando.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos para este caso clínico coinciden con los resultados obtenidos en trabajos anteriores que utilizaron la TRG como tratamiento para la FM. En estos casos, las terapias convencionales fueron utilizadas inicialmente como tratamiento de elección para la FM, sin éxito. La remisión de los síntomas y crisis de FM se logró después del tratamiento con TRG (Pereira et al., 2024; Santos & Lima-Verde, 2023b e 2023c).

El cuestionario aplicado abarca siete áreas importantes de la vida de un ser humano y refleja su calidad de vida. Este mismo cuestionario ha sido utilizado en otros

proyectos que buscaban tratar, mediante la TRG, a personas con depresión, ansiedad e ideas suicidas, além da FM (Lima-Verde et al., 2024; Lima-Verde & Santos, 2024; Pereira et al., 2023; Santos & Lima-Verde, 2023d, 2023e, 2023f; Santos & Lima-Verde, 2024; Santos et al., 2023).

La calidad de vida es un concepto que ha cobrado importancia creciente en la actualidad. Se ha convertido en un indicador clave para evaluar tanto las condiciones de salud como los efectos de los tratamientos e intervenciones. Este concepto se basa en la percepción individual sobre diversos aspectos de la vida, que abarcan un ámbito amplio y complejo. Estudios han demostrado que, a mayor gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, menor es la calidad de vida del individuo. No obstante, el campo de estudio de la calidad de vida aún se encuentra en desarrollo, ya que se la considera en relación con la salud, la vivienda, el ocio, los hábitos de actividad física y la alimentación. Es ampliamente aceptado que todos estos factores contribuyen a una percepción positiva del bienestar (Freitas et al., 2023).

En cuanto a su satisfacción con su relación amorosa y sexual, la participante cambió positivamente su visión sobre la relación después de la TRG. Según Myers (2000), el matrimonio es un factor que contribuye a la felicidad más que el trabajo o la situación económica. En cuanto a la salud mental, las personas más felizes em su matrimonio tienden a tener tasas más bajas de depresión, mientras que la principal fuente de angustia está relacionada con la ruptura de una relación íntima (Reis & Gable, 2001). La satisfacción en las relaciones amorosas se entiende como una evaluación cognitiva favorable de una relación específica, que surge después de compararla con

otras relaciones similares que poseen características consideradas positivas o aceptables (Wachelke et al., 2004). La calidad de los vínculos conyugales se analiza como una valoración global y subjetiva de un individuo sobre su relación romántica, y se compone de diversos elementos que representan esta calidad para el individuo, como la intimidad, el amor, la comunicación, el compromiso y la sexualidad (De Andrade & Garcia, 2012).

Arriaga (2001) indica que una persona se considera satisfecha con su relación cuando los componentes de la misma superan las expectativas, y la satisfacción se incrementa cuando hay mayor involucramiento emocional entre los cónyuges, así como mayor confianza, fidelidad, integridad, afecto, pasión, interdependencia y apertura a la comunicación. Por lo tanto, la satisfacción en las relaciones amorosas, derivada de evaluaciones positivas del vínculo amoroso, tiende a contribuir a la calidad de vida y, consecuentemente, a la salud mental.

La satisfacción con la relación es un factor crucial en la evaluación del bienestar psicológico del individuo, ya que las personas satisfechas en sus relaciones amorosas tienden a experimentar de manera positiva otros aspectos de la vida (Wachelke et al., 2004). Además, García y Maciel (2008) señalan que los elementos del compromiso romántico (como la sexualidad, la intimidad y el compromiso, por ejemplo) también pueden estar influenciados por factores de naturaleza religiosa, los cuales pueden contribuir de manera positiva o negativa a la satisfacción conyugal.

En cuanto a su satisfacción con la vida, la participante alcanzó la puntuación máxima en el cuestionario después de recibir tratamiento con la TRG. Según Pavot y

Diener (1993), la satisfacción con la vida es un proceso de evaluación en el que las personas juzgan la calidad de sus vidas basándose en sus propios criterios personales. La satisfacción con la vida está íntimamente relacionada con la forma en que una persona se adapta al contexto en el que vive, y está conectada a sus estrategias de afrontamiento. Tran y Chantagul (2018) encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la resolución de problemas se asocia de manera positiva y significativa con los niveles de satisfacción con la vida. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se asocian de forma negativa y significativa con la satisfacción con la vida. Yang et al. (2018) señalan que la satisfacción con la vida es un recurso que abarca la autonomía, el control, las creencias, las emociones positivas, la regulación emocional, la capacidad para resolver problemas, la adaptación y el equilibrio a lo largo del ciclo de vida.

La satisfacción con la apariencia física también experimentó cambios positivos máximos, demostrando estar estrechamente relacionada con su imagen corporal renovada y autoestima. La imagen corporal y la autoestima son dimensiones de la salud que a menudo se estudian conjuntamente. La persona está encarnada en su familia, comunidad y sociedad, ya que desde una edad temprana, su imagen corporal se moldea por el entorno, reflejando sentimientos y valores percibidos, y configurando sus actitudes y personalidad (Condessa & Anastácio, 2019). Las mujeres son las principales afectadas por una percepción distorsionada de su imagen corporal (Condessa et al., 2022). Dado que se trata de una representación, la imagen corporal abarca los niveles físico, emocional y mental de cada individuo en cuanto a la percepción de su propio cuerpo. Según los autores, la imagen corporal se percibe a través de los sentidos y comprende

tanto figuraciones como representaciones mentales, pero no se limita únicamente a una percepción o representación simple (Veras, 2010).

En cuanto a la confianza de la participante en su competencia profesional, después del tratamiento con TRG, los resultados fueron prometedores. La competencia profesional puede definirse como la movilización, particularmente por parte del profesional en su acción productiva, de un conjunto de conocimientos de naturalezas diversas que forman competencias intelectuales, técnico-funcionales, comportamentales, éticas y políticas, de manera que generen resultados reconocidos individual o colectivamente (Souza et al., 2021). En el contexto de una persona con problemas mentales, es evidente la aparición del síndrome del impostor. Aquellos que lo experimentan tienen la percepción de ser impostores, atribuyendo sus éxitos a factores externos y no reconociendo sus propias habilidades. Esto resulta en dificultades para aceptar elogios o reconocimientos, lo que lleva a ansiedad, estrés y falta de autoconfianza en el entorno laboral (Bezerra et al., 2021).

Finalmente, al hablar de los resultados de la participante sobre sus sentimientos hacia su pasado y futuro, que coincidían con los síntomas de depresión y ansiedad, es notable que ella asignó la calificación más alta. Las personas afectadas por síntomas depresivos y de ansiedad tienden a mostrar formas ineficaces de regulación emocional, lo cual mantiene una respuesta emocional negativa, propiciando el desarrollo de la rumiación y una baja flexibilidad conductual. La rumiación se define como un patrón de pensamiento pasivo y repetitivo fuertemente vinculado con afectos negativos como tristeza, culpa, miedo, angustia y estrés (Abbasi et al., 2014). Este pensamiento rumiativo

surge a raíz de situaciones pasadas o futuras, reales o imaginarias, que tienen el potencial de causar sufrimiento. Además, las personas con altos niveles de rumiación pueden experimentar dificultades para resolver problemas, prolongando sus episodios depresivos (Sánchez & Vázquez, 2012).

La percepción personal puede indicar cómo el problema afecta la vida de la persona y también lo que considera como una vida saludable (Arruda et al., 2015). Las personas que sufren del síndrome de FM también experimentan síntomas físicos cuya causa aún se desconoce. En este sentido, muchos pacientes han sido ignorados o considerados fantasiosos debido a los síntomas que describen, lo cual les causa gran sufrimiento al sentir que expresan en la consulta médica algo que la ciencia biológica no reconoce (Kotaka, 2007).

Aragón (2010) menciona que el tratamiento del dolor opera en la superficie, utilizando fármacos que actúan en la interfaz entre la neuroendocrinología y las emociones. Slompo y Bernardino (2006) destacan que medicamentos como analgésicos e inductores del sueño son formas de silenciar el cuerpo y, por ende, las cuestiones que desencadenan el dolor. Sin embargo, la FM se caracteriza por su resistencia a estos medicamentos (Santos & Rugde, 2014). Aunque útiles para aliviar temporalmente los síntomas, estos tratamientos no logran eliminarlos. Los medicamentos tienen una función paliativa centrada en el individuo, pero no pueden resolver el dolor, el cual está arraigado no solo en el cuerpo individual, sino también en el contexto social.

Este caso, con una descripción típica de una mujer con FM, ilustra la travesía de una persona que sufre dolor en busca de un diagnóstico y tratamiento. La resolución de

este caso y de muchos otros similares tratados con la TRG demuestra que la FM puede resolverse sin recaídas (Pereira et al., 2024; Santos & Lima-Verde, 2023b e 2023c).

Los resultados muestran que la TRG puede ser una opción efectiva para pacientes con FM que no responden a las terapias convencionales, mejorando tanto los síntomas físicos como los psicológicos y proporcionando beneficios duraderos incluso después del tratamiento. Esta terapia también ha sido utilizada con éxito en pacientes con depresión, ansiedad e ideación suicida (Lima-Verde & Santos, 2024; Pereira et al., 2023; Santos & Lima-Verde, 2023d, 2023e, 2023f; Santos & Lima-Verde, 2024; Santos et al., 2023). La TRG ofrece una perspectiva prometedora para abordar la FM y otros trastornos emocionales, destacando la importancia de tratar las causas subyacentes del sufrimiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Abbasi, F., Yosefi, Z., & Maroufi, M. (2014). Prediction of postpartum depression: Rumination, attachment style and forgiveness. *New York Science Journal*, 7(3), 6-13. http://www.sciencepub.net/newyork.

Aragon, L. E. P. (2010). Fibromialgia: Perspectivas de um campo problemático. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 155-169.

Arriaga, X. B. (2001). The ups and downs of dating: fluctuations in satisfaction in newly formed romantic relationships. *Journal of Personality & Social Psychology*, 80(5), 754-765.

Arruda, G. O., Santos, A. L., Teston, E. F., Cecilio, H. P., M., Radovanovic, C. A. T., & Marcon, S. S. (2015). Associação entre auto percepção de saúde e características sócio demográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (1), 61-8.

Bezerra, T.C.G., Barbosa, L.H.G.M., Vione, K.C., Athayde, R.A.A., Gouveia, V.V. (2021). Escala Clance do Fenômeno do Impostor: Adaptação Brasileira. *Psico-USF*, 26 (2),333- 343.

Chaitow, L. *Fibromyalgia Syndrome a Guide to Treatment*. São Paulo: Manole, 2002.

Collazo, E., Aragonés, M.A.,& Muñoz, D. (2014). Trastornos de personalidad en los cónyuges de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 21(5): 235-41.

Condessa, I. C., & Anastácio, Z.C. (2019). Estudo exploratório dos níveis de satisfação com a imagem corporal em adolescentes - pensando no direito ao “bem-estar. International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de *Psicología*, 2, 315-326. DOI:http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2019.

Condessa, I., Anastácio, Z. C., & Antão, C. (2022). Imagem Corporal, Autoestima E Adesão À Atividade Física: Um Estudo Com Jovens Em Período Covid-19.

International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, 1 (2), 71-8.

Conte, M.S., Dumbra, G.A.C., Roma, D.V.P., Fucuta, P.S., & Miyazaki, M.C.O.S. (2018). *Medicina*, 51(4), 281-90.

Costa, T. M.; Silva-Rodrigues, F. M.; Peres, F. D. B.; & Padula, M. P. C. (2021). Experiences and quality of life of women with fibromyalgia. *Brazilian Journal of Development*, 7(6), 54365-79.

De Andrade, A. L., & Garcia, A. (2012). Desenvolvimento de uma medida multidimensional para avaliação de qualidade em relacionamentos românticos – Aquarela-R. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 634-643.

Felício, M.D.C., Martins-Silva, P.O., Oliveira, G.M.B.R., & Macedo, AD. (2015). Representações sociais de conjugalidade e fibromialgia: desdobramentos na dinâmica conjugal. *Temas psicol*. 23 (4), 987-1002.

Freitas, P.H.B., Meireles, A.L., Ribeiro, I.K.S., Abreu, M.N.S., Paula, W., & Cardoso, C,S. (2023). Symptoms of depression, anxiety and stress in health students and impact on quality of life. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 31, 1-13.

Garcia, A., & Maciel, M. G. (2008). A influência da religião na busca do futuro cônjuge: Um estudo preliminar em comunidades evangélicas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 95-112.

Guimarães, I. C. (2011). *Psicanálise e dor: o que (re)vela a fibromialgia*. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 144p..

Hamnes, B., Mowinckel, P., Kjeken, I., & Hagen, K.B. (2012). Efeitos de um programa multidisciplinar de uma semana de autocuidado para pacientes com fibromialgia: um estudo controlado randomizado. *BMC Musculoskelet Disord*. 13(189), 1-9.

Kotaka, E. T. (2007). *Fibromialgia: Um Novo Sentido Para a Dor de Existir*. http://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/10431/1/50505690.pdf.

Lacan, J. (1966). Psicoanalisis y Medicina. In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manatinal.

Letieri, R.V., Furtado, G.E., Letieri, M., Góes, S.M., Pinheiro, C.J., Veronez, S.O., Magri, A.M., & Dantas, E.M. (2013). Pain, Quality of Life, Self-Perception Of Health, And Depression In Patients With Fibromyalgia Treated With Hydrokines Io Terapy. *Rev Bras Reumatol*. 53(6), 494-500.

Lima-Verde, J.B., & Santos, J.S. (2024). Depression, Neuroplasticity and Generative Reprocessing Therapy (TRG): Case Report. In: *2nd European Congress of Neurology and Neuropsychiatry*, London, p.25.

Lima-Verde, J.B., Santos, J.S., & Pereira, A.G. (2024). Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. *Journal of Neurology & Neuropsychiatry*. 1, 5–7.

Lisboa, L.L., Soneharac, E., Oliveira, K.C.A.N.O., & Azevedo, S.C.A.G.D.A. (2018). Kinesi o therapy effect on quality of life, sexual function and clima cteric syntoms in womem with fibromialgy. *J Women Aging*. 30(4), 299-309.

Lorena, S.B., Pimentel, E.A.S., Fernandes, V.M., Pedrosa, M.B., Ranzolin, A., & Duarte, A.L.B.P. (2016). Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Rev. dor.* 17(1), 8-11.

Martins, M. A.; & Vandenberghe, L. (2007). Intervenção psicológica em portadores de Fibromialgia. *Revista Dor*, 8 (4): 1103-12.

Myers, D. G. (2000). *The american paradox*. New Haven, CT: Yale University Press.

Oliveira, J.P.R., Berardinelli, L.M.M., Cavaliere, M.L.A., Rosa, R.C.A., Costa, L.P., & Barbosa, J.S.O. (2019). O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. *Rev Gaúcha Enferm.* 40, 1-9. DOI: https://doi.org/10.1590/1983- 1447.2019.20180411.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164. DOI: https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164.

Pereira, A. G., Lima-Verde, J.B., & Santos, J.S. (2024). Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. *J Neurol Stroke*. 14(1):12–15.

Pereira, A.G., Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho. *Revista de Saúde*

Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC. 15(28), 1-18. DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008.

Pernambuco, A.P., Fernandes, L.A., Carvalho, N.M., Fonseca, A.C.S., & Reis, D.A. (2016). Análise do perfil biopsicossocial de participantes de um programa de educação em saúde específico para a fibromialgia. *Rev Conexão Ciência*. 11(2):92-102. DOI: https://doi.org/10.24862/cco.v11i2.441.

Reis, H., & Gable. S. (2001). Toward a positive psychology of relationships. *The positive person and the good life*. Washington, D.C: American Psychological Association.

Sánchez, Á., & Vázquez, C. (2012). Sesgos de Atención Selectiva como Factor de Mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica. *Terapia psicológica*, 30(3), 103-117. https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300010.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023a). Terapia de Reprocessamento Generativo: abordagem terapêutica alternativa e transformadora no tratamento de problemas da mente. In: Revista Medicina Integrativa. https://revistamedicinaintegrativa.com/?s=trg.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023c). Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Melhoria da Qualidade de Vida de Paciente com Fibromialgia. In: 16th International Congress of Clinical Psychology, Córdoba, Espanha. *Advances in Clinical Psychology*, 3. p.245.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023d). Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Uma Abordagem Eficaz para Transtornos Mentais. In: *I Congresso Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental na Atenção Básica*, Curitiba, Paraná, p.41.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023e). Transformação Psicossocial: Como a TRG Resgatou uma Paciente com Depressão, Ansiedade e Ideação Suicida. In*: I Congresso Internacional – Saúde Mental na Contemporaneidade: Diálogos sobre o Tema Suicídio*, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023f). Depression, Anxiety, and Suicidal Ideation: A Case Resolved by Generative Reprocessing Therapy (TRG). In: *4th International of Integrative Medicine*, Porto, Portugal.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023b). Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. *RevSALUS.* 5 (3), 1-12.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2024). Repensando a saúde mental: o potencial transformador da terapia de reprocessamento generativo. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*, 25, Almada, Portugal, p.102-3.

Santos, J.S., Lima-Verde, J.B., & Miranda, M.E.L.C. (2023). Generative Reprocessing Therapy (TRG): A Promising Approach in Mental Health. In: *11th European Conference in Mental Health (ECMH)*, Ljubljana, Eslovênia, p.175.

Santos, N. A., & Rudge, A. M. (2014). Dor na psicanálise: Física ou psíquica?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 450-468. DOI: https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p450-5.

Silveira, L.S. (2021). A experiência da fibromailgia para o paciente e sua família. Trabalho de conclusão de curso. Universidade de Fortaleza, 44p.

Slompo, T. K. M. S., & Bernardino, L. M. F. (2006). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 263-278. DOI: https://doi.org/10.1590/1415-47142006002006.

Soares, J. (2021). *Terapeuta de Resultados - Relatos incríveis de vidas transformadas*. Sodré Gráfica e Encadernadora Ltda, Vitória/Brasil, 287p.

Soares, J. (2022). *O Poder de Transformação da TRG - Terapia de Reprocessamento Generativo*. Sodré Gráfica e Encadernadora Ltda, Vitória/Brasil, 226p.

Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) (2022).

Souza, A. P., Costanogueira, R. J. C., Silva, R. O., Souza, K. M. P., & Souza, L. R. M. P. (2021). Valores Pessoais e Competências Profissionais: Perspectivas de Pesquisa. *European Academic Research*, 9 (1), 114-141.

Tran, V. A., & Chantagul, N. (2018). Influence of Coping Style on Life Satisfaction Among Vietnamese Undergraduates of Psychology, Mediated by Stress, Anxiety, and Depression. *Scholar: Human Sciences*, 10(2), 174–187.

Veras, A. L. L. (2010). Development and construction of body image in contemporary: a cognitive-behavioral perspective. *Revista Brasileira De Terapias Cognitivas*, 6 (2), 94-117. DOI: 10.5935/1808-5687.20100017.

Wachelke, J. F. R., Andrade, A. L. de; Cruz, R. M., Faggiani, R. B., & Natividade, J. C. (2004). Medida da satisfação em relacionamento de casal. *Revista Psico-USF*, 9(1), 11-18.

Yang, C., Xia, M., Han, M., & Liang, Y. (2018). Social support and resilience as mediators between stress and life satisfaction among people with substance use disorder in China. *Frontiers in Psychiatry*, 9 (2), 1-7. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00436.

RESEÑA AUTORES

JAIR SOARES DOS SANTOS, BRASILEÑO

Es psicólogo y doctorando en Psicología por la Universidad de Flores (UFLO) en Argentina. Es el desarrollador de la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) y presidente del Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) ubicado en la ciudad de Recife, Brasil. Ha estado perfeccionando esta técnica desde 2010 y actualmente cuenta con más de 40 mil alumnos que ejercen como terapeutas TRG en Brasil y en el mundo. Fundó el Departamento de Investigación del IBFT en el año 2023 y ha publicado varios trabajos que muestran la eficacia de la TRG en la resolución de problemas emocionales, como depresión, ansiedad, fibromialgia, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, entre otros. Además de su participación en numerosos

congresos, ha publicado los siguientes artículos científicos con su equipo: 1. Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. RevSALUS. 5 (3), 1-12, 2023; 2. Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. *J Neurol Stroke*. 14(1):12–15, 2024; 3. Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC*, 15(28), 1-18. http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008 2023; 4. Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. *Journal of Neurology & Neuropsychiatry*. 1, 5–7, 2024. Também é autor dos seguintes livros sobre TRG: Terapeuta de Resultados - Relatos incríveis de vidas transformadas (2021) e O Poder de Transformação da TRG - Terapia de Reprocessamento Generativo (2022).

JULIANA BEZERRA LIMA-VERDE

Brasileña, es terapeuta de Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) y doctoranda en Psicología por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) en Argentina. Actualmente se desempeña como directora científica del Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) ubicado en la ciudad de Recife, Brasil. Además de su participación en varios congresos, ha publicado los siguientes artículos científicos con su equipo: 1. Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. RevSALUS. 5 (3), 1-12, 2023; 2. Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. *J Neurol Stroke*. 14(1):12–15, 2024; 3. Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Revista de Saúde Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC, 15(28), 1-18. http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.00082023; 4. Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. *Journal of Neurology & Neuropsychiatry*. 1, 5–7, 2024.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer al Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) por el apoyo financiero y tecnológico brindado para la ejecución de este y otros proyectos.

ANEXOS

Tabla 1: Niveles de Calidad de Vida Antes y Después de la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG).

PARÁMETRO	ANTES DE LA TRG	DESPUÉS DE LA TRG
Satisfacción con la Relación Amorosa	3	6
Satisfacción Sexual	2	6
Satisfacción con la Vida	0	6
Satisfacción com la Apariencia Fisica	0	6
Confianza de su Competencia Profesional	0	6
Sentimientos hacia el Pasado	0	6
Sentimientos hacia el Futuro	0	6
0 = péssimo		

6 = excelente

ISBN: 978-628-95101-6-4

ZAMUDIO: EL ACOSO ESCOLAR ES UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL PÚBLICA

SCHOLAR BULLING IS A PUBLIC MENTAL HEALTH PROBLEM

Rosa Deisy Zamudio González[31]
Universidad Cooperativa de Colombia
Campus Villavicencio
Colombia

Praxis Académica

RESUMEN

Problema. - El acoso, bulling, matoneo, intimidación y agresión, y referentes similares, se han ampliado y diversificado en las instituciones escolares de tal manera que pueden ser considerados un problema de salud mental pública. Metodología. - El texto presenta una reflexión sustentada en estudios sobre violencias escolares realizados en Colombia y en otros contextos socioculturales que se relacionan con las políticas de salud mental pública generada en el Estado colombiano y en organismos

[31] Psicóloga, especialista en Educación, especialista en Gerencia de Recursos Humanos, Magister en Educación, doctora y posdoctora en Pensamiento Complejo, docente de la Universidad Cooperativa de Colombia, campus Villavicencio, líder del grupo de investigación PROMETEO. Del programa de Psicología

internacionales. Resultados. - Las formas de acoso escolar no han sido comprendidas como un asunto de salud mental pública que implica a individuos, colectividades e instituciones escolares y también al Estado y a la sociedad civil. Conclusiones. - Las instituciones escolares cumplen un rol fundamental en el desarrollo de capacidades intelectuales, pero dejan un vacío en la formación de seres humanos que resuelvan pacíficamente sus divergencias y evitar, en consecuencia, la búsqueda de soluciones mediante mecanismos como el acoso, el bulling, el matoneo, la agresión u otra forma violenta en contra de otros seres humanos. La consecuencia de no enfrentar o aplazar el problema es el deterioro de la convivencia, la desinstitucionalización de la comunidad educativa y la deslegitimación del ´otro´ como conciudadano.

PALABRAS-CLAVES

Acoso escolar, matoneo, Bull ying, salud mental pública, Colombia

ABSTRACT

Problem. - Bullying, intimidation and aggression have increased and diversified in educational institutions, for this reason those can be considered, as other ways of violence, a public mental health problem. Methodology. - This article shows a reflexion which is based on studies about scholar violence in Colombia and other social and cultural contexts related with public mental health policies created in the Colombian State and international organisations. Results. - The ways of scholar bulling have not been understood as a matter of public mental health that affects individuals and scholar

institutions as well as State and society. Conclusions. - Educational institutions play a fundamental role developing intellectual capabilities however, these leave an empty in formation of human beings who solve pacifically their differences, avoiding solutions through mechanisms such as bullying, aggression and other ways of violence against others. The consequence of avoiding and delaying the problem is the deterioration of coexistence, the deinstitutionalization of educative community and delegitimization of "the other" as a fellow citizen.

KEY WORDS

Scholar bullying, intimidation, aggression, public mental health, Colombia

INTRODUCCIÓN

Las instituciones escolares cumplen funciones cognitivas, actitudinales y conductuales cuya pertinencia obedece a las necesidades de la sociedad en los espacios en los cuales desarrollan su misión específica. Uno de los objetivos de la educación es la enseñanza y aprendizaje de la convivencia entre seres humanos en un clima que garantice la salud física, mental y social. Los casos de acoso escolar (matoneo, Bull ying, agresión, intimidación) ocupan espacios que van en crecimiento y, desde luego, deterioran el ambiente en el cual han de desarrollarse los objetivos educacionales. Valga aclarar que Olweus prefiere no usar el término de "violencia" porque le connota un uso desafortunado cargado de confusión y de dificultades en su operatividad y medida porque se le asocia indistintamente con comportamiento "violento"

sinónimo de “agresión” o comportamiento “agresivo” y, por esta vía, se le relaciona con violencia “psicológica” o incluso con “violencia emocional” y, más allá, con “violencia estructural o institucional”. El término de violencia está asociado a poli discursos que implican hechos y fenómenos distintos que sólo caben si se extiende su significado a referentes empíricos de una variedad indeterminada. En este artículo se utiliza el término “acoso” o Bull ying para referirse a las connotaciones dentro de instituciones escolares (Olweus, 1993; 1993a; Castells, 2013; Pellegrini et al., 1999). Dichos casos han salido de la vida cotidiana de las instituciones educativas y de la calle para expresarse a través del escenario público de los medios masivos. Las representaciones sociales construidas por ellos van en búsqueda de “culpables” y los localizan en las autoridades de policía, las instituciones escolares, las familias y en las redes sociales.

Sin embargo, las evidencias mostradas en investigaciones más los relatos conocidos a través de medios masivos muestran que los hechos han sobrepasado los límites de las organizaciones escolares (Martínez, 2007). Las intervenciones en su interior siempre resultan cortas frente a la amplitud de las problemáticas por cuanto ellas han desestructurado los lazos sociales cuando ellos existen o se han constituido en barreras infranqueables para que ellas no funcionen como contenedoras de agresiones dentro y fuera de las instituciones escolares.

En consecuencia, se requiere ir al fondo del problema si se busca superarlo en sí mismo y en sus consecuencias. Hay que considerarlo, en primer lugar, como un problema de salud mental pública en cuya solución están comprometidos el Estado, sociedad civil, medios masivos, iglesias, familias y organizaciones educativas con sus

ISBN: 978-628-95101-6-4

directivos, docentes y estudiantes en sus ´instituciones grandes´ y en ´instituciones intermedias´, en términos de Berger y Luckmann (1997). En segundo lugar, se necesita una mirada multidimensional del problema y abordarlo con capital social que debe ser debe ser activado y fortalecido con urgencia sobre todo en un país como Colombia que experimenta el conflicto armado interno más prolongado del mundo y una creciente confrontación en la vida cotidiana en escenarios de la calle, las vecindades y el interior de los hogares.

DESARROLLO

Los argumentos que se ofrecen al lector como defensa de la propuesta de considerar el acoso escolar como un problema de salud mental pública inician con la tesis central, luego vienen declaraciones de política y las normas que las respaldan, para continuar con la búsqueda de evidencias empíricas de acoso escolar generalizado, enseguida se demuestra que él hace parte de agresiones que se encuentran en el entorno de las instituciones escolares y que son responsabilidad del Estado y de la sociedad civil para finalizar con la urgencia de tener una mirada multidimensional no solamente para comprender el problema sino para enfrentarlo desde institucionalidades múltiples; finalmente se presentan algunas conclusiones.

ARGUMENTO 1. EL ACOSO ESCOLAR ES UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud, en 1946, adoptó una definición de salud mental que es pertinente para la tesis que se desea demostrar: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p.1; también puede consultarse en Blanco y Díaz, 2006, p.9). Organismos internacionales como la OPS (Organización Panamericana de la Salud), la OMS (Organización Mundial de la Salud), la UNICEF (Programa de las Naciones Unidas para la Infancia) y la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) coinciden en reconocer que la salud de los adolescentes y jóvenes es básica para el progreso de los países por lo cual promueven un cambio en sus políticas y programas para generar impactos significativos (CEPAL, 1994; 2014; OPS – Kellogg, 1998; OPS, 2002; 2003). Recomiendan estos organismos que los gobiernos de América Latina y el Caribe adopten servicios especialmente dirigidas al grupo en edad vulnerable como los niños y los adolescentes en los aspectos social, económico y de salud. Lo que están en juego no son solamente los individuos sino ellos dentro de un espacio que les sea favorable para sus vidas como son las organizaciones primarias.

La tendencia actual es considerar la salud mental en términos positivos como “un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad” (WHO, 2001, citado por Parales, 2008, p.663). Estas consideraciones implican a la comunidad y, a fortiori, a las instituciones escolares si ellas

son concebidas como comunidades de vida y comunidades educativas. El artículo 1º de la Ley 115 de 1994, expedida por el gobierno colombiano, declara que “La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes”. El artículo 3º de la misma ley establece que el servicio educativo será prestado en las instituciones educativas del Estado, de particulares y de carácter comunitario, solidario, cooperativo o sin ánimo de lucro, lo que significa que todas las instituciones educativas obedecen a los mismos lineamientos. De esta manera es entendida la educación y definida su prestación. Está demostrado que la amistad, las buenas relaciones sociales y las redes de apoyo sólidas mejoran la salud en el hogar, en el trabajo y en la comunidad porque se reduce la respuesta fisiológica al estrés (Wilkinson & Marmot, 2003). Si esto se garantizara en las instituciones educativas no deberían presentarse casos de violencia como los que estamos analizando.

Los hechos de acoso escolar demuestran la distancia entre el concepto y los datos. La hostilidad sistemática que produce intimidación ante la presencia y acción de un agresor (Díaz-Aguado, 2005; Tamar, 2005; Tresgallo, 2006) se deriva del uso del poder entre pares en una relación asimétrica que genera dependencia y subvaloración con los daños directos y colaterales que produce tanto en quien lo ejerce como en quien lo padece. No son hechos casuales ni esporádicos sino acciones generadas en la intencionalidad de producir daño en el “otro” con los efectos negativos alcanzados. Numerosos estudios han avanzado en el esclarecimiento de estos hechos así la mayoría de ellos permanezcan en estos fenómenos (Chaux, 2002; 2003; 2011; 2012; Ramos, Nieto y Chaux, 2007; Kornblit, 2008; Couples et Familles, 2009); Jiménez, Lleras y Nieto,

2010; Avodo, 2010; Andrade, Bonilla y Valencia, 2011; Castillo-Pulido, 2011; Gallego, 2011; Salamanca y Güichá, 2011; Jaramillo, 2012; Tatis, 2012; Krieger y Mendes, 2012).

ARGUMENTO 2. LA EVIDENCIA EMPÍRICA DICE QUE EL ACOSO ESCOLAR NO ES VISTO COMO PROBLEMA DE SALUD MENTAL PÚBLICA

La salud de los adolescentes tiene un escaso interés entre los tomadores de decisiones que se refleja en el espacio reducido que tiene en la agenda pública. En Colombia no existe una tradición sólida en la política pública de atención a niños y adolescentes que se encuentran involucrados en los fenómenos descritos. Por ejemplo, el Estudio de Salud Mental realizado en Colombia en el año 2003 parte del primer rango de edad de la muestra estudiada de 18 a 29 años, con el 37.04% de los encuestados (Ministerio de Protección Social - FES, 2003; Tabla 1; p.22). Es decir que quienes tienen una edad inferior a este rango no se encuentran implicados en el estudio y tampoco en la política de atención de problemas de salud mental.

El Decreto 3339 de 2007 propone como primera línea de política la promoción de la salud y la calidad de vida. Esta norma abre el camino de la posible vinculación de los temas del sector salud con otros sectores y con la política económica y social (Hoja 7). Esta línea, sin mencionar las demás, formula estrategias operativas de fomento de “entornos favorables a la salud en las dimensiones físicas y socioculturales, así como en el desarrollo de habilidades y competencias ciudadanas y comunitarias en pro de la salud” (Decreto 3339 de 2007, Hoja 33). Por su parte, la Ley 1616 de 2013 determina que “el Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la

ISBN: 978-628-95101-6-4

promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales" (Ley 1616 de 2013, art.4º). El contexto creado por la norma es una "estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano" (art.5º). En el año 2013 son promulgadas normas que se refieren directamente a los fenómenos analizados como son la Ley "por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar…" (Ley 1620 de 2013) y su Decreto reglamentario (1965 de 2013). Hace falta disponer de información acerca de sus aplicaciones en las instituciones de educación.

Generalmente, las instituciones escolares centran su preocupación en el dominio cognoscitivo de sus docentes y estudiantes mientras que desplazan a una segunda prioridad, si la tienen, la apropiación de "herramientas de pensamiento autónomo" y relaciones positivas con los "otros" como expresiones de "habilidades sociales" (Zwadaski, 2007, p.40). Por estas razones, todavía está pendiente "fortalecer la cohesión social sobre la base de la aceptación consciente de la existencia del "otro", del diferente, (Tedesco, 2005, p.35) como el principal objetivo de las instituciones responsables del proceso de socialización, particularmente de la escuela. Todavía está por realizar la propuesta de Paulo Freire, formulada hace años, de "transformar la "escuela educativa" en la "escuela educadora"" (Freire, citado por Zwadaski, 2007, p.40). Desde el área de la salud, el médico pediatra argentino Néstor Zawadski sostiene que,

a pesar de los progresos en su campo, los indicadores colocan alertas sobre la persistencia de riesgos subyacentes entre ellos “el abandono de la educación formal” (Zawadski, 2012, p.165). Es hora que el área de la salud se tome las instituciones educativas para promover salud mental pública.

ARGUMENTO 3. EL ACOSO ESCOLAR TRASCIENDE LA INSTITUCIÓN ESCOLAR

El acoso, el *Bull ying*, la intimidación, el matoneo y agresiones entre niños y adolescentes, en general, son hechos verificados como se ilustró antes. Estos estudios encuentran evidencias de daños directos y colaterales tanto en quienes los ejercen como en quienes los padecen. Los efectos se manifiestan en fobia escolar, estrés, síndrome de retorno al colegio, depresión, problemas de adaptación, manifestaciones maníaco-depresivas o ciclotimia, trastornos de personalidad, neurosis, trastornos de ansiedad generalizada, ataques de pánico, baja autoestima, déficits en habilidades sociales y hasta suicidios (Pellegrini, 1999; Oñate et al, 2005, p.19; Castells, 2013; Baeza-Correa, 2013). La habituación ha consolidado una cultura de agresiones que cuestiona la eficacia de medidas tomadas con la mejor voluntad, pero cuya aplicación no tiene la capacidad de cumplir con los objetivos que sus gestores quieren alcanzar porque son parciales e ineficientes (Chaux, 2012). Es más, estudios longitudinales han demostrado que, de no corregirse el curso de los acontecimientos, la tendencia es hacia la reiteración y cimentación de conductas (Zawdaski, 2007). Los hechos no son casuales ni esporádicos sino acciones generadas en la intencionalidad, abierta o encubierta, de producir daño en el “otro”. Los efectos del acoso dentro de las instituciones escolares

ISBN: 978-628-95101-6-4

son preocupantes por su alto impacto para la sociedad, los padres de familia, las instituciones escolares y, obviamente, los niños y adolescentes implicados.

CONCLUSIONES

El texto ha demostrado que el acoso en las instituciones escolares afecta de una manera profunda la salud mental pública de sus integrantes y que la superación de este problema compete, obviamente, a ellas, pero también al Estado, a las familias y a la sociedad civil en la cual tienen un rol las instituciones intermedias por cuanto el fenómeno del acoso, el *Bull ying*, el matoneo, la intimidación y las agresiones han superado la capacidad de las organizaciones de educación. Solamente si se tiene una perspectiva multidimensional tanto en la comprensión de los fenómenos como en la superación de los mismos se lograrán logros significativos que recuperen la función educadora de las instituciones. Sin embargo, los hechos analizados están ubicados dentro de un contexto envolvente de diferencias incluidas las disputas intrafamiliares, las riñas entre vecinos, el prolongado conflicto armado interno asociados todos al uso de medios directos y extra-normativos para dar solución a los conflictos.

La incrustación de prácticas de matoneo, acoso e intimidación en la institución escolar supone una socialización negativa entre pares que legitime sus acciones y, por tanto, interiorice su aceptación de tal manera que regulen relaciones hostiles en la vida cotidiana. Una vez logrado este paso, se abren posibilidades de adhesión de otros pares y, desde luego, de selección y objetivación de “otros” con el carácter de víctimas o de

observadores. La legitimación alcanzada ha sido acompañada de la construcción de tres roles que se distribuyen de manera asimétrica entre los estudiantes en la institución escolar; ellos son el de agresor, el de víctima y el de observador activo o pasivo frente a las confrontaciones de los pares. Tanto los procesos de socialización como de legitimación y objetivación en los roles mencionados son todos integrantes de un proceso social que se sedimenta en la organización escolar y hunde sus raíces en las actitudes y conductas de los estudiantes.

Desmontar, o desanclar, esta práctica implica desarrollar procesos de *ex-rol* que permitan sacar a los estudiantes del escenario creado como una sub-institución al lado, y en forma encubierta, de la institución oficial hasta anularlo como campo de actuación legitimado por víctimas, victimarios y observadores. Obviamente el *ex-rol* compromete el restablecimiento de la salud mental tanto para los individuos como para la colectividad, la comunidad del entorno y la institución escolar. Esto precisamente hace que ella, la salud mental, sea pública. En consecuencia, se acepta que las “soluciones” que son parciales y que comprometen solamente a un conglomerado o a individuos aislados resultan ineficaces por cuanto la construcción, legitimación y sedimentación de la violencia escolar han pasado por un proceso de anclaje que ha comprometido a personas y a la institucionalidad misma en su misión y organización.

Estas evidencias no transcurren solamente en el interior de las instituciones escolares sino también en su entorno. Por tanto, enfrentar hechos de acoso escolar lleva a implicar factores sociales, psicológicos y biológicos que afectan a las personas, pero también las presiones socioeconómicas persistentes que son riesgos para la salud

mental de los individuos y de las comunidades. Los indicadores de pobreza y bajos niveles de educación, los cambios sociales y culturales rápidos, el estrés en el trabajo, la discriminación de género, la exclusión social, los estilos de vida poco saludables, los riesgos de violencia, la deficiente salud y la violación de los derechos humanos son aceleradores de deficiente salud mental (WHO, 2014).

Una educación, desde la cuna hasta la tumba, inconforme y reflexiva, que nos inspire un nuevo modo de pensar y nos incite a descubrir quiénes somos en una sociedad que se quiera más a sí misma […] Que canalice hacia la vida la inmensa energía creadora que durante siglos hemos despilfarrado en la depredación y la violencia, y nos abra al fin la segunda oportunidad sobre la tierra que no tuvo la estirpe desgraciada del coronel Aureliano Buendía. Por el país próspero y justo que soñamos: al alcance de los niños (Gabriel García Márquez, 1994).

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

Andrade, J. A.; Bonilla, L. L. y Valencia, Z. M. (2011). La agresividad escolar o bulling: Una mirada desde tres enfoques psicológicos. *Revista Pensando Psicología*, 7(12): 139-154.

Arango-Dávila, C. A., Rojas Fernández, J. C., & Moreno, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4): 538-563.

Arroyave S., P. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgos asociados al bulling. *Revista CES Psicología* 5(1), Enero-Junio:116-125.

Avodo, J. (2010). De la violence à l'école à l'école de la violence. Essai d'analyse de la pratique pédagogique comme forme de violence. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 10, Automne. Document 1, mis en ligne le 01 septembre 2010, consulté le 08 juillet 2014. URL: http://sejed.revues.org/6813.

Baeza-Correa, J. (2013). "Ellos" y "Nosotros": La (des)confianza de los jóvenes en Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 11(1), enero - junio; 273-286.

Barrios R., M. (2007). Role and ex-role: The process of exiting the role of a paramilitary. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, *TBA*, New York, New York City, Aug 11.

Barry, M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11, Issue 3:

Blanco, A. y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. Clínica y Salud 17(1); 7-29.

Buenahora S., M. y Mesa, A. (2010). Caracterización del acoso escolar según el sexo en una muestra de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Bogotá: Universidad de la Sabana, Facultad de Psicología.

Calderón M., J. (2011). Análisis y vínculos entre matoneo y vida social en Colombia. Una mirada a dos instituciones educativas y al sector El Codito. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas.

Cárdenas, F. y Hernández, P. (2010). Estado del conocimiento gestión de la convivencia el bullying como fenómeno de la violencia en la escuela. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Educación, Maestría en Educación.

Cardona, H. et al. (2012). Salud mental y transformaciones del mundo de la vida en un escenario de violencia política y social. *Psichologia. Avances de la disciplina* 6(1), enero-junio:47-62.

Carvajal C., C. A.; Urrea R., P. N. y Soto G., M. F. (2012). La convivencia escolar en adolescentes de cinco municipios de Sabana Centro, Departamento de Cundinamarca. Chía: Universidad de La Sabana, Facultad de Educación, Maestría en Educación. Agosto.

Castells, P. (2013). Escuela de tortura: acoso escolar entre iguales (bullying). *Redipe Virtual (Red Iberoamericana de Pedagogía)* 822, 01 de mayo. Barcelona, España.

Castillo-Pulido, L. E. (2011). El acoso escolar. De las causas, origen y manifestaciones a la pregunta por el sentido que le otorgan los actores. *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 4 (8) Edición especial La violencia en las escuelas, 415-428.

Castillo, N. et al (2012). Descripción de los factores de riesgo y de protección frente al bullying de los estudiantes de bachillerato de un colegio de Acacías (Meta). Chía: Universidad de La Sabana, Instituto de Postgrados FORUM, Facultad de Psicología, Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia (Tesis de grado). Marzo.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (1994). Panorama social de América Latina. Santiago de Chile. Noviembre.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2014). Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina: igualdad para hoy y mañana. Santiago de Chile. Julio. Serie Políticas Sociales N° 204.

Couples et Familles (2009). Le harcèlement en milieu scolaire: comprendre et réagir. Bruxelles. En la Web, consultada el 26 Julio 2014, en http://www.couplesfamilles.be/index.php?option=com_content&view=article&id=199:le-harcelement-en-milieu-scolaire-comprendre-et-reagir&catid=6:analyses-et-reflexions&Itemid=9

Cruz, O. y Plazas, J. (2013). Construcción del significado de las peleas fuera de los colegios ¡A LA SALIDA NOS VEMOS! Chía: Universidad de La Sabana.

Cuevas J., M. C.; Hoyos H., P. A. y Ortiz G., Y. (2009). Prevalencia de intimidación en dos instituciones educativas del departamento del Valle del Cauca. Pensamiento Psicológico 6(13), p.153-172.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Chaux, E. (2002). Buscando pistas para prevenir la violencia urbana en Colombia: Conflictos y agresión entre niños(as) y adolescentes de Bogotá. *Revista de Estudios Sociales* 12, Junio; p.41-51.

Chaux, E. (2003). Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. *Revista de Estudios Sociales* 15, Junio; p.47-58.

Chaux, E. (2007). Aulas en Paz: A multi-component program for the promotion of peaceful relationships and citizenship competencies. *Conflict Resolution Quarterly* 25, 79-86.

Chaux, E. (2011). Múltiples Perspectivas Sobre un Problema Complejo: Comentarios Sobre Cinco Investigaciones en Violencia Escolar. *PSYKHE* 20(2); 79-86.

Chaux, F. (2012). Educación, convivencia y agresión escolar. Bogotá: Editorial Universidad de los Andes – Taurus.

Decreto 3339 de 2007, “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010".

Decreto 1965 de 2013, Por el cual se reglamenta la Ley 1620 de 2013, que crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar.

Gallego H., A. M. (2011). La agresividad infantil: Una propuesta de intervención y prevención pedagógica desde la escuela. *Revista Virtual de la Universidad del Norte* 33. mayo-agosto.

García M., G. (1994). Por un país al alcance de los niños. Palabras en la ceremonia de entrega del informe de la Misión de Ciencia, Educación y Desarrollo, en el Palacio de Nariño, en Bogotá, 21 julio 1994.

Jiménez, Manuela, Lleras, Juanita y Nieto, Ana María (2010). La paz nace en las aulas: Evaluación de la reducción de la violencia en Colombia. *Educ.Educ* 13(3), Septiembre-Diciembre; p.347-359.

Ley 115 de 1994, Ley General de Educación.

Ley 1616 de 2013, Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

Ley 1620 de 2013 Por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar.

Magendzo K., Toledo J., M. I. y Rosenfeld S., C. (2004). Intimidación entre estudiantes. Cómo identificarlos y cómo atenderlos. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Martínez V., R. (2007). Bullying y Medios de Comunicación. Comunicación e Xuventude. *Actas do Foro Internacional* 1, 171-182. Albacete, España.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Olweus, D. (1993). Acoso escolar, “bullying”, en las escuelas: hechos e intervenciones. Consultado en la Web el 3 de abril 2015, en http://184.171.247.103/files/Acoso-escolar-bullying-en-las-escuelas-hechos-e-intervenciones.pdf

OMS (Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2006. En la Web, consultada en la Web en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf, el 3 de abril 2015.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) – Fundación W. K. Kellogg (1998). Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000. Washington: OPS, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familia y Población Salud del Adolescente. Enero.

Oñate C., Araceli y Piñuel y Z., Iñaki. (2005). Informe Cisneros VII. Violencia y Acoso Escolar en Alumnos de Primaria, Eso y Bachiller. Informe Preliminar. Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo. Madrid, España.

Parales Q., C. J. (2008). Anomia Social y Salud Mental Pública. *Revista de Salud Pública* 10(4), septiembre-Octubre; 658-666.

Ramos, Cecilia, Nieto, Ana María y Chaux, Enrique (2007). Aulas en paz: Resultados preliminares de un programa multi-componente. *Revista Interamericana de Educación para la Democracia (RIED) – Interamerican Journal of Education for Democracy (IJED)* 1(1), septiembre.

Valadez F., I. de la A. (2008). Violencia escolar: maltrato entre iguales en escuelas secundarias de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Dirección de Psicopedagogía.

Valadez, I. y Martín del Campo, S. (2008). El trabajo participativo con docentes: una búsqueda de propuestas para enfrentar el maltrato entre iguales. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 13(036), enero-marzo:87-111.

Vizcaíno G., M. (2009). Miedos que se interponen entre libertad y seguridad. *Revista Criminalidad* 51(2), Diciembre: 15-31.

Vizcaíno G., M. (2013). Ciudadanos del mundo, ¡uníos contra los miedos, mientras seáis felices! *Espacio Abierto* 22(3), julio-septiembre: 609-630.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (ed.) (2003). Social determinants of health: The solid facts. Copenhagen, Dennmark. 2nd edition.

WHO (World Health Organization) (2001). Strengthening mental health promotion: mental health is not just the absence of mental disorder. Geneva: World Health Organization.

WHO (World Health Organisation) (2014). Mental health: strengthening our response [Fact sheet N°220]. Geneva: WHO, April.

Zawadski D., N. (2007). Violencia en la infancia y adolescencia. *Pediatría* (Asunción) 34(1): 34-45.

ISBN: 978-628-95101-6-4

EVALUACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES DE CUNDINAMARCA MEDIANTE EL VIOLENTOMETRO

EVALUATION OF THE MANIFESTATIONS OF PARTNER VIOLENCE IN WOMEN OF CUNDINAMARCA USING THE VIOLENTOMETER

Melissa Judith Ortiz Barrero
Marisol Bejarano Peláez
Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD
Grupo de Investigación SOPHIE
Colombia

Investigación Cuantitativa

RESUMEN

La violencia de género ha sido una problemática mundial que afecta a las mujeres en diferentes contextos, particularmente en el ámbito familiar y de su relación de pareja, actualmente se considera un problema de salud pública. El presente estudio evaluó las manifestaciones de violencia de pareja en 633 mujeres del departamento de

Cundinamarca en Colombia mediante la herramienta denominada “violentometro” el cual busca identificar aquellas conductas realizadas dentro de la relación de pareja por parte del hombre que vulneran a la mujer y el nivel de riesgo implicado. Los resultados reflejan que la mayoría de las mujeres han percibido violencia de pareja, pero al hacer referencia a las conductas especificas se muestra la normalización de algunas de ellas. Es importante continuar con las investigaciones en el tema y fortalecer estrategias psicoeducativas para la prevención y tratamiento de este flagelo.

PALABRAS CLAVES

Violencia, Género, Mujer, Agresión, Conductas, Riesgo.

ABSTRACT

Gender violence has been a global problem that affects women in different contexts, particularly in the family environment and in their relationship; it is currently considered a public health problem. The present study evaluated the manifestations of intimate partner violence in 633 women from the department of Cundinamarca in Colombia using the tool called “violentometer” which seeks to identify those behaviors carried out within the relationship by the man that violate the woman and the man. level of risk involved. The results reflect that the majority of women have perceived intimate partner violence, but when referring to specific behaviors, the normalization of some of them is shown. It is important to continue research on the subject and strengthen psychoeducational strategies for the prevention and treatment of this scourge.

ISBN: 978-628-95101-6-4

KEYWORDS

Violence, Gender, Women, Aggression, Behaviors, Risk.

INTRODUCCIÓN

Para el año 2023 la Organización de las Naciones Unidas - ONU indicó que a nivel mundial el 35 % de las mujeres que habían sostenido algún tipo de relación en pareja han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja actual o expareja (ONU, 2023). Lo cual se considera una violación a los derechos humanos que va en contra de la dignidad humana afectando tanto la salud física como metal de las mujeres alcanzado proporciones epidémicas en el todo el mundo (López-Hernández y Rubio-Amores 2020).

La violencia de género es una problemática que se ha naturalizado a nivel global, manifestándose en diferentes formas (sexual, física, psicológica, económica y patrimonial) y que van más allá de las relaciones familiares y afectivas. (Poveda y Fernández, 2022). Autores como Burneo (2023) manifiestan la importancia de empoderar a mujeres líderes comunitarias para que puedan influir en su entorno social evitando afectaciones a la salud mental como depresión, estrés, miedo, inseguridad, intentos de suicidio o suicidios

La investigación que se presenta a continuación busca evaluar mediante una herramienta de aplicación virtual estas manifestaciones de violencia que una muestra de mujeres de Cundinamarca ha experimentado o continúa sufriendo durante el año 2023,

además de identificar si ellas han realizado alguna denuncia o si han terminado con dicha relación. Es necesario destacar que al final de la aplicación las mujeres participantes recibieron información sobre rutas de atención para buscar ayuda si está siendo víctimas de conductas violentas por parte de su pareja.

Finalmente, el presente estudio pretende aportar a la academia, estudiantes y profesionales interesados en esta problemática y animarlos a seguir investigando y a estar preparados para atender a las víctimas de violencia de género, evitando en todo momento la vulneración de sus derechos humanos, la afectación a su salud mental, a su integridad física y pérdidas humanas (feminicidios).

MARCO TEÓRICO

La violencia de género es un tema que ha sido ampliamente investigado, pero a pesar de la cantidad de estudios las mujeres aún siguen siendo vulneradas en proporciones preocupantes por su pareja o expareja sentimental. De acuerdo con Segato (2003) la violencia de género contra la mujer se ha naturalizado a lo largo de la historia, observándose a nivel mundial en diferentes contextos de la vida (políticos, sociales, educativos, culturales, comunitarios y familiares), tanto en espacios públicos como privados.

El informe de la ONU mujeres, describe que el 35% de las mujeres de todo el mundo entre 15 a 49 años sostuvieron en algún momento una relación de pareja, siendo víctimas de por lo menos dos tipos de violencias (ONU, 2023). En este sentido, es

ISBN: 978-628-95101-6-4

importante enfatizar que dentro de los 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS), el número 5 establece: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (ONU, 2016).

CONCEPTUALIZACIÓN

Para comprender esta problemática es necesario definirla. La ONU (2016) ha definido la violencia de género como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado el daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada…Las múltiples manifestaciones de la violencia de género pueden implicar diferencias salariales, humillaciones, restricciones de los derechos civiles, agresiones físicas, agresiones sexuales, restricción del acceso a la educación e incluso el feminicidio".

La violencia de género incluye algunos tipos de violencia asociados al hecho de ser mujer y que traspasan los vínculos familiares y afectivos (López-Hernández y Rubio-Amores, 2020) y afecta la salud mental, reproductiva, física y sexual de millones de mujeres a nivel mundial (Semahegn y Mengistie, 2015). Quien ejerce la violencia de genero intenta mostrar su poder como figura dominante llevando a su víctima al sometimiento. Debido al daño que produce, este problema se considera un asunto de salud pública, que afecta la integridad de la mujer en múltiples ámbitos de la sociedad (Mayor y Salazar, 2019; García et al., 2006). Específicamente en Latinoamérica la familia es uno de los contextos en los que más se ha ejercido la violencia de género vulnerando

los derechos humanos de las mujeres en todos los países que la conforman (Lafaurie, 2013).

La gravedad de esta problemática reside en que, a pesar de los múltiples esfuerzos sociales y legales para combatir este flagelo, escasas mujeres consiguen llegar a denunciar ante entes legales, o luego de hacerlo terminan abandonando el proceso (Parra y Holanda, 2016).

Violencia de pareja y violencia conyugal, son otros de los nombres que recibe la violencia contra la mujer, dependiendo de la región donde se presente (Aiquipa, 2015). En este caso, profesionales de la salud y especialmente los ginecólogos juegan un papel importante al momento de determinar signos de violencia sexual y doméstica (Romero y González, 2017). Moncayo, (2009), indica que las acciones machistas enmarcadas en el patriarcado se dan en el dominio del hombre hacia la mujer en una relación de pareja, como secuela de la cultura patriarcal, afectando la integridad de la mujer a través de la coacción.

Aunque existen mujeres que maltratan a sus parejas masculinas y este comportamiento es igualmente inaceptable, no se constituye en un fenómeno social ni en un problema de salud pública como si lo es a la inversa. Durante la historia de la civilización occidental solo hasta hace aproximadamente cien años las mujeres han sido reconocidas como individuos iguales a los hombres ante la ley. En diferentes dinámicas sociales y culturales han sido y siguen siendo consideradas como inferiores a los hombres física, intelectual y moralmente, en consecuencia, el papel que tradicionalmente se le ha asignado a la mujer en la sociedad y en la pareja es el de subordinada al hombre.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Un maltratador heterosexual se beneficia de esta situación, justificándose para establecer que no practica la violencia de género, sino que es el orden natural de las cosas.

Es importante comprender que ningún hombre o ninguna persona, que no sea maltratadora le pega a su pareja, por esta razón cualquier empujón, humillación, desvalorización sistemática o el hecho de obligar a realizar una conducta sexual no deseada solo puede ser definida de una manera: como violencia. La pionera en la investigación del maltrato de pareja Leonore Walker lo ha definido como “un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico usado por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder, o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona” (Walker, 1999, p.22).

Los agresores tratan de convencer a sus víctimas de que las aman, esto no es cierto, son personas profundamente violentas que en una relación buscan controlar y poseer a su pareja. El patrón de comportamiento que emplean para conseguirlo está compuesto de agresiones, pero también de conductas afectuosas, y la manera de secuenciarlas en el tiempo, es lo que llamamos maltrato o violencia contra la pareja (Walker, 2012). Esta forma de relación es válida tanto para las relaciones de pareja heterosexuales como para las homosexuales, lo mismo si la agresora es mujer. Sin embargo, cuando la violencia la comete un hombre contra una mujer es una expresión de violencia de género porque no se trata solo de un sujeto con la particular finalidad de dominar a su pareja, se está ante el objetivo de situar a la mujer en el papel asignado para ella en las relaciones afectivas por parte de la historia patriarcal (Walker, 1999).

COMPONENTE CONDUCTUAL

La violencia de género se ha vinculado con violencia física grave, no obstante, dicha violencia incluye directa o indirectamente el maltrato psicológico, sexual, económico y patrimonial, aislamiento y control social, que suelen pasar inadvertidos (Ramírez, et al., 2020).

En el mundo entero se ha visto cómo la discriminación y violencia hacia la mujer se ha naturalizado a causa de las relaciones de inequidad que se han formado entre hombres y mujeres. Sin embargo, en las últimas décadas se ha venido incrementando la denuncia y se ha logrado reconocer el término femicidio/feminicidio que se refiere a la muerte de la mujer por el hecho de ser mujer. “El femicidio representa el extremo de un continuum de terror anti-femenino que incluye una amplia variedad de abusos verbales y físicos tales como violación, tortura, esclavitud sexual, abuso sexual infantil incestuoso o extra-familiar, golpizas físicas y emocionales, acoso sexual, mutilación genital, operaciones ginecológicas innecesarias, heterosexualidad forzada, esterilización forzada, maternidad forzada. Siempre que estas formas de terrorismo resultan en muerte, ellas se transforman en femicidio” (Olamendi 2016.p.25).

Gomes (2016), afirma que “Esta violencia sería una manera de mantener el patriarcado y de controlar a las mujeres que se *salen de la línea*, una línea hecha por los hombres. La violencia desde esta perspectiva es ejercida por los hombres que, cuando se sienten amenazados o desafiados se creen con el derecho de usar cualquier fuerza que sea necesaria para mantener su poder” (p.346).

ISBN: 978-628-95101-6-4

FACTORES ASOCIADOS Y DE RIESGO

Herreros (2017) define el patriarcado como “una ideología de estructura, transversal, política y económica, con determinantes raíces históricas, que engloba un conjunto de pensamientos, creencias, actitudes y manifestaciones sociales y culturales, por las que se otorga privilegios al género masculino y se oprime el género femenino”. Esta ideología patriarcal que se ha perpetuado a lo largo de la historia en la mentalidad de hombres y mujeres fortalece las actitudes machistas y abusadoras que respaldan la discriminación, y la violencia hacia las mujeres como mecanismo de control del hombre para conservar su autoridad. En este sentido, “...machismo se refiere a la exteriorización y significación fruto de la ideología patriarcal. Lo conforman todas las acciones y omisiones, visibles o invisibles, que sustentan la opresión de las mujeres”.

Para abordar la violencia de pareja como un problema psicosocial se debe entender que en este fenómeno se tienen en cuenta tanto los factores individuales como los sociales. Según la OMS (2023) los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar comunitario y social.

Por esto, se abordarán los factores psicosociales de la violencia de pareja desde el modelo ecológico. Heise (1998) utilizó el modelo ecológico para explicar la violencia de pareja como un problema multifacético, además describió factores de riesgo específicos acorde al nivel, como por ejemplo la masculinidad y los roles de género en el macrosistema, el aislamiento de la mujer en el exosistema, el dominio del hombre o el uso de sustancias psicoactivas en el microsistema y la victimización en la niñez o ser testigo de violencia entre los padres en la historia personal (López et al., 2018).

En el primer nivel “microsocial”, se identifican factores biosociales individuales relacionados con la historia personal, como la edad, el sexo, el nivel educativo y los ingresos. Los factores de riesgo incluyen antecedentes de conductas agresivas, baja autoestima, trastornos de la personalidad, adicciones o crisis derivadas de la pérdida de estabilidad laboral o de fracasos. Este nivel también analiza la relación de las personas con su entorno inmediato, como la familia, el cónyuge, la pareja o amigos cercanos. Entre los factores de riesgo están vivir en ambientes violentos, haber sufrido agresiones leves o graves, o haber sido testigo de actos violentos, lo que puede predisponer a una persona a cometer violencia en algún momento de su vida. En muchos casos, las relaciones familiares están moldeadas por modelos que promueven la violencia de género, como el patriarcado, el machismo y la misoginia, que incorporan códigos altamente sexistas (Olivares y Incháustegui, 2011).

El segundo nivel, conocido como “mesosocial”, se centra en los entornos comunitarios donde los individuos y las familias interactúan entre sí dentro de la búsqueda de un fin común, como son: los barrios, vecindarios, escuelas y lugares de trabajo. En estos contextos, una cultura de violencia puede desarrollarse a partir de conflictos comunitarios, causados por dificultades económicas, hacinamiento y la falta de acceso a oportunidades educativas o laborales, lo que puede dar lugar a conductas delictivas como el vandalismo, robos, homicidios y tráfico de drogas, entre otros. En este tipo de estructuras, se observa cómo la violencia se transforma en un comportamiento aceptado por la sociedad, llegando a ser algo cotidiano y percibido como normal (Olivares y Incháustegui, 2011).

ISBN: 978-628-95101-6-4

El tercer nivel, conocido como “macrosocial”, aborda factores vinculados a la estructura social. En este ámbito, se resaltan aspectos como la desigualdad social, la impunidad, la facilidad para obtener armas, la cultura de la ilegalidad y la corrupción, así como la carencia de seguridad y justicia. En este tipo de estructuras, se observa cómo la violencia se transforma en un comportamiento aceptado por la sociedad, llegando a ser algo habitual y normalizado (Olivares y Incháustegui, 2011).

El cuarto nivel, denominado “cronosistema” según Bronfenbrenner (1979), hace referencia al contexto histórico particular en el que se produce un acto de violencia. Por ejemplo, ideologías intrínsecamente violentas como el racismo, el fascismo, el darwinismo social, la homofobia o ciertos fundamentos religiosos pueden contribuir a justificar guerras o conflictos (Olivares y Incháustegui, 2011).

NATURALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

Al analizar el concepto de agresión, López-Hernández y Rubio-Amores (2020) señalan que la violencia, en relación con la agresión, es un proceso que se adquiere mediante la observación de modelos que incitan este comportamiento, es decir, a través del aprendizaje social. Asimismo, estos autores subrayan la relevancia de factores tanto externos como internos en el individuo para comprender el comportamiento violento, y resaltan la moralidad como un componente esencial para su entendimiento.

La violencia se describe como cualquier acto intencional que utiliza la fuerza física o simbólica para causar daño a otros, ya sea de manera física, psicológica, sexual o económica. Se subraya que la violencia debe considerarse como un acto deliberado de

hacer daño, especialmente en el contexto de la violencia de género, que afecta principalmente a las mujeres dentro del entorno familiar. Por lo tanto, la violencia se presenta como una serie de acciones que, con o sin intención, causan daño a otros (Echeverri y Bernal, 2015).

Se menciona también la violencia simbólica, de sumisión y sutil, la cual se debe interpretar como una violación de los derechos humanos, debido a la condición de ser mujer. Este tipo de violencia tiende a intensificarse en las relaciones de pareja, llevando al dominio, sometimiento y subordinación de la víctima, particularmente cuando se trata de mujeres. Como resultado, la violencia se normaliza y se percibe como algo tolerable y aceptable dentro de la sociedad, especialmente en las interacciones entre hombres y mujeres (Echeverri y Bernal, 2015).

La violencia de género contra las mujeres es considerada un problema de salud pública debido a los daños físicos, psicológicos, sexuales, económicos y patrimoniales que provoca (Segato, 2003). Además, es un problema social que afecta a todos los estratos socioeconómicos, religiosos, culturales, étnicos y políticos. Se ha observado que la violencia de género está tan profundamente arraigada que se ha naturalizado, volviéndose un comportamiento común en el hogar, a menudo sin recibir la intervención o atención adecuada. Por ello, es fundamental brindar una atención y acompañamiento efectivo desde el ámbito psicosocial; puesto que los esfuerzos de intervención deben centrarse en prevenir que la violencia y la dominación sigan siendo características inherentes a los hombres (Nuñez, 2015).

ISBN: 978-628-95101-6-4

Para eliminar la violencia de género contra las mujeres, es esencial cambiar las dinámicas en las relaciones de género tal como se entienden y lo que se considera "normal". Por lo tanto, no es suficiente con revisar las normativas legales vigentes; también es fundamental trabajar con un grupo de profesionales externos, de manera interdisciplinaria como, por ejemplo: psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos y personal de salud; donde especialistas faciliten los procesos de apoyo a las víctimas; con el fin de facilitar un cambio real, en empoderamiento y rol esencial que juegan las mujeres en los diferentes perspectivas y contextos (Segato, 2003).

Núñez (2015) también señala que la intervención comunitaria se considera un proceso deliberado que busca el cambio a través de la colaboración, mejorando los recursos de la población y de las organizaciones comunitarias autónomas, y fomentando una visión crítica sobre las representaciones sociales y roles en la sociedad. En este contexto, la psicología comunitaria se enfoca en fortalecer la capacidad de las mujeres para transformar ambientes hostiles a los que están expuestas, promoviendo el desarrollo de habilidades en la toma de decisiones, participación y liderazgo en espacios comunitarios, que permitan prevenir, atender y gestionar la violencia de género.

Al involucrar a la comunidad, se puede reconocer el potencial de las mujeres para abordar la violencia de género y sensibilizar a las comunidades para que expresen y aporten ideas que apoyen el empoderamiento de las mujeres víctimas de violencia; ya que en los procesos comunitarios, es la comunidad quien debe involucrarse en sus propios procesos de transformación social, puesto que son ellos los que directamente

conoce sus dinámicas psicosociales propias y sus determinantes o problemáticas sociales.

DINÁMICA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

Todas las victimas inician una relación romántica pensando que van a ser amadas. Tras experimentar durante un tiempo de situaciones positivas, se encuentran con que en el contexto que deberían estar seguras su integridad psicológica y/o física se ve en peligro, son insultadas, devaluadas, en ocasiones golpeadas. Ante el desconcierto por verse sometidas a esta situación ellas se preguntan ¿Por qué? ¿estaré haciendo algo mal? En este punto, es fundamental comprender que la causa por la que surge la violencia no está en la víctima, sino en el agresor. No se produce por nada que la mujer haga o deje de hacer (Lorente-Acosta, 2003).

Un agresor querrá cada vez más control y dominio. Primero querrá que su pareja le dé la razón, después que piense como él, y por último que haga todo como él quiere, que este para él, que sea para él (Linares, 2002; Navarro, 2015). Este patrón de comportamiento que sigue un maltratador presenta una estructura común en cuatro etapas:

Engaño (etapa 1). Al inicio de la relación, aunque el deseo del agresor es el control y el dominio, se manifiesta solo buscando cercanía de la mujer. Un agresor le dice a la mujer que la ve preciosa, que quiere hacerla feliz, porque así lo siente en el momento. Por esta razón la conducta inicial de una persona agresora y de una persona no agresora,

ISBN: 978-628-95101-6-4

aunque sus motivaciones sean radicalmente distintas, es muy parecido (Hirigoyen, 2006).

Debilitar (etapa 2). Una vez el agresor logra tener una relación afectiva con la mujer no va a ser suficiente. Su motivación de control y dominio aumenta y lo que desea es que la mujer empiece a darle prioridad y que acepte sus opiniones como las válidas. Para lograrlo tendrá que debilitarla. Buscará hacerle creer que ella es peor que él, menos capaz, no tan inteligente y que no está tan entregada a la relación como él. Y hará todo esto lentamente. Al final de esta etapa habrá logrado socavar el autoconcepto de la víctima, hacerle sentir menor a él y hacerle pensar que lo necesita (Hirigoyen, 2006).

Culpar (etapa 3). Cuando el agresor logra hacer creer a la víctima que ella es menos que él, va a culparla de no hacer lo suficiente, de no hacer las cosas bien en la relación y de comportarse inadecuadamente. Así, el agresor culpará a la mujer de sus acciones violentas por las supuestas cosas que ella hace mal (Hirigoyen, 2006).

Recrudecimiento de la violencia (etapa 4). En el momento en que la mujer cree que ella es la causante de la violencia, el agresor logra seguir aumentándola para conseguir más y más poder. En esta etapa suceden las agresiones físicas y psicológicas más peligrosas y continuas (Hirigoyen, 2006).

En definitiva, no es posible pensar que la violencia y el amor son compatibles (o que ciertas actuaciones violentas son una prueba de amor), no se pueden justificar los celos, el deseo de posesión y/o las conductas de control como muestra de amor, eso es violencia, no es amor.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

Los participantes se conforman de una muestra por conveniencia incidental de 633 mujeres colombianas del departamento de Cundinamarca que sostienen actualmente una relación de pareja o que tuvieron una relación de pareja durante los últimos dos años las cuales aceptaron responder el cuestionario en línea durante el año 2023, con edades entre los 18 y 83 años, 37.6% en unión libre y 29.6% casadas (ver tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la muestra (n=633)

	Media	Mínimo	Máximo	Desviación
Edad	37,5	18	83	32,5
			Frecuencia	Porcentaje
		30 o menos	205	32.3
		31 a 40 años	215	35.6
		41 a 50 años	109	17.2
		51 o más	104	16.4
Estado Civil		Casado(a)	188	29.6
		Divorciado(a)	17	2.7
		Separado(a)	87	13.7
		Soltero(a)	98	14.2
		Unión libre	238	37.6
		Viudo(a)	5	0.7
Estrato Socioeconómico		Alto	14	2.2
		Medio Alto	53	8.3
		Medio	232	36.6
		Medio Bajo	278	43.9
		Bajo	56	8.8
Años de convivencia en pareja		Menos de 1 año	19	3
		1 a 5	166	26.2
		6 a 10	106	16.7
		11 a 20	142	22.4
		21 o más	95	15

ISBN: 978-628-95101-6-4

No convivencia	105	16.5

INSTRUMENTO

Se empleó el “Violentometro” diseñado por la UPGPG (unidad politécnica de gestión con perspectiva de género de México) que incluye 27 ítems con las diferentes manifestaciones de violencia que se presentan cotidianamente y que frecuentemente la víctima no identifica como parte de la violencia de pareja (Instituto Politécnico Nacional, 2009).

Los ítems se puntúan en una escala Likert de 4 puntos, donde 1 corresponde a nunca y 4 corresponde a siempre; en cuanto a las puntuaciones totales de la escala estas van de 27 a 108. El violentometro se divide en tres subescalas que se asocian a niveles de riesgo que dan alerta sobre las diferentes conductas de la violencia de pareja; siendo la primera escala de un nivel de riesgo menor “la violencia aumentará” compuesta por 11 ítems, la segunda escala de un nivel de riesgo medio “reacciona” compuesta por 11 ítems y la más grave que implica un nivel de riesgo mayor “tu vida está en peligro” compuesta por 5 ítems.

Este instrumento se considera una herramienta útil que funciona como una alerta, para detectar y atender conductas violentas en una relación de pareja, puede ser usada en contextos educativos, laborales e incluso en el ámbito familiar (IMMUJER, 2016). En la presente investigación ha demostrado tener un alpha de cronbach de . 81 demostrando una adecuada confiabilidad.

PROCEDIMIENTO

La aplicación se realizó con el aval ético de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) y se obtuvo el consentimiento informado de las 633 mujeres participantes. Las preguntas fueron presentadas en línea mediante Google Forms. La duración de la aplicación fue de 10 minutos aproximadamente.

El plan de análisis se llevó a cabo mediante análisis descriptivos de cada pregunta, por niveles de riesgo y según la edad, el estrato y el estado civil.

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE DATOS

Los análisis arrojaron los resultados que se presentan a continuación para la totalidad de la muestra según el autoreporte de las mujeres que indicaron haber sido víctimas o no de violencia de pareja (ver Tabla 2). Se destaca que el 83.6% de las participantes afirman haber percibido violencia en su relación de pareja, de las cuales el 88.1% nunca han acudido a instancias legales y el 70.7% continua con esa relación de pareja.

Tabla 2. datos relacionados con la violencia de pareja

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Autoreporte de violencia percibida	Si	529	83.6*
	No	104	16.4
En los casos de reporte afirmativo de violencia (siguientes dos preguntas)			
¿Denunció ante algún ente judicial este tipo de conductas?	Si	63	11.9

ISBN: 978-628-95101-6-4

	No	466	88.1*
¿Continua con esta relación de pareja?	Si	374	70.7*
	No	155	29.3

En la tabla 3 se presentan las puntuaciones de los 27 ítems que corresponden a la violencia de pareja, se destacan con mayor frecuencia en el primer nivel conductas ejercidas por el hombre como: “te culpabiliza”, “te indica cómo vestir o maquillar”, “te miente” y “te cela”. En el segundo nivel conductas como: “Maneja y dispone de tu dinero, tus bienes o tus documentos”, “Te golpea "jugando"”, “Te insulta” y “Te ofende verbalmente”. Para el tercer nivel que implica mayor peligro se destacan las conductas “Te encierra o te aísla de tus seres queridos” y “Te golpea o agrede físicamente”.

Tabla 3. Descriptivos de los ítems del violentometro (n=633)

	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
Preguntas y Niveles	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
La violencia aumentará (Nivel 1)								
Te culpabiliza	269	42.5	239	37.8*	71	11.2*	54	8.5
Te indica cómo vestir o maquillar	437	69	126	19.9	64	10.2*	6	0.9
Intenta anular tus decisiones	349	55.1	203	32	54	8.6	27	4.2
Controla tus amistades o las relaciones con tu familia	395	62.4	164	26	48	7.6	26	4
Destruye objetos	465	73.4	115	18.1	33	5.3	20	3.2
Te miente	206	32.5	254	40.1*	90	14.2*	83	13.2*
Te cela	219	34.5	217	34.3*	117	18.5*	80	12.7*
Descalifica tus opiniones	360	56.8	185	29.2*	55	8.7	33	5.3
Te humilla o ridiculiza	426	67.3	135	21.3	40	6.3	32	5.1
Te intimida	450	71.1	121	19.1	41	6.5	21	3.3
Te hace bromas ofensivas	389	61.3	179	28.3*	50	7.8	15	2.4
Reacciona (Nivel 2)								
Te amenaza	500	79	99	15.6	19	3	15	2.4
Te prohíbe usar métodos anticonceptivos	559	88.3	41	6.5	19	3	14	2.2
Maneja y dispone de tu dinero, tus bienes o tus documentos	469	74	115	18.2*	30	4.8	19	3
Te manosea	446	70.4	108	17	51	8.1	28	4.5
Te acaricia agresivamente	515	81.3	88	14	16	2.5	14	2.2
Te golpea "jugando"	471	74.4	119	18.8*	28	4.4	15	2.4
Te pellizca, te araña	512	89.9	92	14.6	16	2.5	13	2
Te empuja o jalonea	481	76	105	16.6	31	4.9	16	2.5

Te insulta	395	62.3	151	24*	55	8.7	32	5
Te ofende verbalmente	366	58	173	27.2*	53	8.4	41	6.4
Te trata con desprecio	462	73	103	16.3	41	6.5	27	4.2
Tu vida está en riesgo (Nivel 3)								
Te encierra o te aísla de tus seres queridos	501	79.1	90	14.2*	28	4.4*	14	2.2
Te amenaza con objetos o armas	551	87	49	7.7	18	2.8	15	2.4
Te amenaza de muerte	570	90	40	6.3	11	1.8	12	1.9
Te obliga a tener relaciones sexuales sin tu consentimiento	544	86	61	9.6	15	2.4	13	2
Te golpea o agrede físicamente	508	80.3	78	12.3*	31	4.9*	16	2.5

*Los asteriscos indican la tendencia de las puntuaciones

La mínima puntuación obtenida en el violentometro fue de 27 y la máxima es de 106, con una puntuación promedio de 39.3 que indica un riesgo menor, en coherencia a los estadísticos descriptivos de los niveles de riesgo donde se observa que el 58.3% de las mujeres se encuentra en un riesgo menor (ver tabla 4).

Tabla 4. Niveles de riesgo según las puntuaciones totales del violentometro

Niveles de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Mayor (85-108)	8	1.3
Medio (63-84)	42	6.6
Menor (31-62)	369	58.3 *
Sin riesgo (27-30)	214	33.8
Totales	633	100

*Los asteriscos indican la tendencia de las puntuaciones

En las tablas 5, 6 y 7 se observa que se presentan en una mayor proporción las conductas de riesgo menor con un 86%, las conductas de riesgo medio con 64.4% y de riesgo alto con 34.5%.

Tabla 5. Violencia de pareja teniendo en cuenta la clasificación de las preguntas según conductas identificadas como de riesgo menor

ISBN: 978-628-95101-6-4

La violencia aumentará	Frecuencia	Porcentaje
Alta (36-44)	18	2.8
Moderada (27-35)	58	9.2
Baja (12-26)	468	74*
N/A	89	14
Totales	633	100

Tabla 6. Violencia de pareja teniendo en cuenta la clasificación de las preguntas según conductas identificadas como de riesgo medio

Reacciona	Frecuencia	Porcentaje
Mayor (36-44)	8	1.3
Medio (27-35)	20	3.1
Menor (12-26)	380	60*
N/A	225	35.5
Totales	633	100

Tabla 7. Violencia de pareja teniendo en cuenta la clasificación de las preguntas según conductas identificadas como de riesgo alto

Tu vida está en riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Mayor (17-20)	8	1.3
Medio (13-16)	13	2
Menor (6-12)	198	31.2*
N/A	414	65.4
Totales	633	100

*Los asteriscos indican la tendencia de las puntuaciones

En cuanto a los niveles de violencia de pareja según la edad se destaca que las mujeres de más edad se encuentran en mayor riesgo, presentando algún tipo de riesgo

el 79.8% de las mujeres mayores de 51 años y el grupo de menor riesgo es el de mujeres entre los 31 y 40 años con un 59% (ver tabla 8).

Tabla 8. Niveles de la violencia de pareja de acuerdo con la edad.

Edades	30 o menos		31 a 40		41 a 50		51 o más	
Niveles variable	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Mayor	1	0.4	2	0.9	4	3.6*	1	0.9
Medio	9	4.3	10	4.6	13	12*	10	9.6
Menor	124	60.4	115	53.4	58	53.2	72	69.2*
Sin riesgo	71	34.6	88	41*	34	31.2	21	20.2
Totales	205	100	215	100	109	100	104	100

*Los asteriscos indican la tendencia de las puntuaciones

Según el estrato los mayores niveles de violencia de pareja entre mayor y medio se presentan en el estrato bajo con el 17.7%. Además, se destaca que en el estrato alto se manifiesta un 78.6% de mujeres en riesgo entre medio y menor (ver tabla 9).

Tabla 9. Niveles de la violencia de pareja de acuerdo con el estrato

Estrato	Bajo		Medio bajo		Medio		Medio alto		Alto	
Niveles variable	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Mayor	2	3.5*	2	0.7	3	1.3	1	1.8	0	0
Medio	8	14.2*	12	4.3	13	5.6	4	7.5	5	35.7
Menor	22	39.2	167	60*	147	63.4	27	51	6	42.9*
Sin riesgo	24	42.8	97	35	69	29.7	21	39.6	3	21.4
Totales	56	100	278	100	232	100	53	100	14	100

*Los asteriscos indican la tendencia de las puntuaciones

ISBN: 978-628-95101-6-4

Como último análisis se presentan los niveles de violencia de pareja según el estado civil, observando que las mujeres que se autodenominan solteras presentan los niveles más bajos, entre sin riesgo y riesgo menor se encuentran el 92.9%. Por otra parte, las mujeres que percibieron riesgo considerable en todos los niveles son las separadas con un 90.9% (ver tabla 10).

Tabla 10. Niveles de la violencia de pareja de acuerdo con el estado civil

E. civil	Casada		Divorciada		Separada		Soltera		Unión libre		Viuda	
Nivel vp	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Fre	%
Mayor	2	1	2	11.7	2	2.2	0	0	2	0.8	0	0
Medio	9	4.8	2	11.7	15	17.2*	7	7.1	8	3.3	1	20
Menor	96	51.1	11	64.7	62	71.2*	52	53	145	61*	3	60
Sin riesgo	81	43.1	2	11.7	8	9.1	39	39.9	83	34.9	1	20
Total	188	100	17	100	87	100	98	100	238	100	5	100

*Los asteriscos indican la tendencia de las puntuaciones

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación revelan una preocupante prevalencia de violencia de pareja entre las mujeres encuestadas, donde un 83.6% reportó haber percibido algún tipo de violencia en su relación. Esto pone de manifiesto la pertinencia de abordar la violencia de género como un problema de salud pública y de derechos humanos (Mayor y Salazar, 2019).

Uno de los hallazgos más alarmantes es que, a pesar de la alta incidencia de violencia reportada, un 88.1% de las mujeres nunca han acudido a instancias legales, lo que sugiere una falta de confianza en el sistema judicial o posibles barreras para acceder a la justicia. Además, el hecho de que un 70.7% de las mujeres continúe en relaciones donde han percibido violencia subraya la complejidad de la dinámica de poder y control que prevalece en estas relaciones. Esto indica que, más allá de las intervenciones legales, es necesario trabajar en enfoques psicosociales que empoderen a las víctimas y les brinden las herramientas necesarias para salir de situaciones de violencia (Garcia et al., 2006).

En cuanto a los patrones de violencia identificados, los datos muestran que dentro de las conductas identificadas como de menor riesgo, como es el caso del control y la intimidación, son unas de las más frecuentes. Asimismo, es preocupante que un porcentaje significativo de mujeres también experimente conductas de mayor riesgo, como el aislamiento, las amenazas con armas y la agresión física, lo que pone en peligro su integridad y su vida.

En todos los estratos, grupos de edad y estado civil se evidencia algún riesgo percibido. Estos comportamientos no deben ser vistos de manera aislada, sino como parte de un ciclo de violencia que puede escalar si no se interviene de manera adecuada.

En resumen, esta investigación evidencia la imperiosa necesidad de desarrollar estrategias interdisciplinarias que aborden la violencia de género desde diversas perspectivas, asegurando que las víctimas obtengan el apoyo necesario para romper el ciclo de violencia y reconstruir sus vidas en un entorno seguro y protector.

ISBN: 978-628-95101-6-4

CONCLUSIONES

Las implicaciones teóricas y prácticas de estos resultados son amplias. Teóricamente, refuerzan la necesidad de seguir investigando la violencia de pareja desde una perspectiva integral que considere tanto los factores individuales como los contextuales que sostienen estas dinámicas. Además, desde lo teórico se espera aportar a la necesidad de adoptar nuevas comprensiones de la masculinidad y la feminidad no definidas según el género al que se pertenece sino asociadas a expresiones propias de todo individuo.

En la práctica, los resultados resaltan la urgencia de crear programas de intervención que no solo se centren en la protección jurídica y legal, sino también se genere y brinde un apoyo psicológico temprano, efectivo y emocional de manera integral a las víctimas. En cuanto a la prevención es indispensable que dentro de los currículos educativos se promueva una formación positiva de la masculinidad en la cual se favorezca el buen trato en las relaciones entre hombres y mujeres y particularmente en las relaciones afectivas

Aunque la mujer cambie o se esfuerce, el abuso no se detendrá, ya que la violencia proviene de un maltratador. Esto significa que se trata de un hombre cuya estructura emocional busca ejercer poder, control y dominio en sus relaciones afectivas. Las agresiones no son el objetivo final del maltratador, sino el medio para alcanzar su meta. Además, es de aclarar que las manifestaciones de violencia enumeradas en los ítems del violentometro no deben interpretarse como secuenciales; pueden ocurrir de manera intercalada.

La normativa nacional e internacional es fundamental para proteger a las mujeres de la violencia de género, garantizando su seguridad en todos los aspectos. La intervención de entidades públicas y privadas, en diálogo con la cultura, es crucial para brindar una atención efectiva a las víctimas. Carballeda (2011) destaca la importancia de la relación entre intervención y políticas públicas en la lucha contra la violencia de género.

Es necesario mejorar el apoyo psicosocial para fomentar el respeto hacia las mujeres a través de acciones multidisciplinarias. La psicología comunitaria orienta y apoya a las víctimas de violencia de género, considerando factores protectores para ellas y la comunidad. Promueve un enfoque ético y moral para los agresores. Trabaja en la reducción de riesgos sociales y personales, fortaleciendo los procesos de intervención para abordar los problemas de las mujeres víctimas de violencia de género. (Núñez, 2015; Banderas, 2020).

La violencia de género contra las mujeres causa daños significativos en su salud biosicosocial, afectando su vida, integridad personal, salud mental y social, así como su desarrollo sexual y reproductivo. Esto tiene graves efectos físicos, psicológicos y emocionales, violando sus derechos humanos. A pesar de un marco jurídico establecido, muchas veces no logra cambiar el comportamiento de los agresores ni regular conductas que respeten la dignidad humana. Es crucial implementar medidas preventivas y educativas para detectar tempranamente estas situaciones y proteger a las víctimas.

Las oportunidades para abordar la violencia de género mediante actividades psicosociales apoyadas por diversas entidades buscan promover una cultura de no violencia. Según Montero (2004b), el control en estos ámbitos aumenta la conciencia

ISBN: 978-628-95101-6-4

sobre los derechos ciudadanos, fomenta la participación comunitaria en la transformación social y promueve el respeto y solidaridad hacia los demás.

Según Bonilla et al. (2017), la adolescencia es crucial para prevenir la violencia de género, ya que en este periodo suelen iniciar las primeras relaciones amorosas. Las ideas sobre el amor en esta etapa pueden influir en futuras relaciones, por lo que es importante cambiar conductas negativas tempranamente para evitar relaciones dañinas, violentas y desiguales.

Creer en mitos del amor romántico aumenta el riesgo de sufrir violencia de género. Es esencial analizar y cambiar estas creencias heredadas, fomentando relaciones igualitarias y sanas. El sistema educativo debe prevenir la violencia de género mediante programas que aborden los mitos románticos y el sexismo, promoviendo la igualdad y el respeto mutuo en todos los contextos, especialmente en el educativo.

Finalmente, es importante seguir investigando la violencia que afecta a las mujeres en diferentes aspectos como lo físico, sexual, psicológico, patrimonial y económico, con el fin de combatirla y eliminarla, ya que sigue siendo un problema alarmante en América Latina y Colombia.

REFERENCIAS

Aiquipa, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. Revista de Psicología, 33(2), 412-437. http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a07v33n2.pdf

Banderas, D. M. (2020). La intervención comunitaria como estrategia de apoyo a población en condición de vulnerabilidad social de la Corporación Consentidos. Recuperado de: http://hdl.handle.net/20.500.11912/8977.

Bonilla Algovia, E., Rivas Rivero, E., García Pérez, B., & Criado Martos, A. (2017). Mitos del amor romántico y normalización de la violencia de género en adolescentes. https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/32606

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experiemental ecology of human development. American Psychologist, 32(7), 513-531. doi: 10.1037/0003-066X.32.7.513.

Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós

Burneo Huancas, E. L. (2023). Propuesta de liderazgo comunitario para fortalecer la participación ciudadana en materia de prevención de violencia contra la mujer, Cajamarca. https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/125635

Carballeda, A. J. M. (2011). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. Trabajo Social UNAM, (01). Recuperado a partir de https://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/23881

Echeverri Caballero, L. F., & Bernal Villada, C. M. (2015). Violencia de género, algunas aproximaciones teórico-referenciales. Revista de Investigaciones · UCM, 15(25), 160–169. https://doi.org/10.22383/ri.v15i1.40

Enríquez-Canto, Y., Ortiz-Montalvo, Y.J., Ortiz-Romaní, K.J. & Díaz-Gervasi, G.M. (2020). Ecological analysis of intimate partner sexual violence in Peruvian women. Acta Colombiana de Psicología, 23(1) , 272-286. doi: http://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.13

Garcia, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., y Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet, 368(9543), 1260–1269. https://doi.org/https://doi. org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8

Gomes, I. S. (2016). Femicidio y feminicidio: Avances para nombrar la expresión letal de la violencia de género contra las mujeres. GénEr♀♂ s, 20(13), 23-42. Disponible en: http://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/698/610

Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. Violence Against Women, 4(3), 262- 290. doi: https://doi.org/10.1177/1077801298004003002

Herreros, I. (2017). Patriarcado, machismo y misoginia. Reproche penal, 28, 4-5. Disponible en: https://www.fiscal.es/documents/20142/99839/Ponencia+Herreros+Hern%C3%A

1ndez%2C+In%C3%A9s+%282017%29+doc.pdf/eb1b7604-448b-13b2-51bb-2da632e68c7d

Hirigoyen, M. (2006). Mujeres maltratadas los mecanismos de la violencia en la pareja. Barcelona: Paidós

Instituto Politécnico Nacional (2009). Unidad Politécnica de Gestión con Perspectiva de Género. México. Secretaría de Educación Pública.Moreno, K. (2007). Vi

IMMUJER (2016). ¿Sabes qué es el Violentómetro? Aquí la Información. Obtenido de http://immujer.mazatlan.gob.mx/2016/06/14/sabes-que-es-el-violentometro/

Lafaurie, M. (2013). La violencia intrafamiliar contra las mujeres en Bogotá: una mirada de género. Revista Colombiana de Enfermería, 8, 98-111. https://doi.org/https://doi. org/10.18270/rce.v8i8.550

Linares, J. (2002). Del abuso y otros desmanes: el maltrato familiar entre la terapia y el control. Barcelona: Paidós Ibérica

López-Hernández, E., & Rubio-Amores, D. (2020). Reflexiones sobre la violencia intrafamiliar y violencia de género durante emergencia por COVID-19. CienciAmérica, 9(2), 312–321. https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.319

López-Ossorio, J. J., Carbajosa, P., Cerezo-Domínguez, A. I., González-Álvarez, J. L., Loinaz, I. y Muñoz-Vicente, J. M. (2018). Taxonomía de los homicidios de mujeres en las relaciones de pareja. Psychosocial Intervention, 27, 95-104. https://doi.org/10.5093/pi2018a11

ISBN: 978-628-95101-6-4

Lorente, M. (2003). Mi marido me pega lo normal. Barcelona: Crítica

Mayor, S., y Salazar, C. A. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. Gaceta Médica Espirituana, 21(1), 96-105. https://www.medigraphic.com/pdfs/espiri tuana/gme-2019/gme191j.pdf

Montero, M., (2004b). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. Psychosocial Intervention, 13(1), 5-19.

Navarro, J. (2015). Violencia en las relaciones íntimas. Una perspectiva clínica. Barcelona: Herder.

Núñez, G. (2015). Intervenciones de la Psicología Comunitaria en Violencia Doméstica desde una perspectiva de Género. Universidad de la República.

Olamendi, P. (2016). Feminicidio en México. Instituto Nacional de las Mujeres. Disponible en: https://editorial.tirant.com/es/actualizaciones/9788416786367.pdf

Olivares, E. y Incháustegui, T. (2011). Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamvlv/MoDecoFinalPDF.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2016, enero 1). Igualdad de género y empoderamiento de la mujer. Desarrollo Sostenible. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/

Organización de las Naciones Unidas (2023). Reglas y normas mundiales: Poner fin a la violencia contra las mujeres. (s/f). ONU Mujeres. Recuperado 2023, de https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/global-norms-and-standards

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/98821

Parra, S., y Holanda, A. (2016). Violencia doméstica contra la mujer y el uso de estrategias de afrontamiento: producción de artículos científicos en Brasil (2000-2013). Psicología Desde El Caribe, 33(3), 265-284. http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n3/2011-7485- psdc-33-03-00265.pdf

Poveda Segura, P. V., & Fernandez Leon, N. S. (2022). Violencia de género. Una mirada hacia la salud mental de mujeres víctimas en el contexto familiar de la localidad de Suba.

Romero, D. T., y González, M. (2017). Violencia doméstica según la percepción de la mujer. Revista Obstetricia y Ginecología, 77(1), 30-40. http://ve.scielo.org/pdf/og/v77n1/art05. pdf

Segato, R. L. (2003). Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia (Vol. 334). Brasilia: Universidad de Brasilia, Departamento de Antropología.

Semahegn, A., y Mengistie, B. (2015). Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. Reproductive Health, 12(1), 1-12. https://doi.org/ https://doi.org/10.1186/s12978-015-0072-1

Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. American Psychologist, 54, 21-29.

Walker, L. (2012). El síndrome de la mujer maltratada. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Zanchetta, M. S., Guruge, S., Oliveira, R. M. P. D., Felipe, I. C. V., & Souto, R. Q. (2020). Brasil-Canadá: Lanzando semillas por medio de consulta comunitaria sobre la lucha contra la violencia contra la mujer. Escola Anna Nery, 24, e20190278. https://www.scielo.br/j/ean/a/w7q8phxptqXR4zFbGSHTxtm/abstract/?lang=es

RESEÑAS AUTORAS

MELISSA JUDITH ORTIZ BARRERO

Psicóloga. Universidad de los Andes. Septiembre de 2004. Bogotá.

Magíster en Psicología. Universidad de los Andes. Septiembre de 2007. Bogotá. Estudiante del Doctorado en Educación de la Universidad Americana de Europa.

Premio Nacional de Psicología 2023 otorgado por COLPSIC en la categoría “A la Promoción y Divulgación del Conocimiento Psicológico”. Con 15 años de experiencia en docencia universitaria y evaluación psicológica, diagnóstico y seguimiento terapéutico a

población infantil. Con capacitación en las áreas de Medición y Evaluación, Desarrollo Socio-Emocional, Dificultades del Aprendizaje, Violencia Intrafamiliar y Psicología positiva.

Énfasis investigativo en las áreas educativa y salud, con temas como:

- Expresión y comunicación emocional en universitarios, en docentes, en estudiantes de colegios y en directores de instituciones educativas.
- Aplicación de los principios éticos de la psicología en estudiantes de pregrado
- Percepción del riesgo de contagio por COVID-19 y percepción de las vacunas en población colombiana y chilena.
- Diseño y validación de instrumentos psicológicos para evaluar variables asociadas a la salud y salud mental
- Y otros temas como: conducta de automedicación, conducta proambiental, riesgo suicida y prevención del abuso sexual infantil

Actualmente reside en la ciudad de Bogotá. D.C. (Colombia) y se desempeña como docente investigadora de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD. Zona Centro: Bogotá - Cundinamarca. Es líder del grupo de investigación SOPHIE e investigadora del semillero de investigación Serendipity. Y es la conductora y directora científica del programa radial virtual “Salud Global" de la Radio Unad Virtual, un programa dedicado a la psicología, donde presenta resultados de investigaciones, temas de actualidad y diversas problemáticas de interés para la psicología con invitados de relevancia nacional e internacional.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Publicaciones:

https://scholar.google.com/citations?user=mOU5gNEAAAAJ&hl=es

MARISOL BEJARANO PELÁEZ

Psicóloga, con especialización en Administración en Salud Ocupacional de la Universidad del Meta y Magíster en Psicología Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, en el ejercicio profesional a desempeñado su rol en diferentes campos y contextos de la psicología, actualmente se desempeña como docente del Programa de Psicología de la Escuela de Ciencia Sociales, Artes y Humanidades de la UNAD, Líder del Semillero de Investigación Salutaris; dentro de su proceso de investigación ha participado en diferentes eventos como ponente y autora de 3 capítulos de libro.

Arango, B. P. R., Cadena, C. G. J., Gómez, L. V. L., & Peláez, M. B. Algunas reflexiones a la luz de la teoría del miedo líquido de Zygmund Bauman y la doctrina del shock de Naomi Klein. ACCIONES DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA DESDE LOS ESCENARIOS ACADÉMICOS, COMUNITARIOS E INVESTIGATIVOS, (p.58.84). https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2I78EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=marisol+bejarano+pelaez&ots=LnEwhz362i&sig=TEt6_HFJb06E0JQLssYdpiCZmCI

Triana Giraldo, M. del P., Monsalve González, J. L. ., Portilla Estrada, E. Y. ., Pérez Gallo, E., Henao Holguín, E. G. ., Giraldo López, D. ., Cisneros Rincón, C. F. ., Tapia Duque, C. ., Sánchez Villafañe, A. L. ., Cruz Bolaños, J. A. ., Toledo Ospina, L. A. ., Belalcázar Valencia, J. G. ., Botero Caicedo, Y. A. ., Noguera Morales, T. ., Torrealba

Escobar, R. D. ., Tamayo Montoya, P. A. ., Bejarano Peláez, M. ., Echeverri Londoño, M. C. ., Larrahondo Gómez, L. V. ., & Rodríguez Campo, Y. A. (2023). Diálogos sobre la intervención y el acompañamiento psicosocial: entre la experiencia de CAMSCUNAD y otros proyectos de mediación institucional. Sello Editorial UNAD. Capítulo 4. Desafíos y retos de la salud mental comunitaria dentro del acompañamiento psicosocial a través de las dimensiones de bienestares y desarrollo humano articulado a la estrategia CASMCUNAD. (p.83-121). https://doi.org/10.22490/9789586519205

Debates Emergentes en Psicología Vol.3. (2024). Sello Editorial UNAD. Capítulo 7. Reflexiones frente al abordaje de la salud mental comunitaria con respecto a la Rehabilitación Basada en Comunidad, Diana Cecilia Puentes Puentes, Marisol Bejarano Pelaez, DOI: https://doi.org/10.22490/ https://libros.unad.edu.co/index.php/selloeditorial/catalog/book/251

Ponente en el Conversatorio Arquitectura y Situación Individual, Familiar y Colectiva de Líderes y Lideresas en Perspectiva del Acompañamiento Psicosocial y la Salud Mental. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, 25 de abril de 2022, Cartagena de Indias Bolívar Colombia.

Ponente en el Tercer Congreso Internacional de Ética, Ciencia y Educación, 21 al 23 de septiembre de 2022, con la ponencia titulada: “Ética para la Vida: Acciones Psicoeducativas para la Salud Mental en Tiempos de Post Pandemia”. Universidad de Santander UDES, Bucaramanga Colombia.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Ponente en el V Simposio de Psicología Ambiental con la ponencia titulada: “Conectando con el Medio Ambiente, Deporte y el Bienestar Integral”. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, 12 de mayo de 2023, Gachetá Cundinamarca Colombia.

Ponente en el Congreso Colombiano de Psicología 2023 Salud Mental, Bienestar y Convivencia, con la ponencia titulada “Salud Mental Positiva: Oportunidades Para La Sana Convivencia Escolar”, evento académico internacional, ASCOFAPSI y Colegio Colombinao de Psicólogos COLPSIC, 17 al 19 de agosto de 2023, Pereira Risaralda Colombia.

GASLIGHTING: DESMONTANDO EL ESPEJO DEFORME

GASLIGHTING: DISMANTLING THE DEFORMED MIRROR

Liliana Andrea Calderón Garzón
IPaE
Colombia

Praxis Profesional

RESUMEN

El gaslighting, o luz de gas, como palabra es respectivamente nueva, pero eso no evita que sea extremadamente complejo hablar sobre un tipo de abuso que termina germinando en violencia, porque describe, a su vez, una forma de abuso psicológico que definitivamente carcome un elemento importante del ser humano: la percepción de la realidad de una persona, encaminándola a validar su juicio, su memoria y, finalmente, su cordura.

Como expresión, es ineludible que se puede presentar en distintos contextos y situaciones, como el ámbito laboral o familiar, y se exterioriza con mayor frecuencia en las relaciones íntimas o de pareja, esas donde uno de sus integrantes despliega,

ISBN: 978-628-95101-6-4

mediante tácticas definidas, una serie de manipulaciones persistentes sobre esa otra persona. Es por eso que, bajo la proposición de que es amada, se esconde, sin lugar a dudas, una trama indiscutible de dominio y control que retuerce todo lo relacionado con las emociones, disminuyendo la autoestima de esa otra persona, provocándole un apego tóxico y una dependencia emocional que para los demás pasa desapercibida.

Es por eso que este artículo habla de ese espejo deforme que representa el gaslighting, uno que debemos visibilizar en las distintas disciplinas para poder comprender todo el daño que causa no solo en las víctimas, sino también en la manera en que la sociedad hoy en día se comunica y los significados que están correspondiendo sobre un tema importante denominado amor y esa construcción de pareja.

Es por eso que se utilizará como referencia, frente al tema del amor, a Erich Fromm, ya que, desde sus fuentes bibliográficas, el amor como concepto no es solo una emoción pasajera, que es uno de los elementos en los que está en una búsqueda constante, ni tampoco es la presunción de un objeto apropiado para amar, dejando de ser para otros; menos para controlar y manipular. El amor es un arte que requiere de mucho aprendizaje, definitivamente de torpezas, libre de egos, de un constante esfuerzo y no se puede olvidar que requiere un profundo entendimiento de la reciprocidad y el compromiso.

Sin embargo, en muchas de las relaciones, nos encontramos con la falta de este aprendizaje, porque se va en la búsqueda solo de una sensación que no es constructiva sino efímera, dejando a las personas vulnerables a dinámicas tóxicas como el gaslighting

o luz de gas, esa donde el deseo de ser amados puede definitivamente afectar la magnitud de reconocer las verdaderas señales que encierra este tipo de abuso.

Y cómo la presión cultural de alcanzar el éxito y la popularidad, que no es lo discutido, sino que, por cumplir los deberías o status quo estandarizados dentro de la sociedad, muchas veces hace que se confunda que cada persona debe ir a encontrar quien le vea como digno de amor, reforzando patrones inaceptables donde terceros le validan, con un enfoque superficial que nos aleja de un amor auténtico, que moldea a las personas a expectativas de otros y no se construye sobre el respeto y la equidad. Frente a esta confusión, nos encontramos con un terreno viciado donde el gaslighting poco a poco va germinando y prosperando esas semillas de violencia e indiferencia hacia la otra persona, perturbando de modo profundo la salud emocional de quienes terminan siendo víctimas de este esquema de relaciones.

Además, hay que observar qué diferencia al gaslighting de otras formas de abuso y su naturaleza insidiosa. Porque, de forma imperceptible, intenta enmascararse con pequeñas mentiras o manipulaciones sutiles que deterioran diligentemente la confianza de esa otra persona sobre su propia percepción, haciéndola sentir vulnerable e incluso limitada a ciertas cosas, que poco a poco comienza a sentir que no es capaz de realizar.

Asimismo, es como va avanzando, y la víctima puede llegar a poner en tela de juicio su propia cordura, preguntándose si tales cosas realmente acontecieron o no, de cómo las recuerda. Haciendo que este ciclo de confusión, zozobra y duda genere una dependencia cada vez mayor en el abusador o victimario, porque no hay otra forma de

ISBN: 978-628-95101-6-4

denominarle, y es quien se convierte en su salvador y el único referente confiable que valida lo que la otra persona no puede.

Es por eso que, frente a la falta de destrezas, como las plantea Fromm, E., para amar desde una posición de constancia personal e identificación mutua, es que se convierte a muchas personas en blancos fáciles. Pues el amor auténtico está basado en una construcción conjunta, que toma tiempo, dedicación, donde se expresan fortalezas y debilidades en ambas partes, porque requiere dejar que su esencia florezca y no está para cambiar a la otra persona, ni permitirle no expresar sus emociones, ni no conocer quién es en realidad, sino para crecer en concordancias, quizás con objetivos distintos, pero con un esquema de apoyo mutuo, comunicación clara, honesta y no de competitividad, donde se reconocen los errores, porque son inevitables en el camino. Esos donde se dialogan y no se quedan entre el tintero de los egos que lo enmascaran, porque solo así es como se fortalecen las construcciones, en especial en un tiempo donde la realidad pareciera que circula entre disfraces, ficciones de las puertas para afuera y astucias.

Con todo lo expuesto, nos encontramos con un tipo de abuso que no solo afecta a nivel individual, sino que manifiesta problemas mucho más amplios de nuestra sociedad. En especial, porque estamos acostumbradas a vivir en una cultura que, aunque parece glorificar el amor en todas sus formas en películas, libros y publicidad, en la práctica solo ha fomentado más inseguridades en las personas sobre su valía, llevándolas a dejar de ser ellas mismas para ser lo que la otra persona quiera a su antojo, encadenando más aislamiento emocional y la competitividad entre las personas.

El amor, como Fromm, E., nos lo plantea, es entendido como un arte, uno que debería implicar una conexión auténtica entre las personas y está en ese reconocimiento de la identificación e igualdad de esa otra persona; sin embargo, las relaciones hoy por hoy están basadas en el poder y la manipulación como ideal, donde se permiten dentro del vocabulario las microagresiones, la hostilidad enmascarada, la violencia psicológica, simbólica, entre muchas otras manipulaciones. Por lo cual, entonces, es necesario empezar a cuestionar no solo nuestras concepciones del amor, analizar su lenguaje, que aquí no se hará, además de las estructuras sociales que impidan y permitan identificar todas estas formas de abuso. Porque, dentro de ese aprender a amar y amarnos, hay que entender que requerimos observar y rechazar todo tipo de dinámica o persona tóxica que nos conduzca a distorsiones.

Es por eso que este tema cobra importancia y se manifiesta como uno de los retos más prudentes en el entendimiento de este tema sobre el amor y las relaciones humanas en la actualidad. Pero, para superarlo, precisamos hasta aquí cambiar nuestras concepciones y significados sobre el amor, alejándonos de la búsqueda de validación externa o de ser para otras personas, y centrarnos en que, para construir la capacidad de amar, solo es posible desde la autenticidad y respeto mutuo, aceptando, a su vez, que el amor verdadero es un recorrido dinámico que no solo implica intimidad, sino también introspección, aprendizaje y práctica continua. Y solamente cuando logremos concebir esto, podemos desmantelar esos espejos deformantes que en este momento nos impiden ver la realidad con claridad.

ISBN: 978-628-95101-6-4

PALABRAS CLAVE

Gaslighting, manipulación psicológica, amor como arte, relaciones tóxicas, abuso emocional, autoconocimiento, construcción de relaciones, violencia psicológica, agresión, tipos de violencia OMS, tipos de violencia Fromm, E.

ABSTRACT

Gaslighting is a new word, but that doesn't prevent it from being extremely complex to talk about a type of abuse that ends up germinating in violence, because it describes, in turn, a form of psychological abuse that definitely eats away at an important element of the human being: the perception of a person's reality, leading them to validate their judgment, their memory and, finally, their sanity.

As an expression, it is unavoidable that it can occur in different contexts and situations, such as the work or family environment, and it is most frequently expressed in intimate relationships or relationships between couples, those where one of its members deploys, through defined tactics, a series of persistent manipulations on that other person. That is why, under the proposition that they are loved, there is, without a doubt, an indisputable plot of dominance and control that twists everything related to emotions, lowering the self-esteem of that other person, causing a toxic attachment and an emotional dependence that goes unnoticed by others.

That is why this article talks about that distorted mirror that represents gaslighting, one that we must make visible in the different disciplines in order to understand all the damage it causes not only in the victims, but also in the way society today communicates and the meanings that are corresponding on an important topic called love and that construction of a couple.

That is why Erich Fromm will be used as a reference, regarding the topic of love, since, from his bibliographical sources, love as a concept is not just a passing emotion, which is one of the elements that is in constant search, nor is it the presumption of an appropriate object to love, ceasing to be for others; much less to control and manipulate. Love is an art that requires a lot of learning, definitely of clumsiness, free of egos, of constant effort and one cannot forget that it requires a deep understanding of reciprocity and commitment.

However, in many relationships, we find ourselves lacking this learning, because we go in search of only a feeling that is not constructive but ephemeral, leaving people vulnerable to toxic dynamics such as gaslighting, where the desire to be loved can definitely affect the magnitude of recognizing the true signs that this type of abuse contains.

And how the cultural pressure to achieve success and popularity, which is not what is being discussed, but rather, to fulfill the standardized shoulds or status quo within society, often causes confusion that each person must go find someone who sees them as worthy of love, reinforcing unacceptable patterns where third parties validate them, with a superficial approach that distances us from authentic love, which molds people to

ISBN: 978-628-95101-6-4

the expectations of others and is not built on respect and equity. Faced with this confusion, we find ourselves in a tainted terrain where gaslighting gradually germinates and prospers those seeds of violence and indifference towards the other person, deeply disturbing the emotional health of those who end up being victims of this relationship scheme.

In addition, we must observe what differentiates gaslighting from other forms of abuse and its insidious nature. Because, imperceptibly, it tries to mask itself with small lies or subtle manipulations that diligently deteriorate the confidence of that other person in their own perception, making them feel vulnerable and even limited to certain things, which little by little they begin to feel they are not capable of doing.

Likewise, as it progresses, the victim may end up questioning their own sanity, wondering if such things really happened or not, how they remember them. This cycle of confusion, anxiety and doubt creates an ever-increasing dependence on the abuser or victimizer, because there is no other way to call him, and he is the one who becomes his savior and the only reliable reference that validates what the other person cannot.

That is why, in the face of the lack of skills, as Fromm, E., suggests, to love from a position of personal constancy and mutual identification, many people become easy targets. Because authentic love is based on a joint construction, which takes time, dedication, where strengths and weaknesses are expressed in both parties, because it requires letting their essence flourish and is not to change the other person, or allow them not to express their emotions, or not to know who they really are, but to grow in agreement, perhaps with different objectives, but with a scheme of mutual support, clear, honest communication and not competitiveness, where mistakes are recognized,

because they are inevitable along the way. Those where they are discussed and not left in the inkwell of egos that mask it, because only in this way is the constructions strengthened, especially in a time where reality seems to circulate between disguises, fictions from outside doors and cunning. With all of the above, we find ourselves with a type of abuse that not only affects us on an individual level, but also manifests much broader problems in our society. Especially because we are used to living in a culture that, although it seems to glorify love in all its forms in movies, books and advertising, in practice it has only fostered more insecurities in people about their worth, leading them to stop being themselves to be what the other person wants at will, chaining together more emotional isolation and competitiveness between people.

Love, as Fromm, E., presents it to us, is understood as an art, one that should imply an authentic connection between people and is in that recognition of the identification and equality of that other person; however, relationships today are based on power and manipulation as an ideal, where microaggressions, masked hostility, psychological and symbolic violence, among many other manipulations, are allowed within the vocabulary. Therefore, it is necessary to begin to question not only our conceptions of love, to analyze its language, which will not be done here, as well as the social structures that prevent and allow us to identify all these forms of abuse. Because, within that learning to love and to love ourselves, we must understand that we need to observe and reject all kinds of toxic dynamics or people that lead us to distortions.

That is why this topic becomes important and manifests itself as one of the most prudent challenges in understanding this topic about love and human relationships today.

But, to overcome it, we need to change our conceptions and meanings about love, moving away from the search for external validation or being for other people, and focusing on the fact that, to build the capacity to love, it is only possible from authenticity and mutual respect, accepting, in turn, that true love is a dynamic journey that not only involves intimacy, but also introspection, learning and continuous practice. And only when we manage to understand this, we can dismantle those distorting mirrors that currently prevent us from seeing reality clearly.

KEYWORDS

Gaslighting, psychological manipulation, love as art, toxic relationships, emotional abuse, self-knowledge, relationship building, psychological violence, aggression, types of violence WHO, types of violence Fromm, E.

INTRODUCCIÓN

Con todo lo preliminar, debemos iniciar con esta pregunta que Fromm, E., hace en su libro:

¿Es el amor un arte?[32]…, en tal caso requiere conocimiento y esfuerzo.

> … Ibid. (pp. 13 – 14) No se trata de que nadie piense que el amor carece de importancia. En realidad, todos están sedientos de amor, ven innumerables películas basadas en historias de amor felices y desgraciadas, escuchas centenares de canciones triviales que hablan del amor, y, sin embargo, casi nadie piensa que hay algo que aprender del amor.

[32] Erich Fromm. El arte de amar (p. 13)

> Esa peculiar actitud se basa en varias premisas que, individualmente o combinadas, tienden a sustentarla. Para la mayoría de la gente, el problema del amor consiste fundamentalmente en ser amado, y no en amar, no en la propia capacidad de amar. De ahí que para ellos el problema sea cómo lograr que se los ame, cómo ser dignos de amor. Para alcanzar ese objetivo, siguen varios caminos. Uno de ellos, utilizado en especial por los hombres, es tener éxito, ser tan poderoso y rico como lo permita el margen social de la propia posición. Otros usado particularmente por las mujeres, consiste en ser atractivas, por medio del cuidado del cuerpo, la ropa, etc. Existen otras formas de hacerse atractivo, que utilizan tanto los hombres como las mujeres, tales como tener modales agradables y conversación interesante, ser útil, modesto, inofensivo. Muchas de las formas de hacerse querer son iguales a las que se utilizan para alcanzar el éxito, para ganar amigos e influir sobre la gente. En realidad, lo que para la mayoría de la gente de nuestra cultura equivale a digno de ser amado es, en esencia, una mezcla de popularidad y sex-appeal.

Frente a esta cita, vemos que el amor, tal como lo plantea el autor, se ha convertido en una pesquisa que va hacia fuera de…, algo externo, donde el propósito es desvinculante porque parece ir a ese ¿cómo atraer a otros?, ¿cómo ser digno de amor?, ¿cómo encajar con ese otro?, en vez de entender que lo primero es desarrollar su capacidad de amar-se. Y esto nos lleva a un proceso de reflexión más profunda, y es que, si llegáramos a entender el amor como ese arte que describe, ¿no debería implicar un proceso intenso que lleve a esos aprendizajes y ese crecimiento, tanto personal como relacional?

Pero en ese lugar solo es esa búsqueda de un estímulo externo, que conlleva un flujo de emociones desbordantes, donde no hay discernimiento y mucho de desconocimiento, en especial sobre sí y el otro. Es por eso que el amor es una habilidad que necesita esfuerzo consciente, compromiso y respeto. Para ello la introspección en cada cual es indispensable, y si debe haber dedicación en reciprocidad, sin llegar a descuidarse para ser para otros. Porque este amor no es dependiente, ni el que está en ese imaginario de encontrar esa persona correcta, que, si llega y no se conoce adecuadamente, no será un salvavidas, ni estará permanentemente esperando a que

ISBN: 978-628-95101-6-4

llegue a esa capacidad de aprender a amarse para amar a otros de forma auténtica y madura.

Es aquí donde, en ese verdadero compartir, fluir o como deseen describirlo, que está enmarcado en las experiencias, nos tropezamos con esos traumas no resueltos, con esas construcciones sociales introyectadas que moldean a imagen y semejanza de otra persona esa percepción de amor, creando ese nosotras un reto sobre el significado de aprender a amarnos desde nuestra plenitud del ser.

El significado del amor no solo es esa representación que está cargada o no de significados, que para unos parece simple de descifrar, para otros está marcada de mucha emocionalidad, y entre esos posibles de abstracciones tan codificadas, que bajo cualquier premisa lo que estamos encontrando, es que es como discurso, tiene su propio lenguaje. Ese que, a conformidad, parece encontrarse dentro de ese paradigma de tener, por un lado, con o sin correspondencia, y entre esos encajar, forzar y amalgamar se pierden las perspectivas, que es reconocerse entre sus luces y sombras, sus fortalezas y debilidades, porque solo entre el conocimiento de esas vulnerabilidades es que se aprende o nos sensibilizamos sobre esos vacíos, ausencias, abandonos por los que muchas personas transitan.

Es por eso que amar no puede estar fuera de…, sino que es en ese encontrarse consigo misma y en el entendimiento de su propia valía que puede ver a los demás, y no que otros le otorguen una cuantía o deba pagar un importe para estar con esa otra persona. ¿De ahí que tanto está dispuesta a renunciar de sí misma para estar con alguien? Y por eso creemos que, frente a un tema tan común, no hay nada que aprender.

> (Ibid. p. 15) La segunda premisa que sustenta la actitud de que no hay nada que aprender sobre el amor, es la suposición de que el problema del amor es el de un objeto y no de una facultad. La gente cree que amar es sencillo y lo difícil encontrar un objeto apropiado para amar – o para ser amado por él – Tal actitud tiene varias causas, arraigadas al desarrollo de la sociedad moderna. Una de ellas es la profunda transformación que se produjo en el siglo veinte con respecto a la elección del objeto amoroso.

Con respecto a la segunda premisa de Fromm, E., es habitual encontrarnos, como error en la comprensión de ese amor, que queremos dejar de ser o tener ese objeto adecuado para llegar a amar, como si solo fuera encontrar a una persona correcta. Y no es así, porque, como dicen, puede coincidir con su alma gemela y esta no verle, porque el destino quiso castigarle. ¡No! Solamente que en ese coincidir no se pueden identificar ni reconocer, por más que una parte lo haga; eso es recíproco, y eso solo es una frase que marca que, incluso en predestinación, con o sin causalidad, el amor dependerá únicamente de cómo cultive ese arte, ese conocimiento sobre sí, los demás, y eso solo lo verá con el tiempo, entre caídas y aprendizajes.

Pues, originalmente, el enamoramiento inicial, aunque es esa chispa que se entiende como una conexión tan intensa que surge entre el deseo físico y esa primicia llena de improvisación, solamente es situacional; es efímera si no va en una construcción y crecimiento, porque poco a poco se extinguirá hasta solo ser un recuerdo poco probable o no de ser memorable, porque solo entre significados, entendimientos, diálogos consensuados o no, puede transformarse en un amor profundo y duradero. Ahí es donde está el desafío en encontrar ese amor: en mantenerlo, sin posesividad, en convertir ese amor o esa intimidad inicial en una relación que, dentro de las rutinas, esté basada en ese respeto mutuo, en esa comprensión y esfuerzo por crecer juntos, y no competir entre ellos o descalificarse mutuamente, ni que solo uno avance, y que, desde mi egoísmo, mi

ISBN: 978-628-95101-6-4

ego u omnipotencia, solo mi visión, mis propósitos, mis cosas sean las mejores y lo demás, incluyendo a la persona, sea o le perciba como inferior a mí. Y es de esta forma en que el amor deja de ser solo una emoción pasajera y se transforma en una elección consciente, voluntaria y de constante compromiso entre las partes.

> … (Ibid. p. 16) El tercer error que lleva a suponer que no hay nada que aprender sobre el amor, radica en la confusión entre la experiencia inicial del "enamorarse" y la situación permanente de estar enamorado o, mejor dicho, de permanecer enamorado. Si dos personas que son desconocidas la una de la otra, como lo somos todos, dejan caer de pronto la barrera que las separa, y se sienten cercanas, se sienten uno, ese momento unidad constituye uno de los más estimulantes y excitantes de la vida. Y resulta aún más maravilloso para aquellas personas que han vivido encerradas, aisladas y sin amor. Ese milagro de súbita intimidad suele verse facilitado si se combina o inicia con la atracción sexual y su consumación. Sin embargo, tal tipo de amor es, por su misma naturaleza, poco duradero.

En este error que plantea Fromm, E., está el planteamiento de esa confusión entre lo anteriormente mencionado: el enamoramiento y el amor duradero, pues también estamos constantemente entre paradojas cuyas raíces están escritas en esas narrativas culturales que nos rodean. En especial, frente a ese concepto de amor a primera vista, reforzado por películas y novelas, una que a menudo se convierte en la medida del éxito o fracaso de las relaciones.

Sin embargo, debemos aceptar que el amor no es un evento único y fugaz; porque puede que se encuentre con el ejemplo de su alma gemela, y en ese reconocimiento no se identifiquen porque están en vías distintas, y ambas partes, quieran o no, encuentren en el camino otras personas. Reitero, esto solo es un ejemplo disonante, es decir, que aun cuando dos personas parecen tan sintonizadas en un sentimiento que parece desafiar comprensiones o tiempos y espacios, no pueden coincidir, principalmente porque para ello ambas partes deben comprometerse, superar dificultades,

suposiciones, críticas, boicoteos, terceras personas malintencionadas, y eso solo es a través de una comunicación basada en el respeto, donde desarrollen una comprensión mutua que trascienda cualquier emoción inicial o residual, pero sobre todo en una escucha activa. Y eso es de los más difícil de hacer.

Lo que nos lleva a este otro punto (ibid., p. 17).

> El proceso de aprender un arte puede dividirse convenientemente en dos partes: una, el dominio de la teoría, la otra, el dominio de la práctica. Si quiero aprender el arte de la medicina, primero debo conocer los hechos relativos al cuerpo humano y a las diversas enfermedades. Una vez adquirido todo ese conocimiento teórico, aun no soy en modo alguno competente en el arte de la medicina. Solo llegare a dominarlo después de mucha práctica, hasta que eventualmente los resultados de mi conocimiento teórico y los de mi practica se fundan en uno, mi intuición, que es la esencia del dominio de cualquier arte. Pero aparte de del aprendizaje de la teoría y la práctica, un tercer factor es necesario para llegar a dominar cualquier arte – el dominio de ese arte debe ser un asunto de fundamental importancia; nada en el mundo debe ser más importante que el arte. Esto es válido para la música, la medicina, la carpintería y el amor-. Y quizás radique ahí el motivo de que la gente de nuestra cultura, a pesar de sus evidentes fracasos, solo en tan contadas ocasiones trata de aprender ese arte. No obstante, el profundo anhelo de amor, casi todo lo demás tiene más importancia que el amor: éxito, prestigio, dinero, poder dedicamos casi toda nuestra energía a descubrir la forma de alcanzar esos objetivos y muy porca a aprender el arte del amor.

Es así como nos cruzamos con este enfoque sobre el amor como un arte, uno donde se requiere tanto de teoría como de práctica. Y como práctica no es caer de persona en persona, porque eso es un bucle sistemático. Cuando escribo sobre almas gemelas, no intento dar por sentado o afirmar algo, solo quiero enfatizar en que, aun cuando dos personas, pese a esa intensidad correspondiente en emociones y sentimientos o ese vínculo que parece inquebrantable, no están exentas de que se quebrante, ni de que se rompa el corazón de una o ambas partes, por diversas razones. En especial porque el amor no es superficial e idealizado, requiere nutrientes y cultivarse a largo plazo.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Es en este sentido, que hablar sobre amar no es solo fórmulas, teorías o normas y darles seguimiento; es un proceso arduo, que requiere sensibilidad, atención y cuidado, autoconocimiento, empatía y crecimiento, pero sobre todo un reconocimiento mutuo, no solo de una persona. Pues es en cada cruce de ese camino, cada obstáculo, donde se ofrece la mano cuando la otra la necesita, se da ese espacio para procesar sus emociones sin descuidarla, se agradece por cada día compartido, se celebra sus triunfos, y se impulsa a lograr sus metas. Se le acompaña en sus momentos sombríos o llenos de incertidumbre, y se aprende a secar sus lágrimas, porque nadie puede evitarlas por lo que acontece en la vida, y quizás no se puedan dar las palabras adecuadas, pero sí un abrazo que le demuestre que estará ahí, pese a todo. Y frente a toda esa relación de factores es un conjunto de oportunidades para encontrar un propio balance.

Pero muchas veces impedimos que las personas se entreguen plenamente a este proceso, las damos por sentadas y desvalorizamos esa dedicación porque estamos enfocadas solo en lo que la sociedad quiere (status quo). Y cuando lo tenemos, lo que parece perfecto, es posible que hayamos llegado a esa meta, pero en ese recorrido, la otra persona ya se haya ido, igualmente alegrándose de nuestros triunfos, deseándonos lo mejor en su camino, porque siempre le hicimos creer y entender que nunca fue nada importante y, su existencia paso completamente desapercibida.

Eso quiere decir que, cuando relegamos el amor a un segundo plano, no estamos siendo como somos, sino como creemos que deberíamos ser frente a los demás, herméticamente guardando nuestra esencia para no vernos vulnerables, ni permitir que esa otra persona piense que somos débiles. Olvidamos que, en este intercambio de

palabras, silencios, torpezas, significados, tiempos y espacios, debemos reconocernos y aceptarnos dentro de las conexiones.

Es ahí cuando comenzamos a minimizar e invisibilizar emociones y personas, encontrándonos entre paradojas, malentendidos y, desde luego, suposiciones, donde las personas consideran que deben pensar por la otra, sin darle la oportunidad, en ocasiones, de saber qué ocurre. Y entre silencios mediáticos y evasivas, vamos generando inevitablemente heridas permanentes e irreparables.

En especial, por todo lo citado desde el resumen hasta aquí, y entre carencias, abandonos y necesidades, queremos encontrar paliativos, un amor que nos aleje de esa sensación. Ese que, sin percatarse, se va fragmentando entre filosas puntas y, sin proponérselo, caemos en otro bucle que no solo refleja nuestra problemática, sino que, adicionalmente, en ese conjunto de contrastes, terminamos hiriéndonos mutuamente para encontrar un reconocimiento como percepción de esas heridas no percibidas.

Es cuando la violencia[33] toma forma, como una sombra persistente que acecha a la humanidad, manifestándose de diversas maneras y dejando más magulladas a las personas en su cotidianidad y a quienes la sufren. Es decir, en su forma más insidiosa, la violencia se oculta detrás de palabras, manipulaciones y engaños, creando una confusión emocional de la que, sin lugar a dudas, es difícil escapar.

[33] El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;sequence=1 Consultada (18/08/2024)

ISBN: 978-628-95101-6-4

Para hablar sobre ello tenemos a la Organización Mundial de la Salud (OMS)[34]…,

> La violencia no solo se limita a actos físicos, sino que también incluye el abuso psicológico y emocional, que puede ser igualmente devastador para el bienestar mental y emocional de una persona.

Es de esta manera que surge una forma particular de violencia psicológica conocida como gaslighting[35], un término que pareciera encapsular toda esa relación de manipulación y engaño sistemático reservado a confundir y someter a la víctima. Es un fenómeno que es más que un simple juego de palabras; es un ataque directo a la percepción de la realidad de una persona, donde mediante un vínculo macabro y sádico se juega con la salud mental de la otra persona, que es su pareja.

La violencia psicológica[36], como bien documenta la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se asocia con una serie de consecuencias a largo plazo, que van desde trastornos de ansiedad hasta depresión severa.

Además, según datos de la OPS[37] globalmente:

- Aproximadamente 470.000 personas son víctimas de homicidio cada año
- Alrededor de 38% de todos los asesinatos de mujeres son cometidos por parejas íntimas

---

[34] World Health Organization. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018. https://www.who.int/publications/i/item/9789240060525 Consultada (18/08/2024)

[35] Luz de gas (en inglés: gaslighting) es un tipo de abuso psicológico en el que se hace a alguien cuestionar su propia realidad. Consiste en negar la realidad, dar por sucedido algo que nunca ocurrió o presentar información falsa con el fin de hacer dudar a la víctima de su memoria o de su percepción. Puede consistir en negaciones simples por parte del abusador/a o abusadores/as, en el sentido de si determinados sucesos ocurrieron o no, o incluso en la escenificación de situaciones extrañas con el fin de desorientar a la víctima.
El concepto proviene de la obra de teatro del mismo nombre de Patrick Hamilton estrenada en 1938 y de sus adaptaciones cinematográficas. Se usa también en la literatura clínica. https://es.wikipedia.org/wiki/Luz_de_gas_(manipulaci%C3%B3n) Consultada (18/08/2024)

[36] Pan American Health Organization. (2020). Violence prevention: The evidence. https://www.paho.org/en/documents/violence-prevention-evidence Consultada (18/08/2024)

[37] https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia Consultada (18/08/2024)

- 1 de cada 3 mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual, principalmente por parte de una pareja íntima

Con todo lo antepuesto, hemos encontrado unas nociones que a través de este abuso se convierten en ese espejo deformante que lleva como subtítulo, distorsionando la realidad, y haciéndole creer a la víctima que su discernimiento del mundo es incorrecto. Creando en su contexto un tipo de manipulación que la conduce a la codependencia quedando atrapada en un conjunto de caos y dudas internas.

Buscando con todo esto, profundizar el grado de complejidad del gaslighting y su relación con la violencia psicológica, con el objetivo de abrir, a través de un texto escrito, ese espacio para el diálogo y la reflexión.

MARCO DE REFERENCIA

> Fromm (p. 76) … ante todo, parto de la consideración de que el hombre es mucho más destructivo y cruel que el animal. El animal no es sádico, no es hostil a la vida, pero la historia humana es un documento de la inimaginable crueldad y la extraordinaria destructividad del hombre. Desde este punto de vista no es necesario empequeñecer la fuerza, la intensidad de la agresividad. Pero creo que las raíces de la agresividad no residen en la animalidad del hombre, sino que al ser mayor la agresividad humana que la de los animales, la primera debe originarse en las condiciones específicas de la existencia humana. La agresividad es mala, la destructividad es mala, y no solo un pretendido mal, como opina Lorenz; pero es humana, es una posibilidad que reside en los hombres, en todos nosotros, y que se manifiesta cuando uno no se desarrolla de manera más adaptada y madura.

Como señalé anteriormente, ante nuestro tema se hace necesario hacer un registro de la existencia de la violencia, y mucho más en nuestra realidad, la violencia de género[38]. En un mundo que, sin lugar a dudas, está entre sombras de silencio, unas que

[38] Definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos,

ISBN: 978-628-95101-6-4

esconden esas voces ahogadas de quienes no encuentran ningún tipo de ayuda frente a esta situación, ya que, como referencia, solo les mostramos nuestro mejor rostro: el de la indiferencia, justificando tales proporciones con excusas inútiles. Porque en esta realidad, donde se oculta la confusión, el caos y el ruido constante, también es juez y verdugo de múltiples formas, pues incentiva y, a su vez, minimiza a la víctima a encontrar procesos conciliatorios, donde debe vivir entre agresiones físicas, manipulaciones psicológicas, sexuales, económicas, y no podemos olvidar las políticas, que, si bien no es parte del tema, también son víctimas.

Es un verdadero suplicio que involucra a millones de mujeres en todo el mundo[39], confinándolas a ser invisibles frente a una sociedad que no habla ni acepta este tipo de tratos, pero que los conoce bien, transformándolas en solo datos estadísticos, en simples dígitos en incremento, que no simbolizan bajo ningún criterio ni el sufrimiento ni el desconsuelo por el cual pasan.

Para ello, es importante describir la agresividad Fromm, E. (pp. 90 – 91)[40]

> Para comenzar limitémonos a la primera clase, a la agresividad humana biológicamente adaptada, a la que es igual a la del animal. Ya lo hemos visto, el animal reacciona con agresión sobre la base de su organización neurofisiológica, que es igual a la del hombre, si sus intereses vitales se ven amenazados. Así también lo hace el hombre, pero en él esta reacción esta agresión reactiva o defensiva, es de mucha mayor amplitud, fundamentalmente por dos razones: en primer lugar, el animal solo vive la amenaza en el presente, es decir, su vivencia es: en este momento estoy amenazado. El hombre, como puede pensar, se representa el futuro, y por ello puede también vivenciar una amenaza no como ya existente sino como previsible en el futuro. El hombre reacciona

la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer Consultada (18/08/2024)

[39] 1 de cada 3 mujeres y niñas de 15 a 49 años informan violencia de pareja, física y/o sexual o violencia sexual por cualquier agresor en algún momento de su vida. 25% de las mujeres y niñas en las Américas han reportado violencia de pareja, física y/o sexual en algún momento de su vida.12% mujeres y niñas mayores de 15 años en las Américas han reportado violencia sexual por parte de una persona fuera de la pareja. Ibid.

[40] El amor a la vida

> entonces no solo ante la amenaza existente en el momento, sino también ante la que puede tener que enfrentar en el futuro. Naturalmente, esto le da a la agresión reactiva un alcance mucho mayor, pues es muy grande el número de hombres y de situaciones en las que se da la perspectiva de una amenaza.

Para comprender de lo que estamos hablando, que es la agresividad humana, Fromm, E., en su libro, clasifica como una de ellas la que es una respuesta biológicamente adaptada, muy parecida a la de los animales. Una agresión de tipo defensivo, que se acciona cuando algún interés se ve amenazado o se siente en estado de minusvalía. Es una respuesta neurofisiológica que, quizás, es compartida entre humanos y animales. Pero también es cierto que el nivel de crueldad no es igualmente comparable ni enérgico, pues el ser humano puede anticiparse al futuro considerando la dimensión de sus respuestas. A diferencia del animal que reacciona en el presente, cuando el ser humano reacciona trascendiendo todo en el presente, sus reacciones tienen mayor intensidad y frecuencia.

En este sentido, lo que intento señalar es que la violencia de género puede entenderse como una manifestación compleja de esta agresividad humana, exacerbada por factores culturales y sociales que cada día refuerzan la dominación y el control sobre el otro. En este caso, el agresor, bajo la influencia de sus propias proyecciones de amenaza o pérdida de poder, se anticipa ante posibles escenarios en los que considera que su control podría ser resistido, lo que desencadena una respuesta premeditadamente violenta.

De esta manera, la violencia contra las mujeres no es solo un acto aislado de crueldad física o psicológica, sino la consecuencia de un sistema en el que la agresividad, comienza a nutrirse de una estructura de poder desigual. En este punto, el miedo a

ISBN: 978-628-95101-6-4

perder esa posición de dominio, ya sea real o imaginaria, se extrapola al hogar, a las calles o al espacio público como un campo de batalla, donde cualquier acto de violencia se justifica como si fuese un esquema de defensa ante amenazas que, en la mayoría de ocasiones, salvo las que ponen en riesgo su vida, solo existen en la mente del agresor.

> … (Ibid.) En segundo lugar, a la agresión reactiva es mucho más amplia en el hombre porque al hombre se le puede sugerir algo, y en cambio al animal no. Se puede persuadir al hombre de que su vida y su libertad están amenazadas. Para ello se emplean símbolos. Al animal no se le puede lavar el cerebro, porque carece de símbolos y de palabras. Si se convence a un hombre de que está amenazado, su reacción subjetiva será la misma que si estuviera realmente amenazado. No necesito extenderme guerras mediante el recurso de convencer a los hombres de que estaban amenazados. Con ello se logra despertar la agresividad requerida para lanzar a los hombres a la guerra.

Como segundo aspecto de este párrafo de Fromm, E., nos encontramos con la agresión reactiva, esa que se amplifica en el ser humano debido a su capacidad para ser afectado a través de la sugestión, algo que en el caso de los animales no puede ocurrir. Por lo cual, establece que el ser humano es susceptible a los mecanismos de persuasión, aquellos que permiten que su percepción de la realidad sea moldeada con símbolos y palabras. Frente a esta situación en la que se encuentra vulnerable, se advierte como un instrumento poderoso para aquellos que buscan controlar y manipular, ya que se puede convencer a una persona de que su vida y su libertad están amenazadas, incluso en ausencia de un peligro real. Así es como la violencia no solo surge de esas circunstancias inmediatas, sino que puede ser sutil o directamente incitada y justificada por la disposición de narrativas que avivan miedos y ansiedades.

Aquellas en las que los relatos de guerras, conflictos y conspiraciones, como ejemplos, son guiados a través de discursos que apelan a la idea de una masa que deshaga es riesgo inminente, movilizándolas bajo las banderas de una supuesta defensa

nacional o de otro tipo. En esos casos, la manipulación de la percepción se transforma en agresividad como un acto casi ritualizado, donde cada acción violenta se convierte en una respuesta sin mediaciones a una amenaza percibida, desvaneciendo la línea entre la realidad y la ficción, transformando al ser humano en un actor o dramaturgo, uno en el que la violencia se exterioriza como una respuesta necesaria a un peligro imperioso.

> Finalmente, hay un tercer motivo: el hombre tiene intereses vitales especiales, que consisten en que tiene valores, ideales, instituciones con los que se identifica de modo que un ataque contra estos ideales, contra las personas de interés vital para él, contra las instituciones que para él son sagradas, puede tener el mismo significado que un ataque a su vida, a sus medios de subsistencia. Lo que está en cuestión puede ser la idea de libertad, la de honor, los mayores, el padre, la madre, los antepasados en determinadas culturas, el estado, la bandera, el gobierno, la religión, Dios. Todos estos valores, instituciones o ideales tienen tanta importancia vital para el hombre como su vida corporal. Cuando están amenazados, el hombre reacciona con hostilidad.
>
> Si se reúnen estos tres factores, resulta comprensible que la hostilidad defensiva del hombre, aunque se base en el mismo mecanismo que la del animal, sea mucho mayor, porque se enfrenta a un número mucho mayor de amenazas o son muchas más las cosas que el hombre como amenazadoras, en comparación con el animal.
>
> El hombre comparte con el animal la agresividad defensiva biológicamente adaptada, que sirve a la defensa de sus intereses vitales contra cualquier ataque. Pero más allá de esto, hay en el hombre formas de agresividad que no observamos en los animales, que no son biológicamente adaptadas y no sirven a la defensa, sino que están enraizadas en su carácter. Es cuestión complicada en la que no puedo entrar aquí, la de averiguar por qué un hombre desarrolla un carácter tal, proclive a la agresión. Con todo, existen tales caracteres, y esto es exclusivo del hombre. Solo querría referirme aquí a una de sus manifestaciones: el carácter sádico.

Como tercer motivo, Fromm, E., nos plantea esa complejidad de la naturaleza humana, una donde las utilidades vitales se manifiestan más allá de la supervivencia física. Una donde el ser no solo está en la búsqueda de proteger su existencia, sino que se engancha con pasión a un conjunto de valores, ideales e instituciones que, al ser amenazados, pueden provocar una reacción aún más desproporcionada.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Frente a esta conexión emocional, que se convierte en un apego con sus creencias y símbolos sagrados, convierte lo abstracto en visceral; por lo que un ataque a la libertad, que puede ser interpretado desde diferentes percepciones, o la familia o la patria, es observado como una amenaza a su propio sentido de la existencia. Bajo este argumento, la violencia se transfigura en un medio legítimo de defensa, uno en el que la hostilidad brota como un instinto protector ante lo que percibe desde su concepción como un ataque a su esencia.

Una ironía de toda esta situación radica en que, por un lado, siempre hay un justificante para cualquier acción violenta, y por otro, la agresión busca amparar lo que para ese ser considera sagrado, terminando sin ningún tipo de consideración por despojar a otros de su humanidad, de su vida, sin ningún remordimiento, perpetuando un ciclo violento atroz que carcome esos mismos valores que intenta proteger.

Con este fenómeno se adquiere una dimensión aún más sombría, pues al considerar las formas de agresividad que no son biológicamente indicadas y que se revelan en indiscutibles representaciones, como el sádico. A diferencia de la agresión defensiva observada en el reino animal, que responde a amenazas tangibles, el carácter sádico está en esa construcción perversa que se alimenta del dolor ajeno. Y con esta forma de agresividad, arraigada en la psique humana, no se busca la protección de intereses vitales, sino la complacencia de un deseo por el poder y el control.

En el caso del sádico, el placer se encuentra en la dominación, en la humillación del otro, lo que plantea preguntas inquietantes sobre la naturaleza de la agresión humana. Como, por ejemplo: ¿Qué condiciones socioculturales, psicológicas e históricas

consienten que este carácter siga floreciendo? Dado que la existencia de tales individuos no solo desafía nuestro juicio sobre la humanidad, sino que también nos exige una reflexión más crítica sobre esta sociedad que aun condesciende con que la violencia, en sus esquemas más malévolos, sea tolerada e incluso certificada en nombre de valores supremos. Así, la violencia no solo se exterioriza como una respuesta a amenazas externas, sino como una declaración del más recóndito precipicio de la condición humana, ese donde el sufrimiento de otros se convierte en una realidad para la afirmación del ego y del yo de los sádicos y narcisistas.

Es por eso que es importante reconocer la diferencia entre la agresividad benigna y maligna, según Fromm (pp. 215-360)[41]

AGRESIVIDAD BENIGNA	EJEMPLOS	AGRESIVIDAD MALIGNA	EJEMPLOS
DEFENSIVA Y ADAPTATIVA	Defenderse ante una amenaza real o proteger a otros.	**DESTRUCTIVA Y SÁDICA**	Agresión que busca el sufrimiento del otro sin necesidad de defensa.
MOTIVADA POR EL AMOR Y LA COMPASIÓN	Intervenir para ayudar a alguien que está siendo atacado o maltratado	**CONTROL Y DOMINACIÓN**	Utilizar la manipulación psicológica para mantener el control sobre otro.
PUEDE CONDUCIR A LA JUSTICIA Y LA PROTECCIÓN	Protestar contra injusticias sociales en defensa de los oprimidos.	**DESEO DE VENGANZA O HUMILLACIÓN**	Acosar o denigrar a alguien por razones personales o ideológicas.
PROMUEVE EL CRECIMIENTO Y LA ADAPTACIÓN	La competencia en deportes, donde se busca mejorar y crecer juntos.	**DESPRECIO Y ODIO**	Expresar odio hacia grupos minoritarios o individuos por prejuicios.
CONTRIBUYE A LA SUPERVIVENCIA COLECTIVA	La resistencia ante agresiones que amenazan a un grupo o comunidad.	**VIOLENCIA GRATUITA**	Comportamientos de bullying o agresiones en entornos donde no hay amenaza.

[41] Anatomía de la destructividad humana

ISBN: 978-628-95101-6-4

Tabla 1. Elaboración propia

De este modo, encaminamos la segunda unidad del análisis, distinguiendo su fenómeno del resto de formas de agresividad, manifestando sus particularidades y vitalidad en las dinámicas interpersonales y de pareja. Al describir su modalidad benigna, se ha presentado una defensa necesaria o una respuesta a las injusticias, que a veces puede unir a las masas, permitiendo que las personas se sientan protegidas y valiosas. En el caso de la agresividad benigna enmarcada alude a todas esas situaciones durante las cuales la defensa da como resultado una unidad contra amenazas a personas allegadas, lo que permite la seguridad y sensación de confianza. Por ejemplo, en una relación de pareja, esa agresividad es una unión de la que procede sensibilidad, donde actos hostiles desde el exterior propician la sensación de confianza de los internos, así como la intimidad emocional. Sin embargo, tan pronto como la agresividad benigna se convierte en agresión maligna, el paisaje se desmiente.

Esta instancia esta personificada por la búsqueda de control, humillación o venganza, esa que puede fragmentar el vínculo entre las personas, cargando con esquemas destructivos que desgastan la confianza y la comunicación. Puesto que, en vez de construir, la agresividad maligna inventa murallas, convirtiendo el amor en un campo de batalla donde la vulnerabilidad se ve reemplazada por la hostilidad.

Es en este contexto en donde las relaciones de pareja, la presencia de agresividad maligna puede asumir secuelas devastadoras. Esas donde las dinámicas de poder se trasladan, y lo que una vez fue una analogía de apoyo se convierte en un ciclo de miedo y manipulación. Esa donde nos encontramos con una falta de respeto por los valores,

ideales e intereses del otro, donde no puede empatizar, creando una trama tóxica, marcando las heridas emocionales que se precipitan, alterando no solo la salud mental de los individuos, sino también su disposición para relacionarse con otros.

Además, en el caso de las víctimas de este tipo de agresividad maligna, pueden encuadrar esas experiencias, conduciendo su dolor a relaciones absortas, conservando así un ciclo de suspicacia y aprensión. Puesto que, en este sentido, es fundamental imaginar en medio de la agresividad en sus diversas exposiciones, no solo para provocar correspondencias más saludables, sino para crear un entorno donde el amor y el respeto prevalezcan sobre la agresión y la hostilidad.

Es por eso que, si nos detenemos a analizar la paradoja de si el hombre, ¿lobo o cordero? (pp. 11-20) [42] planteada por Fromm, E., en el libro: El corazón del hombre.

Acerca de la paradoja donde el hombre puede ser tanto un lobo como un cordero, queda claramente reflejada una compleja dualidad que, a su vez, se manifiesta en este caso con respecto a las relaciones de pareja. En este contexto, el cordero representa a aquellos que buscan amor, aceptación y seguridad, y, desafortunadamente, están dispuestos a sacrificar su voluntad por el lobo, ya sea por miedo a la soledad o al rechazo.

Sin embargo, nos encontramos en esta constante de poder, una que puede llevar a una profunda enajenación, donde el sometimiento se convierte en la negación de la propia voz, su esencia y la autenticidad que le caracteriza. Y, a medida que el cordero se adecua a las innumerables exigencias del lobo, puede internalizar comportamientos

[42] El corazón del hombre

ISBN: 978-628-95101-6-4

agresivos o controladores como medio de defensa, ya sea inconscientes o no, generando aún más un ciclo de violencia emocional que encubre la naturaleza de la relación.

Por otro lado, nos encontramos con el lobo, que representa la agresión y el dominio, ese que puede encontrar un sentido de poder en esos esquemas de manipulación y vulnerabilidad del cordero. Esa donde esta relación puede estar saturada de un espejismo de seguridad, donde el lobo justifica sus comportamientos depredadores, sugestionado de que su actuación es proteger y guiar.

No obstante, en esta percepción un tanto o muy falaz, vemos que la violencia y el control no son esos símbolos de amor, sino deformaciones de la conexión humana. Puesto que, en la búsqueda de poder, es que ese lobo se aventura no solo a la felicidad del cordero, sino que igualmente a su propia capacidad de amar genuinamente, ya que esa relación se vuelve un baile siniestro de miedo y sumisión, donde el amor se ensombrece por la necesidad de control.

Así que la solución a esta paradoja radica en el reconocimiento de que tanto el lobo como el cordero coexisten dentro de cada individuo. Esa donde las relaciones de pareja pueden florecer cuando ambos se arriesgan a explorar y comprobar sus dualidades, eligiendo definitivamente la empatía sobre la dominación y la vulnerabilidad sobre el miedo. Pero, en lugar de perpetuar ciclos de violencia y sumisión, las parejas pueden llegar a trabajar juntas para encontrar esas vías, significados y comunicaciones seguras en las que cada uno pueda expresarse desde su verdadera esencia.

Porque, al hacer esto, puede trascender la dualidad de lobo y cordero, transformándose en dos seres humanos justos que eligen amar en reciprocidad, en lugar de proceder por instinto o desde la contención, lo que les ayudará a construir una relación más enriquecedora, con problemas y dificultades indudablemente, pero significativa.

Por eso, es de vital trascendencia entender los tipos de violencia y algunos ejemplos para identificarlos.

DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA SEGÚN FROMM, E. (pp. 21 – 38)

TIPO DE VIOLENCIA	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
VIOLENCIA JUGUETONA O LÚDICA	Esta forma de violencia es una manifestación de la agresividad que se presenta como un juego o diversión. Aunque puede parecer inofensiva, tiene el potencial de normalizar la agresión y desensibilizar a las personas hacia el sufrimiento de los demás. Se caracteriza por la falta de intención destructiva, pero puede ser perjudicial si se lleva al extremo.	Juegos de lucha entre amigos donde la agresión es parte del entretenimiento, como las peleas de almohadas. Bromas pesadas que pueden causar incomodidad o dolor, como de hacer caer a alguien de una silla
VIOLENCIA REACTIVA	Este tipo de violencia se activa como respuesta a una amenaza percibida o a una provocación. Es una reacción instintiva que busca restaurar el equilibrio tras una ofensa. La violencia reactiva puede ser justificada socialmente, ya que muchas veces se considera como defensa propia. Sin embargo, puede llevar a escaladas de conflicto.	Un individuo golpea a alguien que lo ha insultado. Un conductor que se enfurece y agrede verbalmente a otro por un incidente en la carretera.
VIOLENCIA VENGATIVA	La violencia vengativa se origina en el deseo de vengarse tras haber sufrido una injusticia. Este tipo de violencia es alimentado por	Alguien que, tras haber sido robado, busca recuperar lo perdido golpeando a su agresor.

ISBN: 978-628-95101-6-4

	rencor y puede perpetuar ciclos de agresión. La persona que actúa de esta manera busca un sentido de justicia personal, aunque a menudo conlleva consecuencias destructivas.	Actos de violencia en pandillas, donde un grupo busca vengar la agresión sufrida por uno de sus miembros.
VIOLENCIA COMPENSADORA	Este tipo de violencia surge de la necesidad de compensar carencias o debilidades personales. La persona que ejerce violencia compensadora busca elevar su autoestima a expensas de los demás, creyendo que al infligir daño ganará poder o reconocimiento.	Un jefe autoritario que humilla a sus empleados para sentirse superior. Un individuo que abusa verbalmente de otros para ocultar sus propias inseguridades.
VIOLENCIA DE SED DE SANGRE	Esta forma extrema de violencia se caracteriza por un deseo profundo de causar daño y destrucción, a menudo motivada por una necesidad de controlar o dominar. La violencia de sed de sangre no tiene justificación ni causa aparente; es impulsada por un placer en el sufrimiento ajeno. Es la manifestación más brutal y peligrosa de la agresividad humana.	Crímenes violentos, como asesinatos en serie, donde el perpetrador disfruta del acto de matar. Torturas infligidas en conflictos bélicos, donde el objetivo es causar el máximo sufrimiento al enemigo.

Tabla 2. Elaboración propia

Retomando el tema sobre la presencia de diferentes tipos de violencia que Fromm, E., plantea, nos encontramos como desde etapas tempranas se estimula la violencia juguetona o lúdica, concibiendo que la agresión es parte de un entretenimiento, y, por lo tanto, tiene una justificación para desarrollarse.

En el caso de las relaciones de pareja puede generar un impacto profundo tanto a nivel individual como en la dinámica de la relación misma. Como se menciona la violencia juguetona, aunque se presenta bajo la apariencia de diversión, puede normalizar comportamientos agresivos que, con el tiempo, erosionan la confianza y la

empatía entre las parejas, además que no necesariamente puede ser física, un comentario va y viene, aparentemente en broma que va hacia su apariencia, su capacidad para ejecutar o desempeños haciendo que una de las partes empiece a tomar el control de la situación, y el respeto empiece a ir en declive.

Cuando nos encontramos con estos tipos de violencia tan sutiles, no nos percatamos que poco a poco van hacia el abatimiento de esa otra persona o disminuirla, convirtiendo cada interacción que debió estar dentro de un rango de sensibilidad, amor y respeto en un conjunto de juegos que percibe como inofensivos pero que en apariencia van incrementando esas inseguridades generando heridas emocionales. Y, cuando se entra en este juego de agresiones o microagresiones[43] (Ver anexo 1)[44] y aunque se piensa que solo es hacia fuera, ese vocabulario se ha introducido a los vínculos, incluyendo el de pareja.

Es por eso que, cuando este tipo de violencia aparece, incrementa su intensidad en palabras y aviva una indiferencia hacia las necesidades del otro, dejando de escuchar y observar sus reacciones. Aunque se supone que son en broma o sin intencionalidad de herir, no minimiza el impacto, y aquellas interacciones que debieron ser de respeto solamente generan más inseguridades y heridas de tipo emocional, haciendo que una

[43] Una microagresión es un comentario o acción que se dirige negativamente a un grupo de personas marginado. Una microagresión puede ser intencional o accidental. Es una forma de discriminación. Es posible que las personas que usan las microagresiones no lo hagan con mala intención hacia la persona o grupo contra quien las usan. Es posible que ni siquiera se den cuenta que estén haciendo un comentario o acción microagresivo. Sin embargo, las microagresiones pueden ser muy dolorosas para las personas que las experimentan. https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/microagresiones#tipos Consultada (18/082024)

[44] Ibid.

ISBN: 978-628-95101-6-4

de las partes se sienta en desventaja y a la defensiva, alimentando ciclos de resentimiento, suposiciones y malentendidos.

Con respecto a cómo la violencia reactiva y vengativa pueden aparecer en las comunicaciones de pareja, es posible que, en cuanto la violencia reactiva va desestabilizando aún más la relación, lo que parece un pequeño conflicto incentive oleadas destructivas que, poco a poco, apagan la comunicación, porque la pareja ya responde con agresividad a esos comentarios que aparentemente no son malintencionados, haciendo que la intimidad se vaya fragmentando y ese sentido de complicidad y seguridad se pierda entre ambos.

No podemos dejar atrás esa violencia vengativa, que aumenta las estadísticas, puesto que está motivada por esos rencores acumulados, donde no solo se buscan ciclos de deterioro hacia la otra persona, sino que ya no hay punto de conciliación. Puesto que, quienes se involucran en estos sistemas solo ven resquebrajada por completo su autoestima, porque esas formas de reaccionar son solo el reflejo de sus inseguridades más profundas no resueltas.

Bajo este contexto, nos encontramos con grandes desafíos dentro de la comunicación de pareja, pues debemos aceptar que estas expresiones voluntarias, que parecen no tener un impacto para quien las dice, sí lo tienen para quien las recibe, y no es un tema de mayor o menor sensibilidad: es violencia, una que va generando profundas heridas emocionales, cerrando puertas a cualquier punto de respeto y cayendo en círculos viciosos de agresiones constantes.

Es por eso que, al encontrarnos con este término gaslighting como un tipo de violencia o abuso, es indispensable reconocer que el tema sigue requiriendo de mayores estudios que le den más soporte teórico, pero eso no significa que no exista. Y, como todos los demás esquemas de violencia, continúa en ese camino de invisibilización, uno que no deja de ser una verdadera tortura psicológica, que lo único que quiere es afectar a la víctima —su pareja en este caso por la relación con el tema— porque también se puede presentar en otros contextos, haciendo que una de las situaciones más complejas para cualquiera sea dudar de su percepción y su realidad. Por eso es un juego perverso de manipulación que aísla y silencia, negando la existencia del abuso y haciéndola sentir culpable de sus propias desgracias.

Frente a ese laberinto de mentiras y dudas: el gaslighting es como un laberinto de espejos deformes, donde la víctima se pierde en un mar de mentiras y dudas, cuestionando su propia cordura y sanidad mental. El abusador, hábil maestro de la manipulación, la lleva a dudar de sus propios recuerdos, de sus percepciones, de su propia realidad.

Es así como, frente a la deshumanización de la víctima, que se encuentra en este tormentoso laberinto, y se convierte en un objeto, en una posesión del abusador, donde su humanidad es negada, su valor como ser humano es despojado. Es reducida a una sombra de sí misma, a un simple reflejo de la voluntad del otro.

Todo esto es como un grito o voz silenciosa que clama por justicia: esa en la que las mujeres víctimas de gaslighting no solo sufren las consecuencias psicológicas de

ISBN: 978-628-95101-6-4

este acto atroz, sino que también deben enfrentar el estigma y la incomprensión social. Su dolor es minimizado, sus denuncias son cuestionadas, su realidad es distorsionada.

Ahora, adentrándonos en el tema, encontraremos a aquellos autores que han hablado sobre el tema:

AUTOR	DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE	DESCRIPCIÓN MAS DETALLADA
ROBIN STERN[45]	Introdujo el concepto de gaslighting como una forma de abuso emocional en relaciones, destacando su impacto psicológico.	En su libro The Gaslight Effect, Stern explora el gaslighting como un patrón insidioso de manipulación emocional donde la víctima es llevada a dudar de su propia percepción de la realidad. Este efecto es común en relaciones abusivas y su impacto psicológico puede ser devastador, afectando la autoestima y el bienestar mental.
DOROTHY P. PARKER[46]	Detalla las tácticas de gaslighting, sus efectos en la autoestima, y cómo superarlo desde una perspectiva terapéutica.	En su libro Gaslighting in Relationships, Parker aborda cómo el gaslighting se manifiesta en las relaciones románticas, haciendo que las víctimas se cuestionen su juicio, memoria y sentido de sí mismas. Parker ofrece herramientas para reconocer los signos del abuso y cómo las víctimas pueden empezar a reconstruir su confianza y autonomía.
STEPHANIE A. SARKIS[47]	Examina las tácticas de gaslighting y su impacto en las relaciones y en el bienestar emocional,	En su libro Gaslighting: Recognize Manipulative and Emotionally Abusive People — and Break Free, Sarkis detalla cómo identificar

[45] Stern, R. (2018). The Gaslight Effect: How to Spot and Survive the Hidden Manipulation Others Use to Control Your Life. Harmony.
[46] Parker, D. P. (2015). Gaslighting in Relationships: How to Recognize Emotional Manipulation and Recover from Toxic Abuse. New Horizons.
[47] Sarkis, S. A. (2018). Gaslighting: Recognize Manipulative and Emotionally Abusive People—and Break Free. Da Capo Press.

	ofreciendo herramientas prácticas.	patrones de gaslighting y ofrece estrategias para abordar estas dinámicas en diferentes tipos de relaciones, ayudando a las víctimas a recuperar su confianza y autonomía.
ELINOR GREENBERG[48]	Examina el gaslighting dentro de dinámicas narcisistas, describiendo los patrones de abuso emocional.	En su trabajo sobre personalidades narcisistas, Greenberg describe cómo el gaslighting es utilizado como una técnica de control emocional por personas con trastornos de la personalidad, especialmente narcisistas. Señala que el gaslighting puede erosionar la capacidad de la víctima para confiar en sus propias experiencias y percepciones.
HILDE LINDEMANN[49]	Analiza el gaslighting desde una perspectiva filosófica, enfocándose en cómo afecta la identidad y la autonomía.	Desde una perspectiva filosófica, Lindemann analiza cómo el gaslighting puede impactar la identidad personal de la víctima, disminuyendo su autonomía y confianza en sí misma. Lindemann sugiere que el gaslighting es particularmente destructivo porque daña la relación de la víctima con su propio sentido del yo.

Tabla 3. Elaboración propia

Este tema aún no captura la atención necesaria como forma de abuso psicológico; sin embargo, ha habido algunos estudiosos que han profundizado en sus dinámicas desde diferentes enfoques.

[48] Greenberg, E. (2016). Borderline, Narcissistic, and Schizoid Adaptations: The Pursuit of Love, Admiration, and Safety. Green Institute Press.
[49] Lindemann, H. (2010). Holding and Letting Go: The Social Practice of Personal Identities. Oxford University Press.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Haciendo notas aclaratorias sobre estos autores, podemos ver que:

Con respecto a Stern, R., nos demuestra en su libro que este tema del gaslighting no solamente está presente en relaciones de pareja, sino que también está presente en otros contextos, donde igualmente ocasiona el mismo daño, afectando su integridad personal, su valía y su percepción.

En cuanto a Elinor, G., ofrece una interpretación un poco más amplia desde la psicología de la personalidad, reconociendo a los narcisistas dentro de esta dinámica y, en su mayoría, coincide con esas características, entendiendo que sus maniobras son para dominar y controlar a la víctima, minando su confianza, sus experiencias, su validez y autonomía.

En el caso de Sarkis, S., las víctimas comienzan a cuestionar su juicio, memoria y sentido de sí mismas, pero no solo ofrece una serie de descripciones, sino que además incluye estrategias de afrontamiento.

No podemos dejar atrás a Lindemann, H., quien, desde una representación filosófica, igualmente importante, va más allá de los efectos psicológicos, afectando el núcleo del ser, su identidad y su sentido del yo. Genera otro punto de vista en el análisis de este tema, ya que, al desvanecer la frontera de la percepción, el abusador tiene mayor control.

Con ello, nos encontramos con que el gaslighting es considerado un patrón de secuencias altamente perturbador, donde se manipula para lograr control sobre… y afectar la confianza y la percepción de la realidad. Entre sus estrategias más comunes

está la negación de la realidad o hechos que de antemano se sabe que son ciertos, haciendo que la otra persona se cuestione, generando en la víctima un sistema de dependencia emocional, ya que no considera que pueda tomar decisiones seguras por sus propios medios, buscando que el abusador sea quien valide todo, aumentando así el control.

Entre algunas características, podemos observar constantes hacia la víctima: la negación de hechos que sí son ciertos, la negación de sentimientos, la minimización de sus emociones, la descalificación en privado y en público de sus puntos de vista, todo con el fin de desestabilizar el sentido que tiene sobre sí misma.

No podemos dejar de mencionar esas pequeñas disonancias y manipulaciones que, con el transcurrir del tiempo, aumentan, creando una realidad paralela para la otra persona. Frente a esta narrativa ficticia, va tomando forma el gaslighting, atrapando a la víctima en un espiral de duda y confusión, privándola de su autonomía, seguridad, pero sobre todo de sus decisiones.

Es por eso que, a través de esta tabla, podremos observar los puntos en común con los autores anteriormente mencionados.

CARACTERÍSTICAS DE LAS VICTIMAS SEGÚN LOS AUTORES

AUTOR	CARACTERISTICAS DE LAS VÍCTIMAS	DESCRIPCIÓN MÁS DETALLADA
ROBIN STERN[50]	Baja autoestima, dependencia emocional, dudas	**BAJA AUTOESTIMA:** Las víctimas de gaslighting suelen tener una autopercepción

[50] Ibid.

	constantes sobre su percepción y memoria.	debilitada, lo que les hace más vulnerables a la manipulación. **DEPENDENCIA EMOCIONAL:** Las víctimas tienden a depender emocionalmente del abusador, lo que refuerza el ciclo de control. **DUDAS CONSTANTES**: Comienzan a dudar de sus propios recuerdos y percepciones, cuestionando si sus pensamientos y sentimientos son válidos.
DOROTHY P. PARKER[51]	Aislamiento social, tendencia a disculparse frecuentemente, miedo a tomar decisiones, autoculpa.	**AISLAMIENTO SOCIAL:** El abusador a menudo aísla a la víctima de su círculo social, lo que dificulta que reciba apoyo externo. **TENDENCIA A DISCULPARSE:** Las víctimas suelen disculparse excesivamente, incluso por situaciones que no están bajo su control, lo que refleja la internalización del abuso. **MIEDO A TOMAR DECISIONES:** Debido a la manipulación constante, las víctimas se sienten inseguras al tomar decisiones, temiendo siempre estar equivocadas.
STEPHANIE A. SARKIS[52]	Alta empatía, tendencia a minimizar sus propios sentimientos, dificultad para reconocer el abuso emocional.	**ALTA EMPATÍA:** Las víctimas a menudo tienen una alta capacidad de empatía, lo que los abusadores explotan, haciéndolas sentir culpables por las emociones del otro. **MINIMIZACIÓN DE SUS PROPIOS SENTIMIENTOS:** Tienden a invalidar sus propias emociones, priorizando las necesidades del abusador. **DIFICULTAD PARA RECONOCER EL ABUSO**: Al estar inmersas en la manipulación, las víctimas no siempre reconocen que están siendo emocionalmente abusadas
ELINOR GREENBERG[53]	Baja autoconfianza, sensibilidad a la crítica, miedo al conflicto, confusión constante sobre sus sentimientos y pensamientos.	**BAJA AUTOCONFIANZA:** La constante invalidación de sus pensamientos y sentimientos genera una disminución significativa de la confianza en sí mismas.

[51] Ibid.
[52] Ibid.
[53] Ibid.

		SENSIBILIDAD A LA CRÍTICA: Las víctimas se vuelven extremadamente sensibles a la crítica, lo que facilita el control del abusador. **MIEDO AL CONFLICTO:** Temen el enfrentamiento directo con el abusador, lo que refuerza el ciclo de abuso. **CONFUSIÓN:** Las víctimas suelen experimentar un estado constante de confusión, incapaces de confiar en sus propias emociones y pensamientos.
HILDE LINDEMANN[54]	Pérdida de sentido de identidad, sensación de desconexión con la realidad, vulnerabilidad ante manipuladores.	**PÉRDIDA DE IDENTIDAD:** Las víctimas a menudo experimentan una crisis de identidad, ya que el abusador las lleva a desconfiar profundamente de su propio sentido del yo. **DESCONEXIÓN CON LA REALIDAD:** Sienten que no pueden confiar en su percepción de los hechos, lo que las desconecta de la realidad objetiva. **VULNERABILIDAD ANTE MANIPULADORES:** Debido a la erosión de su confianza en sí mismas, las víctimas se vuelven más susceptibles a futuros manipuladores y abusos.

Tabla 4. Elaboración propia

Hasta aquí hemos podido observar que, de acuerdo con estos autores, lo principal es la manipulación emocional. Adicionalmente, se incluyó a Parker, D., quien menciona la disculpa constante, la autoculpa y el aislamiento social. Adicionalmente, en la mayoría de los casos coincide en la pérdida de percepción o desconexión con la realidad, confusión, baja autoestima y miedo para tomar decisiones, desde las cotidianas hasta las complejas, haciendo que el victimario sea quien controle todo a su alrededor. Desde el arquetipo de salvador y protector, lo que quiere es que no lo abandonen, haciéndole

[54] Ibid.

ISBN: 978-628-95101-6-4

cuestionar todo a su entorno, incluyendo amigos, familiares y demás, para que el victimario sea la única persona a la que la víctima pueda recurrir.

Es por todo lo mencionado que es importante entender a la víctima y sus formas de ser disminuida lentamente, pero también se requiere comprender las características de los victimarios, porque nos posibilita analizar rasgos comunes entre ellos y poder anticipar sus esquemas de manipulación sobre las víctimas.

Bajo esta comprensión es que se puede crear un discurso común y elaborar programas de prevención de este tipo de abuso. Dentro de las características más comunes podemos identificar personalidades o rasgos de dominio, poder y validación, donde el victimario se presenta como juez y verdugo. Sus estrategias pueden comenzar como microagresiones sutiles, comentarios insidiosos y bromas constantes, que luego se gradúan hasta que el daño psicológico está profundamente arraigado.

Asimismo, se debe tener un perfil del victimario que posibilite no solo una ayuda a las víctimas, sino que, desde este lenguaje, tanto amigos, familiares como profesionales en ciencias sociales y humanas puedan entender, detectar y buscar anular este tipo de conductas, desenmascarando al agresor. Detrás de todas estas manipulaciones solo oculta inseguridades y miedos aún más arraigados, no justificables, por lo cual hay que erradicarlo desde el conocimiento de fuentes de información válidas.

Es por eso que, a continuación, se describirán en la siguiente tabla los puntos en común de acuerdo con los autores citados:

CARACTERÍSTICAS DE LOS VICTIMARIOS SEGÚN LOS AUTORES

AUTOR	CARACTERISTICAS DE LAS VÍCTIMAS	DESCRIPCIÓN MÁS DETALLADA
ROBIN STERN[55]	Controladores, manipuladores emocionales, buscan desestabilizar a la víctima para mantener poder sobre ella.	**CONTROLADORES**: Los gaslighters buscan dominar y controlar a la víctima, manipulando su entorno emocional y psicológico para asegurarse de que la víctima dependa completamente de ellos. **MANIPULADORES EMOCIONALES:** Utilizan tácticas psicológicas para sembrar dudas en la víctima sobre su percepción, creando una atmósfera en la que la víctima se siente insegura e incapaz de confiar en sí misma. **BUSCAN DESESTABILIZAR:** La meta es desestabilizar psicológicamente a la víctima, para que se cuestione continuamente su juicio y termine cediendo el control al abusador.
DOROTHY P. PARKER[56]	Narcisistas, aisladores, crean una realidad alternativa para confundir y controlar a la víctima.	**NARCISISTAS:** Los gaslighters tienden a ser personas con rasgos narcisistas, con un sentido grandioso de su propia importancia, lo que los lleva a ver a los demás como herramientas para su propio beneficio. **AISLADORES:** Buscan aislar a la víctima de amigos, familiares y cualquier fuente de apoyo externo, reforzando la dependencia emocional y reduciendo las oportunidades de la víctima para obtener ayuda. **CREAN UNA REALIDAD ALTERNATIVA:** Manipulan y distorsionan la información de tal manera que las víctimas no pueden confiar en su propio juicio, creando una realidad paralela en la que solo el abusador tiene razón.
STEPHANIE A. SARKIS[57]	Mentirosos crónicos, negadores, desvían la culpa hacia la víctima, distorsionan la realidad.	**MENTIROSOS CRÓNICOS:** Los gaslighters mienten con frecuencia y de manera compulsiva, incluso cuando no es necesario,

[55] Ibid.
[56] Ibid.
[57] Ibid.

		simplemente para confundir y desorientar a la víctima. **NEGADORES:** Niegan constantemente los hechos, incluso cuando se presentan pruebas claras, lo que socava la confianza de la víctima en sus propias percepciones. **DESVÍAN LA CULPA:** Siempre hacen que la víctima se sienta culpable o responsable de los problemas en la relación, creando una dinámica de poder desigual. **DISTORSIONAN LA REALIDAD:** Modifican los hechos y las conversaciones, creando confusión y llevando a la víctima a cuestionarse si está recordando los eventos correctamente.
ELINOR GREENBERG[58]	Personas con rasgos narcisistas o trastornos de personalidad, buscan reforzar su autoestima a través de la manipulación.	**RASGOS NARCISISTAS O TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:** A menudo, los gaslighters presentan características de personalidad narcisista o antisocial, utilizando la manipulación para satisfacer sus necesidades emocionales y de control. **REFUERZAN SU AUTOESTIMA A TRAVÉS DE LA MANIPULACIÓN:** Estos individuos se sienten fortalecidos al hacer que los demás se sientan débiles o confundidos, lo que les da una sensación de poder y superioridad sobre la víctima.
HILDE LINDEMANN[59]	Invasores de la autonomía, usan la confusión y la duda para debilitar la identidad de la víctima.	**INVASORES DE LA AUTONOMÍA:** Los gaslighters buscan invadir y controlar la autonomía de la víctima, usando tácticas que erosionan su capacidad de tomar decisiones independientes. **CONFUSIÓN Y DUDA:** Utilizan la confusión como una herramienta para desestabilizar emocionalmente a la víctima, creando un entorno donde la víctima no puede confiar en su propio juicio y depende del abusador para obtener claridad. **DEBILITAN LA IDENTIDAD:** Con el tiempo, la víctima comienza a perder su sentido de identidad y autonomía, quedando atrapada

[58] Ibid.
[59] Ibid.

		en un ciclo de dependencia emocional y psicológica.

Tabla 5. Elaboración propia

En este punto, los aspectos en común son manipuladores, controladores, narcisistas o con trastornos de personalidad, mentirosos crónicos. Bajo esta capa, lo único que les interesa es controlar sutilmente a sus víctimas, no de manera desorganizada ni impulsiva, sino todo lo contrario, calculando premeditadamente cada distorsión, cada palabra para crear ese ambiente de confusión y dependencia, generando altos niveles de codependencia.

Ahora, reconocer con ejemplos es necesario porque es tan sutil de detectar que pasa por alto, incluso entre parejas de amigos, quienes no pueden ver que todo este ciclo le ocurre a alguien. Los familiares creen que toda esa sobreprotección es solo una manifestación de amor hacia su ser querido, lo que no posibilita identificar de manera más tangible esas señales que deberían ser de alerta.

Es por eso que en la tabla siguiente veremos esos elementos que se requieren para poder crear herramientas educativas de prevención en la salud. Sin ejemplos, todo parece tan ambiguo y sin sentido, pero la realidad es que es un tema que requiere atenciones urgentes debido a las grandes secuelas emocionales que está generando.

ISBN: 978-628-95101-6-4

EJEMPLOS CLAROS DE GASLIGTING EN VÍCTIMAS

AUTOR	EJEMPLOS CLAROS EN VÍCTIMAS	DESCRIPCIÓN MÁS DETALLADA
ROBIN STERN[60]	El abusador insiste repetidamente en que la víctima "exagera" o "se está volviendo loca" cuando esta expresa sus preocupaciones sobre el abuso.	La víctima expresa su preocupación por sentirse manipulada, pero el gaslighter responde con frases como “Estás exagerando. Te imaginas cosas que no son”. Esto lleva a la víctima a cuestionar si sus emociones y percepciones son válidas o si, en realidad, está perdiendo la razón.
DOROTHY P. PARKER[61]	El abusador cambia constantemente los detalles de una conversación, diciendo "Nunca dije eso", haciendo que la víctima dude de su propia memoria.	El abusador tiene una conversación con la víctima sobre una promesa importante. Días después, cuando la víctima menciona la promesa, el gaslighter responde con “Nunca te dije eso, lo estás inventando”. Este comportamiento repetido causa que la víctima dude de su memoria y confunda la realidad con lo que el abusador le sugiere.
STEPHANIE A. SARKIS[62]	El gaslighter esconde cosas importantes, como las llaves, y luego afirma que la víctima es "olvidadiza" o "descuidada", haciéndola dudar de su capacidad de recordar.	El abusador esconde un objeto personal de la víctima (como sus llaves o su cartera) y luego, cuando la víctima no puede encontrarlo, el gaslighter dice: “Siempre pierdes todo. Deberías ser más organizada”. Este patrón provoca que la víctima crea que es responsable de su supuesta "desorganización" y desconfíe de su capacidad para manejar sus pertenencias.
ELINOR GREENBERG[63]	El gaslighter desacredita los sentimientos de la víctima diciéndole que "está demasiado sensible" o "siempre te inventas cosas", haciéndola sentir culpable por expresar sus emociones.	La víctima expresa sus sentimientos de tristeza o confusión, y el gaslighter responde con frases como "Estás siendo demasiado emocional" o "Siempre te inventas problemas donde no los hay". Este tipo de comentarios invalida las emociones de la víctima y la hace sentir que está equivocada por expresar sus sentimientos.
HILDE LINDEMANN[64]	El gaslighter cuestiona la percepción de la víctima sobre los eventos, diciendo que "eso no pasó", lo que lleva a la víctima a dudar de lo que ha experimentado.	Después de un incidente conflictivo, el gaslighter dice "Eso nunca pasó, lo estás imaginando". La víctima, al escuchar esta negación repetida, comienza a cuestionarse si realmente ocurrió o si está interpretando mal lo que vivió, lo que la lleva a desconfiar de sus propias percepciones de la realidad.

[60] Ibid.
[61] Ibid.
[62] Ibid.
[63] Ibid.
[64] Ibid.

Tabla 6. Elaboración propia.

Como ejemplos en las víctimas, hemos podido entrever que toda gira en torno a la percepción y a afectar la confianza. A través de ciertas estrategias, como negar hechos, cambiar detalles de la conversación y desacreditar emociones en su pareja, lo que se busca es desestabilizarla, haciéndola cuestionar su memoria y su percepción creyendo que debe entrar en la autoculpa, la duda sobre sí misma y pensar que sus demandas son irracionales o que es excesivamente sensible.

Poder identificar con estos ejemplos es crucial para reconocer esas dinámicas abusivas y esos comportamientos sutiles, como si una mariposa cayera en una telaraña de engaños y mentiras. Cuanto más intenta escapar con cada aleteo, más atrapada queda en las manipulaciones.

Ahora no podemos ignorar esos ejemplos característicos de los victimarios, porque tanto un lado como el otro debe ser observado para entender cómo se cae en ese esquema de abuso. A continuación, nos encontraremos con una serie de ejemplos que, a su vez, nos permitirán entender y desenmascarar el ciclo de abuso de manera efectiva.

EJEMPLOS CLAROS EN VICTIMARIOS

AUTOR	EJEMPLOS CLAROS POR EL VICTIMARIO	DESCRIPCIÓN MÁS DETALLADA
ROBIN STERN[65]	El victimario cambia repetidamente los detalles de los eventos, negando haber dicho o hecho algo, a pesar	Durante una discusión, el victimario dice algo hiriente. Días después, cuando la víctima lo confronta, el victimario niega completamente haber dicho algo

[65] Ibid.

ISBN: 978-628-95101-6-4

	de que la víctima lo recuerda claramente.	ofensivo, afirmando: "Nunca dije eso, te lo inventaste". Este tipo de manipulación hace que la víctima dude de sus propios recuerdos y se sienta confundida.
DOROTHY P. PARKER[66]	El victimario dice frases como "Te lo estás imaginando" o "Nunca pasó", a pesar de que la víctima lo presenció, haciendo que la víctima cuestione su memoria.	El victimario le dice a la víctima que “está loca” o que “se está imaginando cosas” cuando la víctima recuerda con claridad una situación incómoda o dañina. Al repetirse esta negación, la víctima comienza a dudar de su propia capacidad de recordar lo que realmente sucedió.
STEPHANIE A. SARKIS[67]	El victimario manipula objetos, como cambiar de lugar las pertenencias de la víctima, y luego afirma que la víctima es "olvidadiza" o "desorganizada".	El victimario cambia intencionalmente de lugar objetos importantes de la víctima, como su teléfono o cartera, y luego, cuando la víctima no puede encontrarlos, dice: “Siempre pierdes todo. ¿Cómo es que no puedes recordar dónde dejas las cosas?”. Esta táctica hace que la víctima se sienta desorientada y confusa.
ELINOR GREENBERG	El victimario desacredita las emociones de la víctima, afirmando que "está exagerando" o que "siempre se inventa problemas", minimizando su dolor emocional.	Cuando la víctima expresa sus sentimientos de tristeza o frustración, el victimario responde diciendo: "Siempre te estás inventando problemas", o "Estás exagerando, no es para tanto". Esta manipulación invalida los sentimientos de la víctima, haciendo que cuestione si tiene derecho a sentirse como se siente.
HILDE LINDEMANN	El victimario utiliza la táctica de negar sistemáticamente los hechos, diciendo "Eso no ocurrió", incluso frente a pruebas claras, sembrando dudas en la víctima.	Durante una conversación, la víctima menciona un incidente doloroso. El victimario responde de manera directa: “Eso nunca ocurrió, estás confundida”. Aunque la víctima tiene pruebas claras del evento, la repetida negación del victimario genera en ella una profunda duda sobre su percepción de la realidad.

Tabla 7. Elaboración propia

Con esta clase de ejemplos, podemos hacer esa radiografía un poco más clara. Esas frases características en los discursos nos permiten ver señales tempranas que

[66] Ibid.
[67] Ibid.

implican la importancia de hacer adecuaciones, poner límites claros o buscar salir del esquema de engaños constantes.

Bajo estas negaciones sistemáticas de afirmaciones como "te lo estás imaginando", "nunca pasó", "estás exagerando", "eres muy sensible", el victimario desvía por completo la responsabilidad de su accionar hacia la víctima, haciéndola sentir vulnerable y completamente desamparada.

Hasta aquí hemos comprendido señales, patrones y rasgos de personalidad, tanto de la víctima como del victimario, pero ahora requerimos conocer esas afectaciones, que desde luego no son imaginarias, y que están condensadas en la tabla siguiente.

AFECTACIONES DE LA VICTIMA

NIVEL DE AFECTACIÓN	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
AFECTACIONES FÍSICAS[68]	El gaslighting genera altos niveles de estrés y ansiedad, lo que afecta negativamente la salud física, derivando en enfermedades crónicas como hipertensión, problemas cardíacos y enfermedades autoinmunes.	**SOMATIZACIÓN:** (dolores de cabeza, fatiga crónica), trastornos del sueño y cambios en patrones de alimentación.
AFECTACIONES PSICOLÓGICAS[69]	La manipulación constante causa un deterioro significativo en la salud mental de la víctima, afectando su percepción de la realidad y su estabilidad emocional.	Trastornos de ansiedad, depresión, duda constante sobre la propia percepción, disociación, paranoia y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

[68] Ver fuentes: Lindemann (2010), Parker (2015), Stern (2018)
[69] Ver fuentes: Parker (2015), Sarkis (2018), Stern (2018)

ISBN: 978-628-95101-6-4

AFECTACIONES EMOCIONALES[70]	El gaslighting erosiona la autoestima y la estabilidad emocional, haciendo que la víctima se desconecte de sus emociones y se sienta culpable o avergonzada.	Pérdida de autoestima, culpa, vergüenza, desconexión emocional, dependencia emocional.
AFECTACIONES ECONÓMICAS[71]	En situaciones de gaslighting, el control financiero se convierte en una herramienta de manipulación, limitando la autonomía económica de la víctima.	Control financiero, dependencia económica, manipulación para dejar el trabajo o no manejar el dinero, negación de acceso a recursos propios.
AFECTACIONES SEXUALES[72]	El gaslighting en la esfera sexual mina la autonomía y los deseos sexuales de la víctima, generando confusión y abuso.	Coerción sexual, desvalorización de los deseos sexuales de la víctima, disfunción sexual (anorgasmia, disfunción eréctil), confusión sobre límites sexuales saludables.
AFECTACIONES SOCIALES[73]	El gaslighting provoca un progresivo aislamiento social de la víctima, ya que el abusador manipula sus relaciones interpersonales para aumentar la dependencia.	**AISLAMIENTO SOCIAL**: la víctima se distancia de su red de apoyo. **DETERIORO DE LAS RELACIONES:** La víctima comienza a desconfiar de su entorno. Percepción distorsionada: La víctima cree que las personas cercanas no son de confianza.
IMPACTO GLOBAL[74]	El gaslighting afecta todas las esferas de la vida de la víctima, creando dependencia emocional, psicológica, económica y sexual hacia el abusador.	La víctima duda de sí misma, sufre trastornos mentales, se aísla de su entorno y depende del abusador en diversas áreas.

Tabla 8. Elaboración propia

Como se ha descrito en la tabla son profundas y muy diferentes las maneras en que este tipo de abuso emocional, esta provocando deterioros importantes en la salud mental de las personas que son víctimas.

[70] Ver fuentes: Lindemann (2010), Sarkis (2018), Stern (2018)
[71] Ver fuentes: Greenberg (2016), Parker (2015), Stern (2018)
[72] Ver fuentes: Stern (2018), Greenberg (2016)
[73] Ver fuentes: Lindemann (2010), Stern (2018), Parker (2015)
[74] Ver fuentes: Lindemann (2010), Parker (2015), Sarkis (2018), Stern (2018), Greenberg (2016)

También se escucha que es un tipo de abuso psicológico menor, cuando puede llevar a desconectarse por completo de la realidad, sufrir intensos episodios de ansiedad y pánico, al punto de que salir de este esquema es tan difícil que le cuesta poder comprender que no es culpable, porque nadie le cree. Esto genera un nivel de sufrimiento tan desgastante que termina, tal como espera el victimario, pensando que es producto de su imaginación y que es afortunada de tener a la pareja que está ahí para cuidarla.

Es por eso que es necesario ampliarlo con este otro cuadro, que nos permite ver las similitudes y diferencias con otros tipos de violencia. Y, así que nos encontramos con esta otra tabla comparativa del gaslighting.

CUADRO COMPARATIVO DEL GASLIGTING CON OTROS TIPOS DE VIOLENCIA

TIPO DE VIOLENCIA	SIMILITUDES CON EL GASLIGHTING	DIFERENCIAS CON EL GASLIGHTING	EJEMPLOS DE GASLIGHTING
VIOLENCIA PSICOLOGICA[75]	Manipulación emocional para confundir a la víctima, desorientarla y hacerla dudar de su propia realidad.	El gaslighting es una forma específica de violencia psicológica que se centra en distorsionar la percepción de la víctima.	Un abusador convence a su pareja de que está "loca" por pensar que él la engaña, cuando en realidad sí lo hace.
VIOLENCIA SIMBÓLICA[76]	Ambas operan de manera sutil y a menudo son difíciles de detectar, ya que manipulan creencias, normas y valores culturales para ejercer poder.	La violencia simbólica es más estructural y está relacionada con la legitimación de la dominación social y cultural, mientras que el gaslighting es más interpersonal.	Un jefe menosprecia sistemáticamente las capacidades de una empleada mujer, haciéndola sentir incompetente, aunque en realidad sus logros son sólidos.

[75] Ver fuentes: Abramson (2014), Dorpat (1996).
[76] Ver fuentes: Bourdieu (1998), Butler (1990).

ISBN: 978-628-95101-6-4

VIOLENCIA FÍSICA[77]	Puede acompañarse de gaslighting, ya que el agresor niega o minimiza el abuso físico, haciendo que la víctima dude de su percepción.	La violencia física es directa y manifiesta; el gaslighting no implica contacto físico, sino manipulación psicológica.	Después de una pelea física, el abusador niega haber golpeado a la víctima y afirma que está exagerando o que "lo imaginó".
VIOLENCIA VERBAL[78]	Ambas utilizan palabras y lenguaje para desestabilizar emocionalmente a la víctima, reducir su autoestima y controlarla.	La violencia verbal se caracteriza más por insultos directos, humillaciones y agresión verbal explícita; el gaslighting es más sutil y busca confundir y controlar la realidad de la víctima.	El agresor constantemente cambia el significado de lo que dijo, negando haber hecho comentarios hirientes, y acusa a la víctima de "escuchar mal".
VIOLENCIA SEXUAL[79]	Puede involucrar gaslighting cuando el abusador niega o minimiza el acto abusivo, o culpa a la víctima por el abuso.	La violencia sexual implica un contacto no consensuado; el gaslighting puede acompañarla, pero no requiere de abuso físico o sexual.	Un abusador sexual niega que una violación haya ocurrido, acusando a la víctima de haber "malinterpretado" la situación.
VIOLENCIA ECONÓMICA[80]	Puede incluir la manipulación para controlar el acceso a recursos financieros y hacer que la víctima dude de su capacidad de manejar sus finanzas.	La violencia económica implica el control material y financiero sobre la víctima; el gaslighting se enfoca en distorsionar la realidad, no solo en el control económico directo.	Un abusador dice que la víctima no sabe manejar el dinero, aunque en realidad es él quien se lo quita y la deja sin recursos.
VIOLENCIA SOCIAL[81]	Ambas pueden aislar a la víctima, hacerle creer que sus relaciones están deterioradas por su culpa y manipular las dinámicas interpersonales.	La violencia social implica aislar a la víctima de sus redes de apoyo, mientras que el gaslighting manipula su percepción de la realidad en general.	El abusador convence a la víctima de que sus amigos y familia la están traicionando o la odian, cuando en realidad es él quien interfiere en esas relaciones.

[77] Ver fuentes: Sweet (2019), Gámez (2020).
[78] Ver fuentes: Rothschild (2020), Sweet (2019).
[79] Ver fuentes: Walker (2009), Gámez (2020).
[80] Ver fuentes: Sharp-Jeffs (2015), Adams et al. (2008).
[81] Ver fuentes: Sweet (2019), Stark (2007).

Tabla 9. Elaboración propia

Hasta aquí hemos podido comprender cómo, con ejemplos, el gaslighting presenta similitudes con otros tipos de violencia, en especial en relación con la manipulación y el dominio sobre la otra persona. En el caso de la violencia simbólica, opera igualmente de manera sutil, manipulando creencias y normas, pero a diferencia de este esquema de abuso, lo que quiere es la distorsión de la realidad.

Por lo que es importante reconocer cómo este tipo de abuso genera grandes impactos con respecto a la salud mental según la OMS, principalmente porque, como desencadenante ya documentado, genera una serie de afectaciones que serán descritas en la tabla siguiente.

CÓMO AFECTA EL GASLIGHTING A LA SALUD MENTAL (SEGÚN LA OMS)

CONSECUENCIAS	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO/DESCRIPCIÓN DETALLADA
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN[82]	Las víctimas de gaslighting a menudo experimentan incertidumbre que erosiona su autoestima, llevando a trastornos de ansiedad y depresión.	La víctima comienza a dudar constantemente de su percepción de la realidad, generando una baja autoestima y un sentimiento de incapacidad para tomar decisiones. Con el tiempo, esto puede provocar una sensación de desesperanza, desencadenando episodios depresivos y ansiedad persistente.
TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)[83]	El gaslighting puede ser tan traumático que las víctimas desarrollan síntomas de	Tras haber sido expuesta a años de manipulación, la víctima puede tener

[82] Dwyer, C. (2020). "The Psychological Impact of Gaslighting." Journal of Mental Health, 29(4), 426-432. DOI: 10.1080/09638237.2020.1764111
[83] Khoshhal, S. et al. (2019). "Gaslighting and PTSD: An Emerging Risk Factor." Trauma, Violence, & Abuse, 20(4), 516-526. DOI: 10.1177/1524838017739005

	TEPT, como flashbacks, pesadillas y dificultades para concentrarse.	flashbacks de momentos de abuso, reviviendo las sensaciones de miedo y confusión. Las pesadillas relacionadas con el trauma pueden interrumpir su sueño, y la víctima podría sentirse constantemente en alerta, como si estuviera esperando una nueva agresión.
AISLAMIENTO SOCIAL[84]	Las víctimas suelen experimentar aislamiento social, sintiéndose avergonzadas o culpables. El abusador intenta controlar a la víctima, alejándola de sus seres queridos.	La víctima puede comenzar a distanciarse de sus amigos y familiares, ya que el abusador le hace creer que las personas cercanas no son de confianza o no la comprenden. Esto, a su vez, refuerza la dependencia emocional hacia el abusador, dejando a la víctima sin una red de apoyo social.
SUICIDIO[85]	En los casos más graves, el gaslighting puede llevar a las víctimas a contemplar o cometer suicidio, sintiéndose desesperadas y sin salida.	El nivel de manipulación puede ser tan devastador que la víctima llega a sentir que no tiene ninguna salida o posibilidad de liberarse de la situación. Este grado extremo de desesperanza puede llevar a pensamientos suicidas, ya que la víctima cree que el único escape de su dolor es acabar con su vida.

Tabla 10. Elaboración propia

Con todo esto se puede comprender cuán arduas son las consecuencias en la salud mental, dejando claramente expuesta a la víctima a todo tipo de manipulaciones, chantajes emocionales y engaños, confundiendo su realidad y desencadenando más de un trastorno.

[84] Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2018). "The Impact of Gaslighting on Relationships: A Study of Victims." Journal of Family Issues, 39(5), 1209-1230. DOI: 10.1177/0192513X17728747

[85] Joiner, T. E. (2019). "The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior." Psychological Review, 126(1), 1-24. DOI: 10.1037/rev0000126

Pero también es indispensable reconocer cuánto tiempo tiene una víctima para poder pedir ayuda frente a esas consecuencias a corto, mediano y largo plazo, y aunque son medidas generales, debemos entender que cada caso puede variar tanto en consecuencias como en lapsos, dejando una vez más en evidencia el daño causado.

CONSECUENCIAS A CORTO MEDIANO Y LARGO PLAZO

PLAZO	CONSECUENCIA	DESCRIPCIÓN
CORTO PLAZO[86]	**CONFUSIÓN COGNITIVA** **ANSIEDAD AGUDA**	Las víctimas pueden experimentar confusión y dificultad para concentrarse, lo que impacta su capacidad para tomar decisiones y realizar tareas cotidianas. Sentimientos de ansiedad intensa pueden surgir, ya que las víctimas se sienten inseguras en su entorno y cuestionan su percepción de la realidad.
MEDIANO PLAZO[87]	**DEPRESIÓN** **TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)**	La acumulación de experiencias de gaslighting puede llevar a síntomas de depresión, como pérdida de interés en actividades y disminución de la autoestima. Las víctimas pueden desarrollar TEPT debido a la naturaleza traumática del gaslighting, experimentando flashbacks y pesadillas.
LARGO PLAZO[88]	**AISLAMIENTO SOCIAL** **RIESGO DE SUICIDIO**	Con el tiempo, las víctimas pueden aislarse socialmente, sintiéndose incapaces de mantener relaciones saludables debido a la desconfianza y el temor. Las consecuencias prolongadas del gaslighting pueden aumentar

[86] Dwyer, C. (2020). "The Psychological Impact of Gaslighting." Journal of Mental Health, 29(4), 426-432. DOI: 10.1080/09638237.2020.1764111

[87] Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2018). "The Impact of Gaslighting on Relationships: A Study of Victims." Journal of Family Issues, 39(5), 1209-1230. DOI: 10.1177/0192513X17728747. Trauma, Violence, & Abuse, 20(4), 516-526. DOI: 10.1177/1524838017739005. Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2018). "The Impact of Gaslighting on Relationships: A Study of Victims." Journal of Family Issues, 39(5), 1209-1230. DOI: 10.1177/0192513X17728747

[88] Joiner, T. E. (2019). "The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior." Psychological Review, 126(1), 1-24. DOI: 10.1037/rev0000126. Joiner, T. E. (2019). "The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior." Psychological Review, 126(1), 1-24. DOI: 10.1037/rev0000126

		significativamente el riesgo de suicidio, ya que las víctimas sienten desesperación y falta de apoyo.

Tabla 11. Elaboración propia.

A continuación, se puede comparar estas mismas consecuencias a nivel físico, psicológico, emocional, social, sexual, económico, con la siguiente tabla resaltando la parte cognitiva a corto, mediano y largo plazo en cada una de ellas. Ya que podemos identificar los procesos mentales afectados, patrones de pensamiento negativo, posibles estrategias de intervención, intervención en su autonomía, entre otras.

TIPOS DE CONSECUENCIAS

TIPO DE CONSECUENCIA	CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO	LARGO PLAZO
FÍSICAS[89]	Fatiga y tensión muscular La activación constante del sistema nervioso puede generar tensión muscular y fatiga. **A NIVEL COGNITIVO:** La fatiga puede llevar a dificultades en la concentración y la toma de decisiones.	Problemas de sueño La ansiedad y el estrés pueden interferir con los patrones de sueño, llevando a insomnio o trastornos del sueño. **A NIVEL COGNITIVO**: La falta de sueño afecta la memoria, la atención y la capacidad de resolución de problemas	Enfermedades crónicas (como hipertensión) La exposición prolongada al estrés puede contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas. **A NIVEL COGNITIVO:** Las enfermedades crónicas pueden provocar un ciclo de preocupación y ansiedad que deteriora la función cognitiva.

[89] Enfermedades crónicas (como hipertensión) American Psychological Association. (2017). Stress effects on the body. https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2017/effects-body Consultada (18/08/2024) y, McEwen, B. S. (2006). Understanding the Effects of Stress on Body and Mind. Annals of the New York Academy of Sciences.

PSICOLÓGICAS [90]	Confusión cognitiva La manipulación emocional puede causar desorientación y confusión en la percepción de la realidad. **A NIVEL COGNITIVO**: Esto puede llevar a dificultades para procesar información y tomar decisiones adecuadas.	Depresión y ansiedad Las víctimas pueden desarrollar trastornos del estado de ánimo como consecuencia del abuso psicológico. **A NIVEL COGNITIVO:** La depresión afecta negativamente la atención, la memoria y la motivación, dificultando el funcionamiento diario.	Trastornos de estrés postraumático (TEPT) Las experiencias traumáticas pueden llevar al desarrollo de TEPT, caracterizado por re-experimentación del trauma, evitación y alteraciones en el estado de ánimo. **A NIVEL COGNITIVO:** Los síntomas de TEPT pueden interferir con la memoria y el aprendizaje, y la re-experimentación puede alterar la percepción del tiempo y la realidad.
EMOCIONALES[91]	Ansiedad intensa La manipulación puede causar episodios de ansiedad y miedo. **A NIVEL COGNITIVO:** La ansiedad puede interferir en la claridad de pensamiento y aumentar la autoevaluación negativa.	Sentimientos de desamparo Las víctimas pueden sentirse impotentes y sin control sobre su vida. **A NIVEL COGNITIVO:** Esta sensación puede llevar a la pasividad y a la creencia de que no se pueden cambiar las circunstancias.	Pérdida de confianza en uno mismo El abuso prolongado puede resultar en una autopercepción negativa y falta de autoestima. **A NIVEL COGNITIVO**: La disminución de la autoconfianza puede llevar a una mayor dependencia del victimario y a una menor capacidad para tomar decisiones autónomas.

[90] Reddy, R. (2020). The impact of emotional abuse on mental health. Journal of Clinical Psychology, 76(5), 803-810. https://doi.org/10.1002/jclp.22951 Consultada (18/08/2024) y, American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-5).

[91] Koss, M. P., & Oros, C. J. (1982). Sexual experiences survey: Reliability and validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50(3), 455. https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.3.455 Consultado (18/08/2024)

SOCIALES[92]	Aislamiento temporal La manipulación puede llevar a la víctima a distanciarse de amigos y familiares. **A NIVEL COGNITIVO**: Este aislamiento puede limitar las perspectivas y recursos disponibles para la víctima, dificultando la búsqueda de ayuda.	Dificultades en relaciones interpersonales La falta de confianza y la ansiedad pueden afectar la calidad de las relaciones. **A NIVEL COGNITIVO**: La dificultad para establecer vínculos saludables puede perpetuar patrones de comportamiento disfuncionales.	Aislamiento social prolongado Las víctimas pueden experimentar una desconexión continua de sus redes sociales, lo que dificulta la recuperación. **A NIVEL COGNITIVO:** La falta de apoyo social puede aumentar la percepción de soledad y desesperanza, lo que afecta aún más la salud mental.
SEXUALES[93]	Disminución del deseo sexual La ansiedad y la tensión pueden afectar el interés en la actividad sexual. **A NIVEL COGNITIVO:** La disminución del deseo puede estar relacionada con la percepción negativa de uno mismo y la relación.	Problemas de intimidad La desconfianza y el miedo pueden dificultar la conexión íntima con la pareja. **A NIVEL COGNITIVO:** Los problemas de intimidad pueden estar vinculados a la falta de comunicación y a la percepción errónea de las intenciones de la pareja.	Trastornos sexuales persistentes El trauma puede llevar a problemas sexuales a largo plazo, incluyendo disfunción sexual. **A NIVEL COGNITIVO**: La disfunción sexual puede estar relacionada con pensamientos intrusivos y recuerdos de experiencias traumáticas.

[92] Riggs, S., & Gunter, K. (2018). The effects of emotional abuse on social relationships. Psychology of Women Quarterly, 42(2), 207-219. Consultada (18/08/2024) y, Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and future directions. Journal of Abnormal Child Psychology.y, Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. Annual Review of Psychology.

[93] Litz, B. T., & Schlenger, W. E. (2009). The relationship between sexual abuse and sexual dysfunction in adults. Journal of Interpersonal Violence, 24(3), 473-490. https://doi.org/10.1177/0886260508319213 Consultada (18/08/2024) y, Shindel, A. W., & Naughton, C. K. (2009). Sexual dysfunction in men: a review of the impact of sexual abuse. The Journal of Sexual Medicine.

ECONÓMICAS[94]	Dificultades financieras temporales El estrés y la manipulación pueden afectar la capacidad de trabajo y la gestión de finanzas. **A NIVEL COGNITIVO**: Las dificultades financieras pueden llevar a un aumento de la ansiedad y preocupaciones sobre el futuro.	Pérdida de empleo o inestabilidad laboral La ansiedad y el estrés pueden resultar en un rendimiento laboral deficiente, aumentando el riesgo de despido. **A NIVEL COGNITIVO:** La inestabilidad laboral puede afectar la autoconfianza y la percepción de las habilidades personales.	Dependencia económica de la pareja abusiva El abuso puede crear una dinámica en la que la víctima se vuelve económicamente dependiente de su pareja, limitando su autonomía. **A NIVEL COGNITIVO**: La dependencia económica puede perpetuar la sensación de impotencia y la dificultad para tomar decisiones que favorezcan la autonomía.

Tabla 12. Elaboración propia

Tanto la tabla 11 como la tabla 12 nos muestran las diferentes consecuencias y en diversas áreas de afectación, como el nivel de estrés constante y la presión psicológica. Pero, sobre todo, lo relacionado con el nivel cognitivo, que es uno de los que queda más expuestos.

Mientras el tiempo avanza, cada consecuencia puede volverse cada vez más grave, y por eso es importante revisar las estrategias psicológicas. Aunque no se profundiza, se puede iniciar esta labor para desarrollarlo.

[94] Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. Trauma, Violence, & Abuse, 10(3), 225-246. https://doi.org/10.1177/1524838009339754 Consultada (18/08/2024) y, Phelan, S. K., & Link, B. G. (2004). The role of social factors in the relationship between mental illness and homelessness. The Journal of Social Issues.

ISBN: 978-628-95101-6-4

ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS

ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN
EDUCACIÓN SOBRE GASLIGHTING[95]	Ayuda a las víctimas a identificar y cambiar patrones de pensamiento distorsionados que pueden haber sido implantados por el abusador.
FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA[96]	Las intervenciones que fomentan la autoestima ayudan a las víctimas a recuperar su confianza y sentido de identidad.
RED DE APOYO SOCIAL	Fomentar relaciones con amigos y familiares que validen las experiencias de la víctima y le brinden apoyo emocional.
TÉCNICAS DE ASERTIVIDAD	Enseñar habilidades de comunicación asertiva puede ayudar a las víctimas a expresar sus sentimientos y establecer límites claros.
MINDFULNESS Y TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	Técnicas de mindfulness y relajación pueden ayudar a las víctimas a manejar el estrés y la ansiedad resultantes del gaslighting.

Tabla 13. Elaboración propia.

Con cada una de ellas encontramos esa estrategia que sensibiliza la información para que las personas, de manera preventiva, tengan conocimiento y así puedan detectar las señales para evitar estos tipos de abusos, y en caso de tratamiento, con un especialista en temas de traumas.

Es por eso que el gaslighting es como ese laberinto donde los espejos son deformes, porque la víctima se ve cada día afectada en un mar de mentiras y dudas, eso ha sido más que reiterado de manera insistente, llevándola a cuestionar su cordura, donde constantemente se cuestiona lo que es real y lo que no, donde su verdadera

[95] Khoshhal, S., et al. (2019). "Gaslighting and PTSD: An Emerging Risk Factor." Trauma, Violence, & Abuse.
[96] Beck, J. S. (2011). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Guilford Press.

humanidad es negada y su valor es arrebatado por otra persona, que en este caso es su pareja.

Principalmente, porque no puede dejar de verla como se plantea al principio sobre el amor, de acuerdo con Fromm, E., como un objeto, una posesión de este victimario, que puede hacer a su antojo, reduciéndola a solo ser una sombra que no tiene voluntad por sí misma, y donde pierde sus sueños, aspiraciones, límites y esencia de identidad, dejándola completamente vulnerable a todo tipo de abusos continuos.

En este caso, ese grito o voz silenciosa de estas personas que son víctimas por sus parejas de gaslighting requieren más que justicia, en especial en un mundo donde su dolor continúa sin ser considerado, donde sus consecuencias son atroces y se enfrentan a la invisibilización de su situación, a muchos estigmas e incomprensión de quienes les rodean. Porque en ese contexto solo se oculta violencia, entendiendo que ese es el significado de un amor incondicional, lleno de renuncias y tributos para la otra persona.

Es por eso que Fromm, E., en su libro El arte de amar, nos deja un gran mensaje: el amor no es tan espontáneo, requiere tiempo, dedicación, esfuerzo, pero sobre todo un entendimiento de que primero viene desde su ser, en reconocimiento del otro, no desde las carencias ni traumas, y que se debe enfatizar en la importancia de preservar y mantener relaciones basadas en una escucha activa, empatía, pero sobre todo autenticidad, sin perder su dignidad ni despojar a nadie de lo mismo. Pues, en este sentido, un amor auténtico es el mejor antídoto contra cualquier manipulación y

ISBN: 978-628-95101-6-4

deshumanización, recordando que todo es un proceso de construcción y crecimiento compartido.

DISCUSIÓN: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Podemos encontrarnos con lo siguiente:

LA VERDAD EN EL DESARROLLO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES: A través de este tipo de abuso psicológico, vemos cómo la manipulación puede llegar a poner en tela de juicio su cordura y todas sus sensaciones y experiencias. Pues bajo este criterio, entendemos que hay que resaltar la importancia de la salud mental, las relaciones basadas en la autenticidad, la empatía y el respeto, porque de lo contrario caen bajo el velo de la distorsión, perdiendo su validación y siendo sometidas.

EL AMOR COMO FUERZA TRANSFORMADORA: Hay que aceptar que, en su obra El arte de amar, Fromm, E. nos muestra que un amor verdadero proviene del reconocimiento del fortalecimiento de la humanidad, donde debemos construir la autoestima, la importancia de reconocer ese sentido de identidad y aceptar que se deben mantener relaciones constructivas y saludables. No estamos preparadas para amar si primero no sabemos lo que es eso en nosotras mismas, para poder encontrar un equilibrio con otra persona que quiera recorrer ese camino sin dejar de ser, pero en apoyo y crecimiento constante, sosteniendo la mano, pero aceptando que también puede ser vulnerable, porque es parte de su esencia.

LIMITACIONES:

COMPRENSIÓN Y FALTA DE RECONOCIMIENTO: Aun cuando se conoce esta información en ambientes académicos, se sigue minimizando los verdaderos impactos y heridas causadas en las víctimas, que conciben que estos tipos de trato son justificables o pueden ser modificados con el tiempo. Uno de los mitos es creer que se puede cambiar a esa otra persona o moldearla a imagen y semejanza de con quien comparte. Bajo estos argumentos, solo tejemos inseguridades, resentimiento, frustración, desvalorización de la otra persona y posesividad, aumentando las malas comunicaciones, el aislamiento y los daños posteriores. Esta es una limitante, porque consideramos que no es tan complicado, pero sí lo es. Todo lo que implique un daño a corto, mediano o a largo plazo, una comunicación tergiversada que conlleve al menoscabo de la otra persona o su deterioro cognitivo de la realidad o sentido de valía debe ser tratado con urgencia, porque es definitivamente perjudicial, dejando secuelas irreparables.

DIFICULTADES PARA EL ACCESO A RECURSOS QUE APOYEN LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL Y POBLACIÓN EN GENERAL: Víctimas de estos esquemas puede haber muchas en las calles, en los colegios, donde creen que en sus primeras interacciones con el otro se permiten tales transgresiones, aunque sean verbales sigue siendo violencia.

LA AUSENCIA DE PONER LÍMITES: Son necesarias para no caer en el vacío frente a una persona que desconocemos, solo por un sentimiento. La selectividad al saber que, más allá de un sentimiento, lo más importante es su sentido de valía, y la falta de información confiable sigue siendo una constante que circula sin aviso, permitiendo

ISBN: 978-628-95101-6-4

concebir que no importa cómo le traten, siempre y cuando le amen. Bajo ese imaginario, cualquier cosa puede ocurrir.

SUGERENCIAS:

PROGRAMAS DE COMUNICACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL TEMA: Se requiere entender que es primordial fortalecer una serie de elementos en el ser, pero también se debe conocer cómo funciona este esquema de comunicación, manipulación y engaño, para no permitir revictimizaciones en bucles porque conciben que esta es la única manera de ser correspondidas.

APOYO A LAS VÍCTIMAS: Con un conocimiento claro es que aprendemos a detectar señales en nuestros entornos, tanto cercanos como lejanos, y podemos estar atentas a las personas para que no sean víctimas y encuentren ayuda o personal capacitado para ello. Es importante insistir que, una vez víctima, debe iniciar un proceso terapéutico con un experto o especialista en traumas.

REDES DE APOYO: Insistir en que haya programas no solo de concienciación sobre el tema, sino también servicios de salud mental, grupos de apoyo y recursos para las víctimas de estos abusos. Parte de su recuperación es aprender a confiar en otros, y su seguridad está muy expuesta y frágil, por lo que requiere mucha comprensión, reconstruir su autoestima y entender la importancia de las relaciones sanas y las comunicaciones constructivas.

REFERENCIAS

LIBROS Y ARTÍCULOS ACADÉMICOS:

Abramson, K. (2014). Turning up the lights on gaslighting. Philosophical Perspectives.

Adams, A. E., Sullivan, C. M., Bybee, D., & Greeson, M. R. (2008). Development of the scale of economic abuse. Violence Against Women.

Adler, R. B., & Rodman, G. (2009). Understanding human communication. Oxford University Press.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-5).

Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Guilford Press.

Bourdieu, P. (1998). Masculine domination. Stanford University Press.

Brown, B. (2010). The gifts of imperfection: Let go of who you think you’re supposed to be and embrace who you are. Hazelden Publishing.

Butler, J. (1990). Gender trouble: Feminism and the subversion of identity. Routledge.

Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and future directions. Journal of Abnormal Child Psychology.

Dorpat, T. L. (1996). Gaslighting, the double whammy, interrogation, and other methods of covert control in psychotherapy and analysis.

Dwyer, C. (2020). The psychological impact of gaslighting. Journal of Mental Health, 29(4), 426-432. https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1764111

Fromm, E. (1956). El arte de amar. Paidós.

Fromm, E. (1973). Anatomía de la destructividad humana. Siglo XXI.

Fromm, E. (1978). Lo inconsciente social. Paidós.

Fromm, E. (1964). El corazón del hombre: Su potencial para el bien y para el mal. Fondo de Cultura Económica.

Fromm, E. (1978). El amor a la vida. Paidós.

Gámez, E. (2020). Manipulación psicológica y violencia simbólica: Un análisis del gaslighting. Revista de Psicología Social.

Greenberg, E. (2016). Borderline, narcissistic, and schizoid adaptations: The pursuit of love, admiration, and safety. Green Institute Press.

Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2018). The impact of gaslighting on relationships: A study of victims. Journal of Family Issues, 39(5), 1209-1230. https://doi.org/10.1177/0192513X17728747

Joiner, T. E. (2019). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. Psychological Review, 126(1), 1-24. https://doi.org/10.1037/rev0000126

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delta.

Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. Annual Review of Psychology.

Khoshhal, S., et al. (2019). Gaslighting and PTSD: An emerging risk factor. Trauma, Violence, & Abuse, 20(4), 516-526. https://doi.org/10.1177/1524838017739005

Koss, M. P., & Oros, C. J. (1982). Sexual experiences survey: Reliability and validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Lindemann, H. (2010). Holding and letting go: The social practice of personal identities. Oxford University Press.

McEwen, B. S. (2006). Understanding the Effects of Stress on Body and Mind. Annals of the New York Academy of Sciences.

Parker, D. P. (2015). Gaslighting in relationships: How to recognize emotional manipulation and recover from toxic abuse. New Horizons.

Phelan, S. K., & Link, B. G. (2004). The role of social factors in the relationship between mental illness and homelessness. The Journal of Social Issues.

Sarkis, S. A. (2018). Gaslighting: Recognize manipulative and emotionally abusive people—and break free. Da Capo Press.

Sharp-Jeffs, N. (2015). A review of research and policy on financial abuse within intimate partner relationships. London Metropolitan University.

Shindel, A. W., & Naughton, C. K. (2009). Sexual dysfunction in men: a review of the impact of sexual abuse. The Journal of Sexual Medicine.

Stark, E. (2007). Coercive control: How men entrap women in personal life. Oxford University Press.

Stern, R. (2018). The gaslight effect: How to spot and survive the hidden manipulation others use to control your life. Harmony.

Sweet, P. L. (2019). The sociology of gaslighting. American Sociological Review.

Rothschild, D. (2020). Gaslighting in relationships: How to recognize manipulation and get out.

Walker, L. (2009). The battered woman syndrome. Springer Publishing Company.

FUENTES EN LÍNEA:

American Psychological Association. (2017). Stress effects on the body. https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2017/effects-body consultada (18/08/2024)

Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. Trauma, Violence, & Abuse, 10(3), 225-246. https://doi.org/10.1177/1524838009339754 consultada (18/08/2024)

Koss, M. P., & Oros, C. J. (1982). Sexual experiences survey: Reliability and validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50(3), 455. https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.3.455 consultada (18/08/2024)

Pan American Health Organization. (2020). Violence prevention: The evidence. https://www.paho.org/en/documents/violence-prevention-evidence

World Health Organization. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018. https://www.who.int/publications/i/item/9789240060525

Real Academia Española. (s.f.). Gaslighting. En Diccionario panhispánico de dudas. Recuperado de https://www.rae.es/dpd/gaslighting

Reddy, R. (2020). The impact of emotional abuse on mental health. Journal of Clinical Psychology, 76(5), 803-810. https://doi.org/10.1002/jclp.22951

Riggs, S., & Gunter, K. (2018). The effects of emotional abuse on social relationships. Psychology of Women Quarterly, 42(2), 207-219.

https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/microagresiones#tipos Consultada (18/082024)

ISBN: 978-628-95101-6-4

RESEÑA AUTORA

LILIANA ANDREA CALDERÓN GARZÓN

Psicóloga, consultora internacional y conferencista con una trayectoria sólida en diversas áreas de la psicología y la educación. Ha desarrollado estudios especializados en igualdad de género, derechos humanos, cyberbullying y políticas ambientales, con una clara orientación hacia temas sociales de gran relevancia global. Posee una especialización en docencia superior y es reconocida por su experiencia. Asimismo, ha profundizado en la psicología del pensamiento y los métodos de investigación, campos en los que ha aportado significativamente tanto en la teoría como en la práctica.

Su formación académica incluye una maestría en educación y un máster en inteligencia emocional, lo que la ha capacitado para abordar el proceso educativo desde una perspectiva emocional y cognitiva. Actualmente, es candidata a Doctora en Educación.

OBRAS: Es autora de numerosos libros, entre ensayos académicos, literarios y poesía entre los que destacan Entre líneas, Viviendo entre el miedo, Una carta, Cuando una mano no basta, Creencias vs realidad (Reconociendo lo involuntario del inmigrante), Psicologizando, Solo palabras indeterminado, categórico y sin sentido entre otros. Sus obras abarcan una amplia gama de temas, desde la psicología hasta la educación y el análisis de las emociones humanas, la comunicación con un toque de filosofía y comunicación.

ARTÍCULOS ACADÉMICOS: Entre 2019 y 2023, ha publicado artículos académicos que abordan temas como la psicología del voto, Máscaras y arquetipos, Educándonos para la sexualidad 2.0, y Legitimando el placer sexual en la vejez. Otros temas clave incluyen el análisis de la salud mental desde distintas perspectivas, como: El olvido y el silencio y Nociones al paradigma de la salud mental. En 2021, publicó trabajos como: El silencio en pandemia y En búsqueda de las subjetividades: educación para la salud mental, los cuales reflejan su interés en las interrelaciones entre la salud mental y el entorno social.

Su producción académica anterior, desde 2010 hasta 2018, incluye artículos enfocados en la educación y el desarrollo humano, como: Pedagogía de la ternura, Por una educación sin disparidad y Delimitando el bullying y sus representaciones. En este periodo también exploró la xenofobia, el mobbing, la trata de personas y la deshumanización hospitalaria, destacando en su análisis de temas complejos y multidimensionales como el tráfico humano y las implicaciones de la violencia estructural en la salud mental y la educación.

AUTORA: Sin Espejos Ni Pretensiones. Plataformas: YouTube, Spotify. Amazon music. Apple podcast

Un espacio dedicado a la reflexión sobre temas como la psicología, la educación, la salud mental, la justicia social y los derechos humanos, en el que se abordan de manera crítica y accesible cuestiones complejas que afectan a la sociedad actual. El podcast fomenta la discusión abierta y sin filtros, con un enfoque en la empatía, el aprendizaje y la inclusión.

ISBN: 978-628-95101-6-4

ANEXO 1.

Chester M. Pierce inventó el término microagresión en 1970, como una manera de describir los insultos sutiles y las habladurías que los afroamericanos experimentaban regularmente.

Actualmente, las personas pueden dirigir las microagresiones hacia cualquier grupo marginado. Un grupo marginado incluye “personas, grupos o poblaciones fuera de la ‘sociedad predominante’, que vive al margen de aquellos en el centro del poder, el dominio cultura y el bienestar económico y social”.

Los grupos pueden experimentar marginación debido a su raza, género, religión u orientación sexual.

TIPOS

El Psicólogo Derald Wing Sue y sus colegas definieron tres tipos de microagresión:

MICROATAQUES: Un microataque es cuando una persona se comporta intencionalmente de forma discriminatoria, aunque no pretenda ser ofensivo. Un ejemplo de un microataque es una persona que cuente un chiste racista y luego diga, “solo estoy bromeando”.

MICROINSULTOS: Un microinsulto es un comentario o acción que es discriminatoria accidentalmente. Por ejemplo, esta podría ser una persona que dice a un médico indio, “tu gente debe sentirse orgullosa”.

MICROINVALIDACIONES: Una microinvalidación es cuando el comentario de una persona invalida o menosprecia las experiencias de cierto grupo de personas. Un ejemplo de una microinvalidación sería que una persona blanca le diga a una persona negra que “el racismo no existe en la sociedad actual”.

Usualmente es evidente cuando alguien está siendo discriminatorio, como cuando usan un insulto racial. Sin embargo, puede ser difícil identificar una microagresión. Es posible que la persona que usa la microagresión ni siquiera se dé cuenta que lo que está diciendo lastima a alguien.

DIFERENTES FORMAS DE MICROAGRESIÓN

Las microagresiones pueden tomar formas distintas. Pueden ser:

VERBALES: Una microagresión verbal es un comentario o pregunta que causa dolor o estigmatización a cierto grupo de personas marginado. Por ejemplo, decir, “eres demasiado inteligente para ser mujer”, esa sería una microagresión verbal.

CONDUCTUALES: Una microagresión conductual ocurre cuando alguien se comporta de manera que lastima o discrimina a cierto grupo de personas. Un ejemplo de una microagresión conductual podría ser que un cantinero ignore a una persona transgénero y en su lugar atender primero a una persona cisgénero (alguien cuyo sexo biológico coincide con su identidad de género).

ISBN: 978-628-95101-6-4

AMBIENTALES: Una microagresión ambiental es cuando ocurre una discriminación sutil dentro de la sociedad. Un ejemplo de una microagresión ambiental sería un campus universitario que tiene edificios solo con nombres de personas blancas.

EJEMPLOS

Existen muchos ejemplos de la vida diaria sobre las microagresiones. Las personas pueden atacar a otras con microagresiones debido a su raza, género, orientación sexual, religión, clase, discapacidad, salud mental, peso o edad, entre otros factores.

En 2018, la Universidad Estatal de Manhattan realizó un estudio sobre las microagresiones en el lugar de trabajo. Los investigadores determinaron que el 73 por ciento de las mujeres que trabajaban en los campos de la ciencia, tecnología, ingeniería o matemáticas experimentó al menos una forma de cosificación sexual.

Algunos otros ejemplos de microagresiones incluyen:

- Tratar a una persona como ciudadano de segunda clase debido a su género, raza u orientación sexual
- Halagar a una persona que nació y creció en Estados Unidos con su acento, simplemente porque no es blanca
- Decirle a una persona delgada que debería comer más
- Asumir cosas sobre personas con base en su religión, edad o clase
- No usar los pronombres de preferencia de una persona transgénero deliberadamente

- Subrepresentar diferentes razas, sexualidades y discapacidades en los medios de comunicación
- No estar dispuesto a considerar como nombres ofensivos los nombres de equipos deportivos estereotípicos derogatorios
- Usar terminología obsoleta u ofensiva, como “es tan homosexual”
- Considerar que ciertas personas son más valiosas que otras con base en su etnia, clase o sexualidad

ISBN: 978-628-95101-6-4

LA EVALUACIÓN SOBRE EL ACOSO Y HOSTIGAMIENTO SEXUAL HACIA LA MUJER EN EL ÁMBITO DEPORTIVO

THE EVALUATION OF SEXUAL HARASSMENT AND HARASSMENT TOWARDS WOMEN IN THE SPORTS FIELD

Minerva Vanegas-Farfano
Universidad Autónoma de Nuevo León
México

Investigación Mixta

RESUMEN

Introducción. El acoso y hostigamiento sexual (AHS) en el ámbito deportivo es una preocupación actual a nivel nacional como internacional que, si bien se visibiliza, poco es conocido en cuanto a sus alcances y repercusiones. Esta problemática en sus estudios más recientes señala la presencia de disparidades en el reconocimiento de lo que puede o no ser catalogada como una conducta de acoso u hostigamiento. El objetivo del presente estudio se centra la fase de validación de contenido de la construcción de un instrumento para la evaluación del AHS hacia la mujer en el ámbito deportivo en

México. Método. Estudio cuantitativo de tipo instrumental del cual se presentan los resultados de la primera fase correspondiente a la delimitación conceptual del constructo a evaluar. Participaron tres juezas, expertas en el área de la psicología del deporte, intervención con perspectiva de género y perito en el área de victimología. Se sometió a su valoración el cuestionario de Experiencias Sexuales (Sexual Experiences Questionnaire, SEQ; Fitzgerald et al.,1999) de quince ítems centrados en las subescalas de acoso de género, atención sexual no solicitada y coerción social para valorar su claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Se agregó una pregunta abierta para la obtención de sugerencias de ítems. En cuanto a su análisis se hizo una revisión del grado de acuerdo entre las jueces mediante la V de Aiken, en donde se tomó como criterio la retención de aquellos ítems que presentasen un h>.7. *Resultados.* El análisis de los ítems incluyó valores dentro de un rango de h=.52 a .99. Su interpretación dio pie a que se conservasen siete ítems, los cuales pertenecen a las tres subescalas del instrumento inicial. El análisis de la pregunta abierta señaló la necesidad de incluir preguntas orientadas a la perfilación de víctimas y agresores. *Conclusiones.* Uno de los retos para el apoyo a víctimas de AHS en el ámbito deportivo es la falta de instrumentos que permitan conocer el grado de extensión del problema, así como los perfiles demográficos de víctimas y agresores. La presente investigación se centra en la primera fase para el desarrollo de un cuestionario que permita la valoración de conductas reconocidas como indicadores de AHS en el ámbito deportivo. El desarrollo de instrumentos avalados por expertos permite su exploración en aras de la prevención, el tratamiento y apoyo a la visibilización de esta problemática.

ISBN: 978-628-95101-6-4

PALABRAS CLAVES

Acoso sexual; Hostigamiento sexual, Mujer, Ámbito deportivo, Diseño instrumental

ABSTRACT

Introduction. Abuse and sexual harassment (ASH) in the sports field is a current concern at a national and international level that, although it is visible, little is known regarding its scope and repercussions. This problem in its most recent studies indicates the presence of disparities in the recognition of what may or may not be classified as harassing behavior. The aim of the present study focuses on the content validation phase of the construction of an instrument for the evaluation of ASH towards women in the sports field in Mexico. Method. Quantitative instrumental study of which the results of the first phase corresponding to the conceptual delimitation of the construct to be evaluated are presented. Three judges participated, experts in the field of sports psychology, intervention with a gender perspective and an expert in the field of victimology. The Sexual Experiences Questionnaire (SEQ; Fitzgerald et al., 1999) includes fifteen items focused on the subscales of gender harassment, unsolicited sexual attention and social coercion was submitted for evaluation to assess its clarity, coherence, relevance and sufficiency. An open question was added to obtain item suggestions. Regarding its analysis, a review was made of the degree of agreement between the judges using Aiken's V, where the retention of those items that presented an h>.7 was taken as a criterion. Results. The analysis of the items included values within a range of h=.52 to .99. Its interpretation led

to seven items being retained, which belong to the three subscales of the initial instrument. The analysis of the open question pointed out the need to include questions aimed at profiling victims and aggressors. Conclusions. One of the challenges for supporting victims of ASH in the sports field is the lack of instruments that allow us to know the extent of the problem, as well as the demographic profiles of victims and aggressors. The present research focuses on the first phase for the development of a questionnaire that allows the assessment of behaviors recognized as indicators of ASH in the sports field. The development of instruments endorsed by experts allows their exploration for the sake of prevention, treatment and support for making this problem visible.

KEYWORDS

Sexual abuse; Sexual harassment, Women, Sports field, Instrumental design.

INTRODUCCIÓN

En el deporte, se conoce como violencia sexual cualquier comportamiento sexual no deseado que puede, desde ser una manifestación sexual hasta un contacto físico considerado legalmente como violación (Sáenz-Olmedo, Iturricastillo, A., Fernández-Lasa, U., Fernández, N., Eizaguirre, O. y Usabiaga, O. 2024). En este ámbito, el acoso y el hostigamiento sexual son formas de violencia hacia la mujer, que a partir del movimiento #MeToo atrae la atención de la Organización Mundial de la Salud para dar

ISBN: 978-628-95101-6-4

una respuesta con carácter urgente al evidenciarle como un fenómeno internacional (Organización de las Naciones Unidas, 2018).

El acoso sexual es, de acuerdo con el gobierno de México desde la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, aquella forma de violencia que, con una connotación lasciva, y sin que haya una subordinación, busque ejercer un abuso de poder que conlleve un estado de indefensión y riesgo para la víctima, con independencia de la cantidad de eventos en que haya sucedido; este se diferencia del hostigamiento sexual debido a que este último sí contempla una relación jerárquica entre la víctima y el agresor (Gobierno de México, 2018).

En el deporte, por la normalización del contacto físico, hay quien señala que este tipo de violencias no son fáciles de definir (Sánez-Olmedo et al., 2024); sin embargo, mundialmente se ha evidenciado la existencia del acoso y hostigamiento sexual hacia la mujer desde hace varios años y en diversos países (International Olympic Committee, 2020). A pesar de ser pocos Estados los que realizan estudios científicos sobre este fenómeno, su información señala que el sector deportivo es en especial vulnerable dada la naturaleza de las relaciones y los desequilibrios de poder vigentes en el ámbito (Martín y Juncà, 2014), con repercusiones en las víctimas como síntomas de depresión clínica y tasas más altas de ideación suicida, intentos y suicidios, así como el desarrollo del trastorno de estrés post traumático (Marks, Mountjoy y Marcus, 2011); y en las organizaciones a daños en la reputación, pérdida de atletas y seguidores, pérdida de patrocinios, reducción de la confianza del público o pérdida de credibilidad (Naciones Unidas, 2021).

Las consecuencias a esta problemática pocas veces se ven subsanadas ante a) la falta de herramientas de medición que permita conocer la extensión o prevalencia del problema, así como sus características; b) datos que den pie al impulso de políticas contextualizadas a cada espacio o población para erradicarles y por ende; d) no considerar la posible necesidad de generar propuestas metodológicas para la evaluación pericial de la victima de acoso y hostigamiento sexual en el ámbito deportivo; entre otros (International Olympic Committee, 2020; Marks et al., 2012; Martín y Pujol, 2014). Entre los factores que se destacan como limitantes para darle solución figuran: que el concepto del acoso sexual difiere de una sociedad a otra (Fasting y Sand, 2015), y que su complejidad se ve enmarcada por factores psicológicos, legales, económicos y/o de salud (Pfaff, 2022).

Existen diferentes tipos de preguntas de investigación, asociados a diferentes enfoques de investigación (Barker, Pistrang y Elliott, 2002). En el caso de este estudio, cuya finalidad es proveer de una herramienta que permita la identificación de los comportamientos asociados al acoso y hostigamiento sexual hacia la mujer en el ámbito deportivo la pregunta planteada es: ¿Qué aspectos requieren ser evaluados para explorar los comportamientos que son constitutivos al acoso y hostigamiento sexual hacia la mujer en el ámbito deportivo?

ISBN: 978-628-95101-6-4

REVISIÓN DE LITERATURA

Estudios que contemplan como tópico central acoso y hostigamiento sexual en el deporte incluyen diferentes preguntas de investigación como perspectivas y modelos teóricos orientados a la explicación de este. Considerando su evidencia empírica, en los últimos diez años es posible identificar investigaciones a) centradas en el reconocimiento de la existencia del fenómeno; b) centradas en buscar una relación con modelos de organización.

En 2014 Martín y Juncà desarrollaron en Cataluña un estudio con mujeres deportistas universitarias para estimar el grado de incidencia del acoso sexual en dicha población. A través del reporte de 214 participantes se encontró que el fenómeno existe con una incidencia del 6%. Este estudio, enfocado en la relación entre la deportista y su entrenador empleó un instrumento que valoraba la percepción del comportamiento (como acoso sexual), la experiencia del comportamiento y la interrelación entre esos. A parte de la aproximación numérica de su incidencia, la investigación evidenció dificultades para consensuar en las participantes qué comportamientos constituyen acoso sexual.

Un estudio similar al anterior, pero realizado con población mexicana es el de Blanco, Echeverría y Carrillo (2020) quienes analizaron el tipo de conductas de hostigamiento y acaso sexual hacia deportistas universitarias en Yucatán, señalando que sí existen pero que, al igual que en la población española, no siempre se percibía como tal o bien eran naturalizadas.

Por otro lado, en el 2022 en un estudio prospectivo realizado por Sølverberg y colaboradores con atletas adolescentes noruegos y un grupo de adolescentes no deportistas (n=919) se evaluó la prevalencia de conductas de acoso sexual, hostigamiento y victimización en deportistas tanto de élite como recreacionales y encontró, que tras doce meses, uno de cada tres atletas de élite y uno de cada dos deportistas recreacionales seguían siendo víctimas, habiendo una incidencia mayor en mujer que en hombres.

Este estudio igualmente se enfocaba en el reconocimiento de preguntas sobre conductas verbales como no verbales; pero incluía la incidencia de los eventos horizontalmente (es decir, entre pares), como también el reconocimiento del participante de haber sido o no perpetuador de ese tipo de conductas en algún momento. La inclusión de estos elementos puso en descubierto que era mayor la incidencia de dichas conductas entre pares varones que en una relación de entrenadores/deportistas. Así mismo, la combinación de ser víctima y agresor, representando un 6% de la muestra, estuvo mayormente representada por población masculina.

En cuanto al desarrollo de instrumentos enfocados en la valoración de la presencia del acoso y hostigamiento sexual en el ámbito deportivo, la revisión sistemática de Saen-Olmedo et al. (2024) señala solo cinco instrumentos enfocados en el ámbito deportivo, igualmente autoadministrados y referentes a percepciones y experiencias de lo que puede constituir violencia sexual, tanto en su modalidad física como verbal.

De construcción varia, incluyendo entrevistas o preguntas cerradas de origen no especificado, la validez de estos comprendía un rango de .65 a .92. Las dimensiones ahí

ISBN: 978-628-95101-6-4

presentadas variaban entre lo psicológico, lo físico, lo social y tres de estos, incluyendo lo sexual.

En su mayoría, los instrumentos señalan comportamientos centrados en la instrucción sin enfatizar en estos que se trate de una conducta sexualizada. Siendo el de Martín y Juncá (2014) el que incluye un mayor repertorio de conductas que pueden netamente ser señaladas como comportamientos con un objetivo sexual (por ejemplo, “mira fijamente los senos o el culo de la atleta” o “propone relaciones sexuales a cambio de privilegios”). Seguido del instrumento empleado por Parent et al. (2016) que se deriva del instrumento aquí evaluado.

MÉTODOS

DISEÑO

Estudio psicométrico de validez de contenido mediante el juicio de expertos (Carretero-Dios y Pérez, 2005) ya que este se enfoca en dar evidencia de su validez teórica.

PARTICIPANTES

Participaron tres juezas: una psicóloga del deporte, una terapeuta sistémica con estudios en perspectiva de género y una perito en el ámbito de violencia hacia la mujer las cuales contaban entres 5 a 10 años de experiencia en cada una de estas áreas.

INSTRUMENTO

Del cuestionario de Experiencias Sexuales (Sexual Experiences Questionnaire, SEQ) desarrollado por Fitzgerald, Gelfand y Drasgow (1999) enfocado en las dimensiones conductuales de acoso de género, atención sexual no solicitada y coerción social se realizó un análisis de contenido de sus ítems considerando los aspectos de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia.

El cuestionario se sometió a la su traducción por la investigadora y fue corroborada su ajuste al idioma español por una persona con formación académica bilingüe de más de 30 años, profesional bilingüe de 15 años y radicando en los últimos dos años.

PROCEDIMIENTO

Primero se tuvo contacto con dos grupos en línea de psicólogas, uno orientado al deporte y el otro orientado a la intervención psicológico, en donde se expuso el desarrollo de la investigación y el motivo por el cual se estaba solicitando la participación de expertas en el proceso. Posterior a ello se mandó la invitación con el cuestionario a las personas que se interesaron en participar. Una vez obtenida la información de cada una, se procedió a vaciarla en una hoja de cálculo (Microsoft Excel) para su posterior análisis, eliminando los datos que identificaban a las participantes. Tras ello se realizó el análisis de los datos. El proceso de recolección de la información se realizó en el periodo de julio a agosto del 2024.

ISBN: 978-628-95101-6-4

ANÁLISIS DE DATOS

Para calcular el grado de acuerdo de las expertas se usó la V de Aiken que permite identificar la relevancia de los ítems respecto a un contenido tomando en cuenta el número de jueces participantes y sirviéndose de los distintos estatus, experticia y conocimientos de estas (Merino, 2023). Este coeficiente presenta valores que van desde 0 a 1, donde el valor 1 indica el acuerdo máximo entre los jueces sobre el contenido evaluado. El cálculo del coeficiente toma en cuenta el promedio de las calificaciones, su puntaje mínimo y máximo posible, así como el control del error siendo posible ajustarle al .1 o .5%. Dado que se tenían cuatro criterios a contemplar por ítem, una segunda media fue calculada en función al promedio arrojado de los cuatro primeros puntajes (claridad, coherencia, relevancia y suficiencia). Como criterio de decisión para mantener un ítem se consideró un valor de .70 para el límite inferior del intervalo de confianza.

ASPECTOS ÉTICOS

La participación de las expertas fue voluntaria y aceptada mediante su firma del consentimiento informado (en caso de agregarlo al formulario) o considerándole si enviaba el formulario completo y dentro de un correo electrónico afirmando estar de acuerdo con participar.

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE DATOS

Para poder dar respuesta a la pregunta de investigación ¿Qué aspectos requieren ser evaluados para explorar los comportamientos que son constitutivos al acoso y hostigamiento sexual hacia la mujer en el ámbito deportivo? Se buscó el apoyo de tres juezas quienes dieron su parecer en torno a una serie de reactivos enfocados en conductas previamente identificadas como indicadores de acoso u hostigamiento sexual en otros espacios distintos al deportivo. El resultado de su valoración bajo los rubros de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Valores inferior, superior y media de V de Aiken

	IC de la diferencia			
No. Ítem	Inferior	Superior	h	Conclusión (*)
**1				
Claridad	.56	.89	.98	.60
Coherencia	.45	.78	.94	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.70	1	1	
**2				
Claridad	.70	1	1	.66
Coherencia	.56	.89	.98	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.70	1	1	
**3				
Claridad	.70	1	1	.57
Coherencia	.70	1	1	
Relevancia	.45	.78	.94	
Suficiencia	.45	.78	.94	
4				
Claridad	.70	1	1	.70
Coherencia	.70	1	1	
Relevancia	.70	1	1	

ISBN: 978-628-95101-6-4

Suficiencia	.70	1	1	
**5				
Claridad	.12	.65	.33	.55
Coherencia	.70	1	.70	
Relevancia	.70	1	.70	
Suficiencia	.70	1	.70	
**6				
Claridad	.70	1	1	.66
Coherencia	.56	.89	.98	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.70	1	1	
**7				
Claridad	.70	1	1	.60
Coherencia	.45	.78	.94	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.56	.89	.98	
**8				
Claridad	.56	.98	.89	.52
Coherencia	.27	.81	.56	
Relevancia	.56	.98	.89	
Suficiencia	.70	1	1	
9				
Claridad	.56	.98	.89	.91
Coherencia	.56	.98	.89	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.56	.98	.89	
10				
Claridad	.56	.89	.98	.99
Coherencia	.70	1	1	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.70	1	1	
11				
Claridad	.56	.98	.89	.97
Coherencia	.70	1	1	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.70	1	1	
12				
Claridad	.70	1	1	.99
Coherencia	.56	.89	.98	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.70	1	1	
*13				
Claridad	.70	1	1	.87
Coherencia	.27	.56	.81	
Relevancia	.35	.67	.88	
Suficiencia	.27	.56	.81	

14				
Claridad	.56	.89	.98	.99
Coherencia	.56	.89	.98	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.70	1	1	
15				
Claridad	.56	.89	.98	.99
Coherencia	.70	1	1	
Relevancia	.70	1	1	
Suficiencia	.56	.89	.98	

* Límite inferior promediado, ** Ítem excluido

Como se observa en la tabla anterior, y siguiendo como criterio la retención de aquellos que presenten un valor de h>.70, los ítems propuestos por las juezas para su retención fueron siete, los cuales se presentan a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2.

Ítems enfocados en el acoso y hostigamiento sexual retenidos tras la primera revisión con jueces.

Acoso de género	4 ¿Te hacen comentarios sexuales groseros y ofensivos, ya sea en público o en privado? 9 ¿Te han hecho comentarios sexistas ofensivos (por ejemplo, sugiriendo que las personas de tu sexo no son adecuadas para el tipo de trabajo que haces)? 11. ¿Te han menospreciado o han sido condescendientes contigo por tu sexo?
Atención sexual no solicitada	10. ¿Han realizado intentos no deseados de establecer una relación sexual romántica contigo a pesar de tus esfuerzos por desalentarlo?

ISBN: 978-628-95101-6-4

	14. ¿Te han hecho sentir como si te estuvieran sobornando con algún tipo de recompensa o trato especial para tener un comportamiento sexual?
Coerción social	12. ¿Te han mirado, mirado mal o te han mirado de una manera que te hizo sentir incómoda? 15. ¿Te hizo sentir amenazada con algún tipo de represalia por no cooperar sexualmente (por ejemplo, con relación a una próxima competencia o examen)?

En cuanto a la pregunta abierta, fue señalada la necesidad de hacer un énfasis en la búsqueda de factores de protección y riesgo de las víctimas, así como en la exploración de manifestaciones en línea de las conductas señaladas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Siendo señalado como una micro-cultura (Antúnez, 2009 en Sáenz-Olmedo et al., 2024), en el deporte como en otros espacios ocurren una cantidad de preocupaciones, donde el acoso y el hostigamiento sexual hacia la mujer, señala como es necesaria la actuación multisectorial por parte de cada Estado como sus organizaciones deportivas (Naciones Unidas, 2021).

El objetivo de esta investigación fue diseñar un instrumento que permitiese valorar la existencia de conductas orientadas al acoso y hostigamiento sexual hacia la mujer en el ámbito deportivo. Se partió del proceso de diseño de instrumentos presentado por

autores como Carreteto-Dios y Pérez (2007) cuyas recomendaciones se siguieron paso a paso tal y como se señala anteriormente.

De dicho procedimiento se recobran siete ítems señalados por las expertas como adecuados a fin de formar parte de un grupo de aseveraciones orientadas a la valoración de conductas que sean evidencia de comportamientos de acoso y/u hostigamiento sexual para su empleo en el ámbito del deporte.

Como todo estudio cuenta con sus limitaciones, la primera y más evidente, ser el inicio de un estudio psicométrico, lo que le resta el peso de la evidencia empírica propia de ser sometido a una muestra nutrida. Lo que señala la necesidad de estudiarle a futuro en relación con una muestra y quizás, en compañía de otros ítems.

Entre sus fortalezas cabe señalar que, al momento de solicitar la valoración, no se hizo referente a ninguna relación -como atleta/entrenador o entre pares- por lo que aplica como tal a la comprensión del fenómeno y con ello, la posibilidad de una conducta señalada legalmente como inapropiada.

Se concluye que el estudio del acoso y hostigamiento sexual en el deporte es un fenómeno de reciente exploración, que requiere desentrañar lo correspondiente *a la costumbre* de lo legal para darle voz a quien vive esta forma de violencia.

ISBN: 978-628-95101-6-4

REFERENCIAS

Barker, C., Pistrang, N., y Elliott, R. (2002). *Research methods in clinical psychology: An introduction for scientists and practitioners* (2nd ed.). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. https://archive.org/stream/ResearchMethodsInClinicalPsychologyAnIntroductionForStudentsAndPractitioners/Research%20Methods%20in%20Clinical%20Psychology%20An%20Introduction%20for%20Students%20and%20Practitioners_djvu.txt

Blanco González, R., Echeverría Echeverría, R., Carrillo Trujillo, C.D. (2020). "Conductas de hostigamiento y acoso sexual en selecciones deportivas universitarias: Una realidad invisible". *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 86, 8-28, http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/echeverria3.pdf

Brackenridge, C. (1997). ´He owned me basically…´.International review for the sociology of sport, 32(2), 115-130.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2007). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of clinical and health psychology, 5*(3), 521-551. En: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33705307

Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (2004). Mujer y deporte. Una visión de género. Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte.

Fitzgerald, L., Gelfand, M., Drasgow, F. (1999). Measuring sexual harassment: Theoretical and psychometric advances. *Basic and Applied Social Psychology, 17(4), 425–445. doi: 10.1207/s15324834basp1704_2.*

International Olympic Committee (2020). *La protección de los atletas ante el acoso y el abuso en el deporte.*

Gobierno de México (2018). OIC-Hostigamiento, acoso y abuso sexual. https://www.gob.mx/conasami/acciones-y-programas/oic-hostigamiento-acoso-y-abuso-sexual

Marks, S., Mountjoy, M. y Marcus, M. (2012). Sexual harassment and abuse in sport: the role of the team doctor. Br J Sports Med, 46, 905-908. doi:10.1136/bjsports-2011-090345

Martín, M. y Juncà, A. (2014). El acoso sexual en el deporte: el caso de las estudiantes-deportistas del grado de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de Cataluña-Apuntes en Educación Física y Deportes, 115(1), 72-81.

Merino, C. (2023). Coeficientes V de Aiken. Diferencias en los juicios de validez de contenido. MHSalud: Movimiento Humano y Salud, 20(1),

Naciones Unidas (2021). Informe global sobre corrupción en el deporte. Corrupción y abusos

Organización de las Naciones Unidas (2018). Hacia el fin del acoso sexual: la urgencia y la necesidad del cambio en la era del #MeToo. https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2018/11/towards-an-end-to-sexual-harassment

Parent, S., Fortier, K., Vaillancourt-Morel, M., Lessard, G., Goulet, C., Demers, G., Paradis, H., y Hartill, M., (2019). Development and initial factor validation of the Violence Toward Athletes Questionnaire (VTAQ) in a sample of young athletes, Society *and Leisure, 42*(3), 471-486, https://doi.org/10.1080/07053436.2019.1682262

Pfaff, J. (2022). “It was only a joke”-How do organizations deal with sexual harassment and preliminary implications for their development towards equality. [Tesis para optar al grado de maestría] Malmö University.

Sáenz-Olmedo, Iturricastillo, A., Fernández-Lasa, U., Fernández, N., Eizaguirre, O. y Usabiaga, O. (2024). Cuestionarios sobre violencia sexual en el deporte: una revisión sistemática. Sportis. Revisión Técnico-Científica del Deporte Escolar, Educación Física y Psicomotricidad, 10(3), 762-781. https://doi.org/10.17979/sportis.2024.10.3.11026

Sarwar N. Factors influencing sexual harassment behavior in sports environment: Evidence from Pakistan. Front Psychol. 2022 Nov 17;13:837078. doi: 10.3389/fpsyg.2022.837078. PMID: 36467194; PMCID: PMC9713023. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9713023/#B17

Torres-Malca, J., Vera-once, T., Zurunaga-Montoya, F., Talavera, J. y De la Cruz-Varga, J. (2022). Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir

conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de sal en la población peruana.

RESEÑA AUTORA

MINERVA VANEGAS-FARFANO

Licenciada en Psicología (UDEM), Licenciada en Diseño Gráfico (UDEM), Maestra en Arte Moderno y Contemporáneo (Centro Cultural Casa Lamm); Doctora en Filosofía con Orientación en Psicología (UANL). Certificada como especialista en intervenciones humano-animales (Oakland University). Miembro del SNII nivel 1, del Cuerpo Académico Consolidado “Ciencias de la Cultura Física y Deporte” y de Miembro de la Red de investigación REDDECA. Autora de productos científicos publicados en memorias en extenso, capítulos de libro y artículos. Directora de tesis de pregrado y posgrado.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que han hecho posible el desarrollo de esta investigación; a Doña María por su ejemplo, y a aquellas que se han levantado y han continuado su camino bajo la tempestad: no estamos solas.

ISBN: 978-628-95101-6-4

LA TRÍADA PSICOLÓGICA DEL AMOR: ESQUEMAS COGNITIVOS, MITOS Y DEPENDENCIA EMOCIONAL[97]

THE PSYCHOLOGICAL TRIAD OF LOVE: COGNITIVE SCHEMAS, MYTHS, AND EMOTIONAL DEPENDENCE

Nathalia Quiroz Del Pozo
PUCE Ecuador

Investigación Cuantitativa

RESUMEN

La violencia en las relaciones de pareja entre adolescentes y adultos jóvenes es un fenómeno que ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, impactando tanto la salud emocional como física de quienes la experimentan (Silverman, 2018; Martínez-Ferrer, 2018). Este artículo examina la interacción entre tres factores clave: esquemas cognitivos disfuncionales, mitos románticos y dependencia emocional, los cuales conforman lo que se ha denominado la tríada psicológica del amor. Estos factores, cuando se combinan, crean un entorno propicio para el mantenimiento de relaciones

[97] Factor Clave en la Violencia de Pareja e Inestabilidad Emocional en Jóvenes. A Key Factor in Intimate Partner Violence and Emotional Instability Among Young People

abusivas y la perpetuación de la violencia en parejas jóvenes (Rodríguez-Castro, 2021); (Yela-García, 2022).

Los esquemas cognitivos disfuncionales, formados principalmente durante la infancia y reforzados en la adolescencia, influyen en la manera en que los jóvenes interpretan sus relaciones y tienden a generar creencias distorsionadas, como la necesidad extrema de la pareja para ser feliz (Beck, 1976; Young, 2003). Los mitos románticos, por su parte, idealizan el amor y fomentan la normalización de comportamientos abusivos, perpetuando la dependencia emocional (Rodríguez-Castro, 2021). Esta dependencia, caracterizada por una necesidad excesiva de afecto y validación, facilita la sumisión y aceptación del abuso en las relaciones juveniles (Castelló, 2005; Leemis, 2022).

El artículo presenta una revisión exhaustiva de la literatura, destacando estudios recientes que confirman la interrelación de estos tres factores en la perpetuación de la violencia de pareja (González-Ortega, 2008; Macía, 2022). Asimismo, se discuten las implicaciones para la intervención, subrayando la importancia de programas preventivos centrados en la modificación de esquemas disfuncionales, la deconstrucción de mitos románticos y el fomento de la resiliencia emocional en los jóvenes (Bonilla, 2020; Rodríguez-Franco, 2010).

Finalmente, el artículo sugiere futuras investigaciones, incluyendo estudios que exploren la tríada psicológica en relaciones no heteronormativas y la intersección de factores culturales, de género y de clase social (Giraldo, 2014; INEC, 2019). Se concluye

que abordar esta tríada desde una perspectiva integradora es esencial para prevenir la violencia de pareja y fomentar relaciones más saludables entre los jóvenes.

PALABRAS CLAVE

Violencia de pareja, esquemas cognitivos disfuncionales, mitos románticos, dependencia emocional, jóvenes, relaciones abusivas.

ABSTRACT

Intimate partner violence among adolescents and young adults has significantly increased over the past few decades, impacting both the emotional and physical health of those who experience it (Silverman, 2018; Martínez-Ferrer, 2018; Moreno y Musitu, 2018). This article examines the interaction between three key factors: dysfunctional cognitive schemas, romantic myths, and emotional dependency, which together form the psychological love triad. When combined, these factors create an environment conducive to the maintenance of abusive relationships and the perpetuation of violence among young couples (Rodríguez-Castro, 2021; Yela-García, 2022).

Dysfunctional cognitive schemas, primarily formed during childhood and reinforced in adolescence, influence how young people interpret their relationships, often leading to distorted beliefs, such as the extreme need for a partner to feel happy (Beck, 1976; Young J. E., 2003). Romantic myths, on the other hand, idealize love and promote the normalization of abusive behaviors, perpetuating emotional dependency (Rodríguez-Castro, 2021). This dependency, characterized by an excessive need for affection and

validation, facilitates submission and the acceptance of abuse in youth relationships (Castelló, 2005; Leemis, 2022).

The article provides a comprehensive review of the literature, highlighting recent studies that confirm the interrelation of these three factors in perpetuating intimate partner violence (González-Ortega, 2008; Macía, 2022). Additionally, the implications for intervention are discussed, emphasizing the importance of preventive programs focused on modifying dysfunctional schemas, deconstructing romantic myths, and fostering emotional resilience among young people (Bonilla, 2020; Rodríguez-Franco, 2010).

Finally, the article suggests future research, including studies that explore the psychological triad in non-heteronormative relationships and the intersection of cultural, gender, and class factors (Giraldo, 2014; INEC, 2019). It concludes that addressing this triad from an integrative perspective is essential to prevent intimate partner violence and promote healthier relationships among young people.

KEYWORDS

Intimate partner violence, dysfunctional cognitive schemas, romantic myths, emotional dependency, youth, abusive relationships.

INTRODUCCIÓN

La violencia en las relaciones de pareja entre adolescentes y adultos jóvenes ha surgido como un problema crítico dentro de la investigación psicológica debido a su alta

prevalencia y sus efectos nocivos en la salud física y emocional de los afectados. Este fenómeno no solo se ha documentado a nivel global, sino que también es una preocupación importante en América Latina, y particularmente en Ecuador. Informes recientes indican que entre el 20% y el 30% de los jóvenes han experimentado algún tipo de abuso en sus relaciones, cifras que son alarmantes y reflejan las complejas dinámicas socioculturales que contribuyen a la perpetuación de la violencia (World Health Organization (WHO), 2021; Silverman, 2018; Martínez-Ferrer, 2018).

En Ecuador, las normas culturales tradicionales y los roles de género rígidos desempeñan un papel significativo en la perpetuación de estas conductas abusivas. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2019, el 63% de las mujeres ecuatorianas ha sido víctima de algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida, y una parte considerable de estos incidentes ocurre en relaciones juveniles. Estos datos enfatizan la urgencia de investigar cómo factores psicológicos como los esquemas cognitivos disfuncionales, los mitos románticos y la dependencia emocional interactúan con las normas culturales para mantener y exacerbar estas situaciones de abuso.

Aunque existe un cuerpo considerable de literatura sobre la violencia en relaciones juveniles, persisten importantes vacíos en la comprensión de los factores interrelacionados que perpetúan estas dinámicas. Gran parte de la investigación previa se ha centrado en características individuales, como la impulsividad o la exposición a violencia durante la infancia, sin considerar adecuadamente la interacción de factores más complejos y culturales (González-Ortega, 2008; Howell, 2021). Es necesario, por tanto, un enfoque más holístico que examine la interacción entre esquemas cognitivos

disfuncionales, mitos románticos y dependencia emocional, factores que han demostrado ser críticos en el mantenimiento de la violencia en parejas jóvenes, especialmente en contextos latinoamericanos como el ecuatoriano (Rodríguez-Castro, 2021; Yela-García, 2022).

Desde una perspectiva ecosistémica, estas dinámicas pueden entenderse en términos de relaciones complementarias y simétricas. Las relaciones complementarias se caracterizan por una distribución desigual del poder, generalmente favoreciendo al hombre, lo cual perpetúa patrones de desigualdad de género profundamente arraigados en la sociedad ecuatoriana (Giraldo, 2014; Macía, 2022). En contraste, las relaciones simétricas presentan una competencia de poder constante, lo que puede intensificar los conflictos y las interacciones violentas (Giraldo, 2009). Estos enfoques teóricos subrayan la importancia de analizar las dinámicas de poder y control en un contexto sociocultural, reconociendo cómo las creencias y estructuras tradicionales influyen en las relaciones juveniles.

Este estudio tiene como objetivo investigar cómo interactúan los esquemas cognitivos disfuncionales, los mitos románticos y la dependencia emocional en la perpetuación de la violencia en las relaciones de pareja de adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador. A través de un enfoque integrador, se busca aportar una comprensión más profunda y contextualizada, proporcionando evidencia que pueda guiar el desarrollo de intervenciones preventivas culturalmente relevantes y eficaces.

ISBN: 978-628-95101-6-4

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La violencia en las relaciones de pareja juvenil tiene efectos devastadores en la calidad de vida y el desarrollo emocional de las víctimas, afectando tanto su bienestar inmediato como sus trayectorias de vida a largo plazo (Exner-Cortens, 2019). En Ecuador, este problema se ve exacerbado por factores culturales y desigualdades de género profundamente arraigadas. Las estadísticas nacionales muestran que el 63% de las mujeres han experimentado algún tipo de violencia de género, un dato preocupante que resalta la necesidad urgente de intervenir y comprender las dinámicas subyacentes (INEC, 2019). Las normas culturales tradicionales y las expectativas de género contribuyen a un entorno en el que los comportamientos abusivos son a menudo normalizados y perpetuados.

ESQUEMAS COGNITIVOS DISFUNCIONALES

Los esquemas cognitivos disfuncionales son patrones de pensamiento automáticos y negativos que surgen de experiencias adversas durante la infancia, afectando la manera en que los individuos interpretan y responden a sus relaciones interpersonales (Beck, 1976; Young, 2003). Estos esquemas, como la creencia de que "sin pareja no puedo ser feliz" o "el amor verdadero implica sacrificio", predisponen a las personas a tolerar comportamientos abusivos y a permanecer en relaciones tóxicas (Calvete, 2018). En Ecuador, la prevalencia de estos esquemas se ve reforzada por una

cultura que a menudo valida la subordinación y el sacrificio en las relaciones, exacerbando la vulnerabilidad de los jóvenes al abuso relacional (Macía, 2022).

Investigaciones recientes han destacado cómo estos esquemas afectan las decisiones de las víctimas en relaciones abusivas. Por ejemplo, un estudio realizado por Howell en 2021, encontró que los jóvenes con esquemas disfuncionales son más propensos a justificar la violencia de pareja y a experimentar dificultades para romper el ciclo abusivo. Este hallazgo sugiere que abordar y modificar estos esquemas cognitivos es un componente crucial en la prevención de la violencia de pareja juvenil.

MITOS ROMÁNTICOS

Los mitos románticos, como "el amor todo lo puede" o "los celos son una prueba de amor", perpetúan expectativas poco realistas y disfuncionales sobre las relaciones (Rodríguez-Castro, 2021). Estos mitos son particularmente influyentes en la juventud, donde las narrativas románticas idealizadas promovidas por los medios y las redes sociales refuerzan la idea de que el sufrimiento y la abnegación son elementos esenciales del amor verdadero (Yela-García, 2022). La teoría del constructivismo social de Berger y Luckmann (1966) proporciona un marco para entender cómo estas creencias se transmiten y legitiman culturalmente, moldeando la percepción de las relaciones amorosas.

Estudios recientes han demostrado una fuerte correlación entre la aceptación de mitos románticos y la tolerancia a la violencia de pareja. Por ejemplo, el estudio de Yela-García (2022), encontraron que los jóvenes que internalizan estos mitos tienen más

ISBN: 978-628-95101-6-4

probabilidades de justificar y soportar conductas abusivas. En el contexto ecuatoriano, donde las normas culturales a menudo exaltan las historias de amor trágicas y sacrificadas, la deconstrucción de estos mitos se vuelve esencial para prevenir la violencia en las relaciones.

DEPENDENCIA EMOCIONAL

La dependencia emocional es un patrón caracterizado por una necesidad excesiva de afecto y validación por parte de la pareja, lo que facilita la sumisión y la aceptación del abuso (Castelló, 2005; Mestre, 2020) Esta dependencia emocional a menudo se vincula con estilos de apego inseguros desarrollados durante la infancia, como el apego ansioso, que predisponen a las personas a buscar aprobación constante y a temer la pérdida de la relación (Bowlby, 1988; Leemis, 2022).

En Ecuador, las dinámicas familiares y las presiones sociales contribuyen a la formación y perpetuación de la dependencia emocional. Las investigaciones han mostrado que los jóvenes con dependencia emocional tienen una mayor probabilidad de quedarse en relaciones abusivas, debido al miedo a la soledad y a la creencia de que su valía depende de la aceptación de la pareja (Macía, 2022). El estudio de Mestre (2020), confirmó que la dependencia emocional es un predictor significativo de la permanencia en relaciones abusivas, lo que subraya la necesidad de abordar esta problemática en las intervenciones.

MODELO INTEGRADOR

El presente estudio propone un modelo integrador que explora los niveles de cómo los esquemas cognitivos disfuncionales, los mitos románticos y la dependencia emocional interactúan para perpetuar la violencia de pareja en jóvenes (Rodríguez-Castro, 2021; Yela-García, 2022). Este enfoque reconoce que estos factores no operan de manera aislada, sino que se refuerzan mutuamente, creando un ciclo de abuso difícil de romper. La literatura sugiere que las intervenciones efectivas deben ser multifacéticas, abordando tanto las creencias subyacentes como las necesidades emocionales de las víctimas (Exner-Cortens, 2019).

Además, investigaciones recientes han enfatizado en la importancia de considerar las influencias culturales y sociales en la perpetuación de la violencia. Por ejemplo, el estudio de Calvete (2018), destaca cómo las normas de género y los contextos socioculturales pueden amplificar el impacto de los esquemas cognitivos y la dependencia emocional, haciendo que las intervenciones sean más complejas pero necesarias. En el contexto ecuatoriano, esto implica una necesidad urgente de programas de prevención y educación que sean culturalmente sensibles y que promuevan la equidad de género y la resiliencia emocional.

ISBN: 978-628-95101-6-4

MÉTODO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y MUESTRA

Se llevó a cabo un estudio transversal y correlacional con el objetivo de explorar la triada cognitiva del amor: mitos románticos, esquemas cognitivos y dependencia emocional en relación con la violencia en el noviazgo y las dimensiones de la sintomatología psicológica en una muestra de jóvenes universitarios de Ecuador.

Se plantea que los mitos románticos influyen e interactúan con los esquemas cognitivos y la dependencia emocional, de tal manera que estas variables generan un aumento en la probabilidad de experimentar o perpetuar violencia en las relaciones y la aparición de síntomas disfuncionales de salud mental. Específicamente, la creencia en mitos románticos refuerza esquemas cognitivos maladaptativos y fomenta la dependencia emocional, creando un ciclo en el que las expectativas irreales y la falta de autonomía emocional aumentan la vulnerabilidad ante dinámicas de abuso y el desarrollo de problemas psicológicos como ansiedad, depresión y baja autoestima.

Se recogieron datos tanto para caracterizar las variables psicológicas de interés como para identificar diferencias significativas en función del género. La muestra incluyó 445 estudiantes universitarios heterosexuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), seleccionados por conveniencia. La distribución por provincias fue: Pichincha (78.9%), Imbabura (2.2%), Tungurahua (6.5%), Esmeraldas (6.1%) y Manabí (6.3%). La muestra estuvo compuesta por 68.4% mujeres y 31.6% hombres, con edades entre 18 y 23 años (M = 20.39, DT = 1.35).

INSTRUMENTOS

Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE): Alta consistencia interna (α = .93) (Lemos Hoyos, 2006).

Cuestionario de Esquemas de Young - Versión Breve (YSQ-SF): Consistencia interna robusta (α = .957) (Young J. E.).

Escala de Mitos Románticos: Consistencia interna aceptable (α = .75) (Bonilla, 2020).

Inventario de Síntomas SCL-90-R: Consistencia interna global de α = .97 (Derogatis, 1977).

Cuestionario de Violencia en el Noviazgo (CUVINO): Consistencia interna de (α = .91) (Rodríguez-Franco, 2010).

PROCEDIMIENTO

El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), asegurando el cumplimiento de los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado digital de cada participante antes de la recolección de datos, detallando los objetivos del estudio, la voluntariedad de la participación y las medidas de protección de la confidencialidad y el anonimato.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Los cuestionarios fueron administrados en formato digital a través de la plataforma Qualtrics, que cumple con altos estándares internacionales de seguridad y privacidad de datos. Se garantizó la accesibilidad y claridad de los instrumentos mediante un estudio piloto previo. Además, se implementó un protocolo de seguridad para los participantes, que incluía información sobre servicios de apoyo psicológico disponibles en la universidad, en caso de que el contenido del estudio provocara malestar emocional.

Posteriormente, los datos fueron codificados y analizados utilizando técnicas estadísticas descriptivas y correlacionales.

ANÁLISIS Y RESULTADO DE DATOS

Los datos se analizaron utilizando el software SPSS versión 28.0. En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos para caracterizar la muestra y evaluar la distribución de las variables clave. Se calcularon las medias, desviaciones estándar y rangos para todas las escalas, proporcionando una descripción general de las dimensiones evaluadas.

Análisis de Comparación de Géneros: Se utilizaron pruebas t de Student para muestras independientes con el fin de comparar las puntuaciones de hombres y mujeres en las variables de dependencia emocional, violencia en el noviazgo y sintomatología psicológica. Los tamaños del efecto se calcularon mediante la d de Cohen para evaluar la magnitud de las diferencias observadas.

Análisis de Correlaciones: Se realizaron análisis de correlación de Pearson para examinar las relaciones entre la dependencia emocional, la violencia en el noviazgo y las distintas dimensiones de la sintomatología psicológica. Se destacaron correlaciones significativas y se analizaron diferencias en los patrones de correlación entre hombres y mujeres.

Análisis Diferenciado por Género: Se analizaron por separado las correlaciones en los grupos de hombres y mujeres. En el grupo de mujeres, se observaron correlaciones significativas entre la dependencia emocional y síntomas como ansiedad, somatización, y depresión. En el grupo de hombres, las correlaciones más fuertes se encontraron entre la dependencia emocional y síntomas graves como psicoticismo y ansiedad, mientras que las correlaciones con la violencia en el noviazgo fueron generalmente más débiles.

Tabla 1: Estadísticos Descriptivos de las Variables Clave

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	445	18	23	20.39	1.352
Total_DEP_EM	445	23	124	55.1438	20.69027
Total_Violencia	444	42	159	60.3041	21.04375
Total_EsquemasCo	436	75	405	192.6858	57.92857
Total_MitosRomant	445	11	51	25.1011	7.40502
Total_SintClin	445	87	398	165.3596	59.57387

La muestra, compuesta por 445 participantes con un rango de edad de 18 a 23 años, tiene una media de 20.39 años y una desviación estándar de 1.352. Esta distribución homogénea es pertinente para analizar las experiencias emocionales y cognitivas de los jóvenes, dado que se encuentran en una etapa crítica de desarrollo.

ISBN: 978-628-95101-6-4

En el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE), los puntajes fluctúan entre 23 y 124, con una media de 55.1438 y una desviación estándar de 20.69027. Esta amplia dispersión sugiere diferencias marcadas en cómo los participantes experimentan la dependencia emocional en sus relaciones, posiblemente influenciadas por factores como el entorno familiar y las experiencias afectivas previas.

La Escala de Mitos Románticos, aplicada a la totalidad de la muestra, muestra una media de 25.1011 y una desviación estándar de 7.40502, con puntuaciones que varían entre 11 y 51. Aunque existe cierta uniformidad en las creencias sobre los mitos románticos, la variabilidad observada sugiere la influencia de factores como la educación y las experiencias interpersonales.

Por otro lado, los resultados del Cuestionario de Esquemas de Young - Versión Breve (YSQ-SF) muestran una amplia diversidad en los esquemas cognitivos, con puntuaciones que oscilan entre 75 y 405, una media de 192.6858 y una desviación estándar de 57.92857. Esto evidencia que los patrones de pensamiento pueden influir de manera diversa en las respuestas emocionales y comportamentales de los jóvenes.

El Cuestionario de Violencia en el Noviazgo (CUVINO), administrado a 444 participantes, presenta un rango de 42 a 159, con una media de 60.3041 y una desviación estándar de 21.04375. La dispersión considerable en esta variable indica que las percepciones y experiencias de violencia en las relaciones de pareja varían significativamente, lo que subraya la necesidad de intervenciones personalizadas.

Finalmente, el Inventario de Síntomas SCL-90-R, con un rango de 87 a 398, una media de 165.3596 y una desviación estándar de 59.57387, destaca una gran diversidad en los síntomas clínicos reportados. Esta dispersión podría estar vinculada a factores como el estrés académico, el apoyo social y experiencias traumáticas previas.

En conjunto, los datos muestran una significativa heterogeneidad en variables emocionales y cognitivas, como la dependencia emocional, los esquemas cognitivos, la violencia en el noviazgo, y los síntomas clínicos. Estos resultados sugieren la necesidad de intervenciones que se adapten a las necesidades individuales. Sin embargo, la relativa uniformidad en la edad y las creencias sobre mitos románticos puede estar explicada por factores culturales y sociales compartidos. La robusta consistencia interna de los instrumentos utilizados garantiza la fiabilidad de las mediciones y respalda la validez de los hallazgos obtenidos.

A continuación, se presenta la tabla 2, donde se recopilan los datos de la comparación entre hombres y mujeres en las variables dependencia emocional, violencia entre novias y síntomas clínicos.

Tabla 2. Comparación entre hombres y mujeres en dependencia emocional, violencia entre novios y síntomas psicológicos.

ISBN: 978-628-95101-6-4

	Mujeres (n = 306)		Hombres (n = 135)			
	M	DT	M	DT	*t*(gl)	*d*
1. CDE - Ansiedad por separación	18.05	8.17	16.31	6.81	2.32(304.14)*	.23
2. CDE - Expresión afectiva	11.87	5.05	10.84	4.61	2.02(439)*	.21
3. CDE – Modificación planes	8.96	4.52	9.10	4.57	-.31(439)	-.03
4. CDE – Miedo soledad	6.09	3.37	6.27	3.24	-.51(439)	-.05
5. CDE - Expresión límite	4.96	2.70	4.81	2.29	.55(439)	.06
6. CDE – Búsqueda atención	6.01	3.70	5.88	2.71	.37(439)	.04
7. Total CDE	55.94	21.48	53.22	18.60	1.35(293.57)	.14
8. CUVINO - Desapego	11.96	5.57	11.75	5.02	.38(439)	.04
9. CUVINO - Humillación	9.52	4.15	9.40	4.07	.29(439)	.03
10. CUVINO – Violencia sexual	8.08	3.26	8.20	3.34	-.36(438)	-.04
11. CUVINO - Coerción	9.49	4.05	9.51	4.14	-.04(439)	-.01
12. CUVINO - Físico	5.97	2.30	6.33	2.96	-1.23(208.29)	-.14
13. CUVINO - Género	7.07	3.11	6.76	2.90	.97(439)	.10
14. CUVINO - Castigo emocional	4.49	2.32	4.45	2.18	.16(439)	.02
15. CUVINO - Castigo instrumental	3.57	1.56	4.00	1.94	-2.28(213.54)*	-.24
16. Total CUVINO	60.15	21.10	60.40	21.03	-.11(438)	-.01
17. SCL - Somatización	24.53	9.89	21.89	8.71	2.68(439)*	.28
18. SCL – Obsesión-compulsión	24.11	8.77	20.96	8.25	3.54(439)*	.37
19. SCL - Depresión	29.54	11.82	26.25	11.00	2.75(439)*	.29
20. SCL – Sensibilidad interpersonal	18.84	7.40	16.58	7.07	3.00(439)*	.31
21. SCL - Ansiedad	21.14	8.59	18.25	7.65	3.37(439)*	.36

*p < .05. CDE = Cuestionario de Dependencia Emocional. CUVINO = Cuestionario de Violencia entre Novios. SCL-90-R = Inventario de síntomas.

El análisis de los resultados presentados en la tabla revela diferencias importantes entre hombres y mujeres en varias dimensiones evaluadas, especialmente en el contexto de la dependencia emocional, la violencia en el noviazgo y la sintomatología psicológica.

Los datos muestran que las mujeres tienen puntuaciones significativamente más altas que los hombres en ansiedad por separación (M = 18.05, DT = 8.17, p = <0,05), en comparación con los resultados para los hombres (M = 16.31, DT = 6.81). En expresión afectiva (M = 11.87, DT = 5.05, p = <0,05) para mujeres; mientras que para hombres (M = 10.84, DT = 4.61, p = <0,05) y en modificación de planes (M = 8.96, DT= 4.52, p = <0,05), en comparación con los hombres (M= 9.10, DT= 4.57, p = <0,05). Esto sugiere que las mujeres tienden a experimentar una mayor necesidad de conexión emocional y preocupación por la separación en sus relaciones de pareja, así como también, para las mujeres es muy importante la expresión afectiva, mientras para los hombres, estos aspectos tienen menor importancia. Es importante mencionar que en la variable miedo a la soledad, el índice es similar para ambos géneros, lo cual implica que tanto para hombres y mujeres jóvenes es imprescindible tener una pareja sentimental. La puntuación total del CDE muestra una diferencia significativa entre mujeres y hombres, sin embargo, podemos concluir que esta se presenta para ambos géneros de manera similar.

En términos de violencia en el noviazgo, las diferencias de género, a pesar de ser estadísticamente significativas, en día a día son menos marcadas entre hombres y mujeres. No se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones del CUVINO, como desapego, humillación, violencia sexual, coerción, y violencia física. La única excepción es en castigo instrumental, donde los hombres obtuvieron puntuaciones más altas (M = 4.00, DT = 1.94) en comparación con las mujeres (M = 3.57, DT = 1.56; t(213.54) = -2.28, p < .05). Esto indica que los hombres pueden ser más propensos a utilizar la violencia instrumental en sus relaciones. Las puntuaciones totales

ISBN: 978-628-95101-6-4

del CUVINO muestran diferencias estadísticamente significativas entre géneros, para mujeres (M= 60.15, DT = 21.10, p = <0,05), al igual que para los hombres (M= 60.40, DT = 21.03, p = <0,05). La puntuación es similar en ambos casos, lo que sugiere que la violencia global en el noviazgo es similar entre hombres y mujeres.

En el Inventario de Síntomas SCL-90-R, las mujeres presentan puntuaciones significativamente más altas que los hombres en varias dimensiones clave. Las mujeres tienen mayores niveles de somatización (M = 24.53, DT = 9.89, p = <0,05) mientras que para los hombres (M = 21.89, DT = 8.71, p = <0,05); en obsesión-compulsión, para mujeres (M = 24.11, DT = 8.77, p = <0,05) ; para hombres (M = 20.96, DT = 8.25, p = <0,05), en la variables de depresión, para mujeres (M = 29.54, DT = 11.82, p = <0,05), mientras que para los hombres (M = 26.25, DT = 11.00, p = <0,05); en sensibilidad interpersonal, para mujeres (M = 18.84, DT = 7.40, p = <0,05) , mientras para hombres (M = 16.58, DT = 7.07, p = <0,05); y, en la variable ansiedad, para mujeres (M = 21.14, DT = 8.59, p = <0,05); mientras que para hombres (M = 18.25, DT = 7.65, p = <0,05). Estas diferencias sugieren que las mujeres reportan una mayor afectación psicológica que los hombres en varias áreas, lo que podría reflejar diferencias en la manera en que hombres y mujeres procesan y expresan el malestar emocional incluso dentro de la misma relación de pareja.

En resumen, los resultados destacan que las mujeres experimentan mayores niveles de dependencia emocional específica y sintomatología psicológica en comparación con los hombres, mientras que las diferencias en violencia en el noviazgo son menos evidentes, con la excepción de la violencia instrumental. Estos hallazgos

subrayan la importancia de considerar el género al diseñar intervenciones que aborden la salud emocional y las dinámicas de pareja en jóvenes. La sintomatología psicológica más alta en mujeres podría sugerir la necesidad de enfoques específicos en el manejo del bienestar emocional, mientras que los comportamientos violentos deben ser estudiados en un contexto más amplio que incluya factores culturales y sociales.

A continuación, se presenta la tabla 3, de las correlaciones de estas variables.

Tabla 3. Correlaciones entre dependencia emocional, violencia entre novios y sintomatología psicológica disfuncional, en el grupo de mujeres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.T. CDE	-										
2.T. CUVINO	.30**	-									
3.Somatización	.31**	.23**	-								
4.Obsesiones	.33**	.15**	.73**	-							
5.Depresión	.40**	.21**	.77**	.83**	-						
6.Sensitividad	.31**	.23**	.48**	.51**	.49**	-					
7.Ansiedad	.42**	.20**	.78**	.80**	.83**	.63**	-				
8.Hostilidad	.32**	.19**	.61**	.68**	.67**	.48**	.67**	-			
9.A. fóbica	.38**	.17**	.54**	.65**	.62**	.39**	.74**	.50**	-		
10.I. paranoide	.49**	.19**	.60**	.67**	.73**	.48**	.73**	.63**	58**	-	
11.Psicoticismo	.46**	.20**	.69**	.79**	.79**	.50**	.80**	.67**	.66**	.85**	-

**= $p < .01$. T. CDE = Total del cuestionario de dependencia emocional. T. CUVINO = Total del cuestionario de violencia entre novios.

La dependencia emocional (CDE) presenta correlaciones positivas y significativas con varias dimensiones de la sintomatología psicológica y la violencia en el noviazgo. La correlación con la violencia en el noviazgo (CUVINO) es moderada ($r = .30$, $p < .01$), lo

ISBN: 978-628-95101-6-4

que indica que niveles más altos de dependencia emocional se asocian con una mayor exposición a violencia en relaciones de pareja.

El CDE también se correlaciona significativamente con somatización ($r = .31$, $p < .01$), obsesiones ($r = .33$, $p < .01$), y especialmente con depresión ($r = .40$, $p < .01$), y, ansiedad ($r = .42$, $p < .01$). Estas correlaciones moderadas sugieren que una mayor dependencia emocional está fuertemente vinculada con síntomas de ansiedad y depresión, lo que refleja un impacto emocional considerable.

La violencia en el noviazgo (CUVINO) muestra correlaciones positivas y significativas con varias dimensiones de la sintomatología psicológica, aunque de menor magnitud. Se correlaciona con somatización ($r = .23$, $p < .01$), obsesiones ($r = .15$, $p < .01$), y hostilidad ($r = .19$, $p < .01$). Esto sugiere que las experiencias de violencia están asociadas con síntomas somáticos y una mayor hostilidad.

Las correlaciones más fuertes dentro de la sintomatología se observan entre las dimensiones psicológicas, como la depresión y la ansiedad ($r = .83$, $p < .01$), así como entre obsesiones y somatización ($r = .73$, $p < .01$). Estas asociaciones resaltan un patrón donde múltiples síntomas psicológicos tienden a coexistir y exacerbarse mutuamente.

Las dimensiones de la sintomatología psicológica están altamente intercorrelacionadas. Por ejemplo, la depresión se asocia estrechamente con obsesiones ($r = .83$, $p < .01$), somatización ($r = .77$, $p < .01$), y ansiedad ($r = .83$, $p < .01$), lo que indica que estos síntomas tienden a presentarse juntos y pueden tener raíces comunes o factores desencadenantes similares. Psicoticismo muestra fuertes correlaciones con

obsesiones ($r = .79$, $p < .01$), depresión ($r = .79$, $p < .01$), y ansiedad ($r = .80$, $p < .01$). Estas correlaciones sugieren que los síntomas psicóticos en este grupo están estrechamente vinculados con otras formas graves de malestar psicológico.

La ansiedad presenta correlaciones altas con otras dimensiones de malestar, como somatización ($r = .78$, $p < .01$) y obsesiones ($r = .80$, $p < .01$), lo que indica que la ansiedad no solo se experimenta como un fenómeno psicológico, sino también somático. La hostilidad también se relaciona con varios síntomas, como la ansiedad ($r = .67$, $p < .01$) y el psicoticismo ($r = .67$, $p < .01$), sugiriendo un perfil de alta reactividad emocional y potencial de agresividad.

A continuación, se presenta la tabla 4, de las correlaciones en el género masculino.

Tabla 4. Correlaciones entre dependencia emocional, violencia entre novios y sintomatología psicológica disfuncional, en el grupo de hombres.

ISBN: 978-628-95101-6-4

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. T. CDE	-									
2. T. CUVINO	.30**	-								
3. Somatización	.49**	.03	-							
4. Obsesiones	.55**	.09	.69**	-						
5. Depresión	.49**	.08	.73**	.84**	-					
6. Sensitividad	.41**	.17*	.50**	.63**	.55**	-				
7. Ansiedad	.51**	.06	.81**	.75**	.74**	72**	-			
8. Hostilidad	.48**	.03	.74**	.63**	.66**	.52**	.78**	-		
9. A. fóbica	.44**	-.03	.60**	.56**	.50**	.51**	.70**	.56**	-	
10. I. paranoide	.56**	.18*	.68**	.72**	.76**	.60**	.79**	.71**	54**	-
11. Psicoticismo	.60**	.08	.76**	.79**	.79**	.66**	.90**	.78**	.66**	.86**

**Correlación es significativa en el nivel 0.01. *. La correlación es significativa en el nivel 0.05. T. CDE = Total del cuestionario de dependencia emocional. T. CUVINO = Total del cuestionario de violencia entre novios.

La dependencia emocional (CDE) muestra correlaciones estadísticamente significativas y positivas con múltiples dimensiones de la sintomatología psicológica. Las correlaciones más fuertes se observan con psicoticismo ($r = .60$, $p < .01$), ideación paranoide ($r = .56$, $p < .01$), obsesiones ($r = .55$, $p < .01$), y ansiedad ($r = .51$, $p < .01$). No podemos dejar de lado las correlaciones moderadas entre la dependencia emocional, y la sintomatología psicológica clínica de somatización, depresión, hostilidad, la ansiedad fóbica y sensitividad.

Estas relaciones indican que un mayor nivel de dependencia emocional está estrechamente vinculado con una sintomatología psicológica más grave, especialmente en áreas que afectan el funcionamiento cognitivo y emocional.

La correlación con violencia en el noviazgo (CUVINO) es moderada ($r = .30$, $p < .01$), lo que sugiere que, aunque la dependencia emocional en los hombres se relaciona con la violencia en sus relaciones, esta asociación no es tan fuerte como las correlaciones con síntomas psicológicos.

En contraste con el grupo de mujeres, la violencia en el noviazgo (CUVINO) tiene correlaciones bajas o no significativas con la mayoría de las dimensiones de la sintomatología psicológica en los hombres. La correlación más alta se encuentra con sensitividad interpersonal ($r = .17$, $p < .05$), mientras que las demás asociaciones son débiles, lo que indica que las experiencias de violencia en el noviazgo están menos vinculadas con problemas psicológicos específicos en los hombres.

Las dimensiones de la sintomatología psicológica están fuertemente intercorrelacionadas en los hombres. Por ejemplo, depresión se asocia estrechamente con obsesiones ($r = .84$, $p < .01$), somatización ($r = .73$, $p < .01$), y psicoticismo ($r = .79$, $p < .01$). Estas relaciones sugieren que los síntomas de depresión en los hombres se presentan a menudo junto con otros trastornos graves, lo que refleja una carga psicológica multidimensional. Psicoticismo muestra una correlación muy fuerte con ansiedad ($r = .90$, $p < .01$) y obsesiones ($r = .79$, $p < .01$), lo que sugiere que los síntomas psicóticos están fuertemente vinculados con el malestar psicológico general.

La ansiedad se correlaciona significativamente con casi todas las dimensiones de la sintomatología, especialmente con somatización ($r = .81$, $p < .01$) y psicoticismo ($r = .90$, $p < .01$). Esto sugiere que la ansiedad en los hombres no solo se experimenta como un fenómeno psicológico, sino que también afecta físicamente y se asocia con trastornos

psicóticos. La hostilidad se correlaciona significativamente con psicoticismo ($r = .78$, $p < .01$) y ansiedad ($r = .78$, $p < .01$), lo que indica que la hostilidad en los hombres puede estar relacionada con síntomas de alta reactividad emocional y desregulación.

El análisis de correlaciones en el grupo de hombres destaca una fuerte conexión entre la dependencia emocional y una serie de síntomas psicológicos graves, como psicoticismo, ansiedad y obsesiones. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar diferencias de género en el diseño de intervenciones, especialmente para abordar síntomas psicológicos complejos y la dependencia emocional.

DISCUSIÓN Y CONCLUISONES

Los hallazgos del presente estudio subrayan la relevancia de la tríada psicológica del amor: esquemas cognitivos disfuncionales, mitos románticos y dependencia emocional, en la perpetuación de la violencia en relaciones de pareja entre jóvenes ecuatorianos. Las puntuaciones en la Escala de Dependencia Emocional reflejan una notable presencia de esta dependencia en las relaciones juveniles, lo cual podría estar asociado con las puntuaciones moderadas observadas en la Escala de Síntomas Clínicos, que indican síntomas psicopatológicos como ansiedad y depresión en este grupo etario. Estos resultados coinciden con estudios previos que señalan que la dependencia emocional aumenta la vulnerabilidad a la sintomatología psicológica y, en consecuencia, a dinámicas abusivas en las relaciones (Castelló, 2005)(Leemis, 2022)

Aunque las puntuaciones en la Escala de Violencia en el Noviazgo y en la Escala de Mitos Románticos no fueron extremadamente altas, se deben considerar posibles sesgos en las respuestas de los participantes. Al ser estudiantes universitarios de una institución privada, es probable que su educación y sensibilización en temas de género hayan influido en su disposición a admitir creencias o comportamientos disfuncionales. Sin embargo, como sugieren Rodríguez-Castro (2021), las creencias internalizadas pueden persistir y manifestarse de manera más sutil en interacciones cotidianas, lo que refuerza la necesidad de explorar cómo estas distorsiones afectan las experiencias diarias de los jóvenes.

El análisis de género reveló diferencias significativas: las mujeres mostraron una mayor vulnerabilidad a la violencia psicológica, probablemente debido a su alta dependencia emocional y síntomas asociados como ansiedad y depresión. Este hallazgo apoya la teoría de esquemas cognitivos disfuncionales, que postula que creencias negativas sobre el yo y las relaciones promueven la aceptación de comportamientos abusivos (Young J. E., 2003). Estos hallazgos sugieren que la dependencia emocional, cuando se ve exacerbada por síntomas clínicos, perpetúa dinámicas de poder y control en las relaciones.

Por lo tanto, es fundamental desarrollar intervenciones integrales que no solo modifiquen creencias y esquemas disfuncionales, sino que también manejen los síntomas emocionales asociados. Programas de intervención enfocados en la deconstrucción de mitos románticos y la promoción de habilidades como la resiliencia emocional y la autonomía afectiva resultan esenciales para mitigar estos efectos.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Además, queda pendiente realizar análisis explicativos de estas variables para comprender mejor los mecanismos que subyacen a la violencia de pareja juvenil y así diseñar estrategias preventivas más efectivas. Las teorías ecosistémicas (Giraldo, 2009; 2014) enfatizan la influencia de las estructuras socioculturales en las relaciones de poder, sugiriendo que cualquier intervención debe considerar estos factores contextuales.

Este estudio destaca la necesidad de enfoques preventivos y terapéuticos que consideren la interacción entre factores cognitivos, emocionales y culturales. Futuros estudios deberían explorar estas dinámicas en contextos más diversos, incluyendo relaciones no heteronormativas, y analizar el papel de variables contextuales como género y clase social en la perpetuación de la violencia de pareja (Yela-García, 2022; Macía, 2022). La implementación de políticas públicas basadas en la evidencia podría tener un impacto significativo en la promoción de relaciones más saludables y en la reducción de la violencia entre los jóvenes.

Es esencial implementar intervenciones que promuevan la deconstrucción de mitos románticos, los cuales perpetúan expectativas y comportamientos abusivos, y que fomenten la resiliencia emocional y la autonomía afectiva. Las intervenciones deben enfocarse particularmente en modificar esquemas cognitivos disfuncionales, como las creencias rígidas sobre el amor, que contribuyen a la aceptación de la violencia. (González-Ortega, 2008). Dado que las mujeres muestran un mayor riesgo de sufrir consecuencias emocionales severas, como ansiedad y depresión, los programas de prevención deben incluir componentes específicos para manejar estos síntomas, mediante técnicas de regulación emocional y estrategias de afrontamiento.

Las intervenciones dirigidas a hombres deben abordar comportamientos coercitivos, vinculados a síntomas obsesivos y ansiosos, a través de enfoques que promuevan una comprensión más saludable de las relaciones y el control emocional. Iniciativas educativas implementadas desde edades tempranas y reforzadas en entornos universitarios y comunitarios pueden tener un impacto duradero.

Finalmente, la colaboración con entidades educativas y gubernamentales es crucial para garantizar que estos programas sean culturalmente sensibles y accesibles a la juventud ecuatoriana. Las políticas públicas deben priorizar la educación emocional y la igualdad de género, asegurando recursos adecuados para apoyar a los jóvenes vulnerables a la violencia en sus relaciones.

Este estudio refuerza la necesidad de un enfoque integrador que aborde simultáneamente las creencias disfuncionales, como los esquemas cognitivos rígidos y los mitos románticos, junto con las necesidades emocionales de los jóvenes, para prevenir eficazmente la violencia de pareja. La interacción entre dependencia emocional, distorsiones cognitivas y creencias idealizadas sobre el amor contribuye significativamente a perpetuar dinámicas abusivas en las relaciones juveniles (Rodríguez-Castro, 2021; Yela-García, 2022). Esto tiene importantes implicaciones para la investigación y para el diseño de programas preventivos y terapéuticos culturalmente sensibles y ajustados a las necesidades específicas de la población juvenil (Martínez-Ferrer, 2018).

ISBN: 978-628-95101-6-4

REFERENCIAS

Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.

Bonilla, J. &. (2020). Escala de Mitos Románticos: Validación y consistencia interna. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 119-136.

Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. Basic Books.

Calvete, E. O.-G. (2018). Social information processing in dating conflicts: The role of aggressive response access and social norms. Journal of Youth and Adolescence, 47(10),, 2165-2177.

Castelló, J. (2005). Dependencia emocional: Características y tratamiento. Madrid: Desclée de Brouwer.

Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual-I for the R(evised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. . Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.

Exner-Cortens, D. B. (2019). The impact of adolescent dating violence on academic performance and health outcomes: A longitudinal study. Journal of Adolescent Health, 64(5), 634-640.

Giraldo, J. (2009). Violencia y relaciones de poder: Teorías y estudios empíricos. Editorial Ciencias Sociales.

Giraldo, J. (2014). Desigualdad de género y violencia en las relaciones de pareja. Editorial Ciencias Sociales.

González-Ortega, E. R.-S.-Á. (2008). actores individuales en la violencia juvenil: Un análisis integrador. Editorial Psicoanálisis Moderno.

Howell, K. H.-G. (2021). The impact of trauma and posttraumatic stress disorder on parenting and child development. Journal of Child and Family Studies, 30(2), 495-508.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2019). Encuesta Nacional de Relaciones de Género. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/

Leemis, R. W. (2022). Developmental pathways of adolescent dating violence: A meta-analytic review. Aggression and Violent Behavior, 61, 101689.

Lemos Hoyos, M. &. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. Acta Colombiana de Psicología, 9(2), 127-140.

Macía, M. M.-R. (2022). Dependencia emocional y violencia en el noviazgo en adolescentes: Un estudio longitudinal. Psicología Educativa, 28(3), 45-53.

Martínez-Ferrer, B. M. (2018). Adolescent dating violence and well-being: A study of risk and protective factors. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(9), 2087.

Mestre, J. M. (2020). motional dependency in adolescence: The mediating role of emotional intelligence. Journal of Adolescence, 85, 91-100.

Rodríguez-Castro, Y. L.-S.-M. (2021). Myths of romantic love and their influence on gender violence. Feminism & Psychology, 31(1), 50-66.

Rodríguez-Franco, L. L.-C.-D. (2010). Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en jóvenes españoles. International Journal of Clinical and Health Psychology, 10(3), 485-503.

Silverman, J. G. (2018). dolescent dating violence: Key findings and implications for prevention. merican Journal of Public Health, 108(5), 607-609.

World Health Organization (WHO). (2021). lobal status report on violence prevention 2021. . Geneva, Switzerland:: WHO Press.

Yela-García, J. L.-C.-R. (2022). Romantic beliefs and tolerance of intimate partner violence among youth. Journal of Interpersonal Violence, 37(1-2), 214-233.

Young, J. E. (s.f.). Young Schema Questionnaire: Short Form. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E. (2003). Schema therapy: A practitioner’s guide. . Guilford Press.

RESEÑA AUTORA

NATHALIA QUIROZ DEL POZO

Soy psicóloga con amplia experiencia en salud mental, enfocada en la violencia de género y el bienestar de estudiantes universitarios. En la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), he impartido cursos clave en psicología y me he desempeñado en roles de liderazgo como Coordinadora del Laboratorio de Psicología y de la Licenciatura en Psicología Clínica. Mis investigaciones incluyen la validación de herramientas diagnósticas como la Escala CAPS-5 y estudios sobre abuso sexual infantil, cuyos resultados he presentado en congresos internacionales y aplicado en políticas sociales. He contribuido a la formación de jóvenes investigadores, supervisando prácticas clínicas y liderando equipos de investigación. Además, he participado en la creación de protocolos contra la violencia de género en la PUCE y en la promoción de la equidad en la educación superior a través de mi trabajo en la Mesa de Género y la Red de Educación Superior y Género.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mis colegas, las profesoras Pamela Acosta y Carolina Rubio, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), por su invaluable colaboración y apoyo en la elaboración de este artículo. Su experiencia y compromiso han enriquecido significativamente este trabajo, aportando ideas y perspectivas que fueron esenciales para su desarrollo. También quiero extender

ISBN: 978-628-95101-6-4

mi gratitud a las personas que han contribuido, de manera directa o indirecta, al éxito de este proyecto, brindándome su apoyo incondicional.

Finalmente, dedico este logro a mis hijos, quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y motivación a lo largo de este camino académico. Su presencia constante y su amor incondicional han impulsado mi deseo de alcanzar la excelencia y me han proporcionado la fuerza necesaria para culminar con éxito esta investigación. Este trabajo es un reflejo de mi compromiso con ellos y con un futuro más prometedor para las nuevas generaciones.

ZAMUDIO: LENGUAJE INCLUSIVO E INCLUYENTE EN LA EQUIDAD DE GÉNERO

INCLUSIVE AND INCLUSIVE LANGUAGE IN GENDER EQUIT

Rosa Deisy Zamudio González[98]
Universidad Cooperativa de Colombia
Campus Villavicencio
Colombia

Praxis Académica

RESUMEN

Surge el concepto de inclusión a partir de la abolición de la esclavitud a mediados del siglo XIX alcanzando su mayor auge entre los años 1990 y 2003. De tal forma, el concepto de inclusión se vincula al lenguaje inclusivo e incluyente para ser utilizado en los diferentes contextos, por tanto, se entra a definir de la siguiente manera es "la inclusión la posibilidad que tienen todas las personas de acceder a los bienes y servicios

[98] Psicóloga, especialista en Educación, especialista en Gerencia de Recursos Humanos, Magister en Educación, doctora y posdoctora en Pensamiento Complejo, docente de la Universidad Cooperativa de Colombia, campus Villavicencio, líder del grupo de investigación PROMETEO. Del programa de Psicología

ISBN: 978-628-95101-6-4

de la sociedad, de los sistemas sociales, educativos, económicos, políticos, religiosos, cultural, científico y jurídico.

Así, las palabras y expresiones que cada persona usa o selecciona para comunicarse pueden ocultar el uso inconsciente de sesgos, estereotipos o prejuicios relativos a las historias y las identidades de las personas. Muchas formas de lenguaje y expresiones que utilizamos en nuestro vocabulario construyen y refuerzan estereotipos de género que terminan en violencia.

Del mismo modo, en el lenguaje inclusivo se presentan desigualdades de género donde se evidencia de una forma mucho más explicada cuando se realiza un análisis en el ingreso al trabajo, estudio o en cualquier otra actividad. Un ejemplo, es la distribución en cuanto a las áreas del conocimiento y carreras pueden dar respuesta parcial a la persistencia de una diferencia salarial o a las personas que tienen una discapacidad ya sea física, cognitiva o de género persistiendo la inequidad social y sus derivaciones expresadas en desigualdades.

PALABRAS CLAVE

Inclusión, Lenguaje inclusivo, Abolición de la esclavitud, Acceso equitativo, Sistemas sociales, Bienes y servicios, Sesgos inconscientes, Estereotipos, Prejuicios, Desigualdad de género, Violencia simbólica, Diferencias salariales, Discapacidad, Inequidad social, Persistencia de desigualdades

ABSTRACT

The concept of inclusion arose from the abolition of slavery in the mid-nineteenth century, reaching its peak between 1990 and 2003. Thus, the concept of inclusion is linked to inclusive and inclusive language to be used in different contexts, therefore, it is defined as follows: "inclusion is the possibility that all people have to access the goods and services of society, of social, educational, economic, political, religious, cultural, scientific and legal systems.

Thus, the words and expressions that each person uses or selects to communicate can hide the unconscious use of biases, stereotypes or prejudices related to people's histories and identities. Many forms of language and expressions that we use in our vocabulary build and reinforce gender stereotypes that end in violence.

Likewise, in inclusive language, gender inequalities are presented where it is evident in a much more explained way when an analysis is made on entry to work, study or any other activity. An example is that the distribution of knowledge areas and careers can provide a partial response to the persistence of a salary gap or to people who have a disability, whether physical, cognitive or gender-related, resulting in persistent social inequality and its consequences expressed in inequalities.

KEYWORDS

Inclusion, Inclusive language, Abolition of slavery, Equal access, social systems, Goods and services, Unconscious biases, Stereotypes, Prejudices, Gender inequality, Symbolic violence, Wage gaps, Disability, Social inequity, Persistence of inequalities

ISBN: 978-628-95101-6-4

INTRODUCCIÓN

Las palabras y expresiones que cada persona usa o selecciona para comunicarse pueden promover el uso inconsciente de sesgos, estereotipos o prejuicios sobre las historias y las identidades de las personas. Todo lo anterior evidencia la necesidad de una educación inclusiva y respetuosa de las diferencias y una continua vigilancia sobre los actos de discriminación. Infortunadamente las Instituciones de Educación en Colombia, no es un campo social inmune a este tipo de dinámicas sociales basadas en prejuicios y prácticas de discriminación y exclusión, es así como lo han demostrado otros estudios para el caso de las discriminaciones racistas que tienen además intersecciones particulares con el género (Quintero, 2014; 2013).

De tal manera es de suma importancia tener en cuenta y la apropiación de los conceptos en un enfoque de género y sexualidad a los lineamientos para la apropiación de un lenguaje inclusivo, donde desde allí se retoman y amplían las características que definen y señalan el documento en educación superior inclusiva (MEN, 2014), a saber participación, diversidad, interculturalidad, equidad, pertinencia y calidad y se propone un conjunto de conceptos que nos permiten articular la perspectiva de género y diversidad sexual.

De otra parte, los términos “equidad” e “igualdad” expresan conceptos distintos y transmiten mensajes diferentes, por lo que no son sinónimos ni intercambiables. Así mismo, se requiere que los gobiernos entiendan que la equidad es un medio compensatorio o en otras palabras, un paso preliminar para alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres.

Por consiguiente, un tema importante es como Los Derechos Humanos en Equidad de género constituyen el camino más prometedor para aprender y tomar conciencia de lo valores y principios que dignifican a la condición humana; en particular a las mujeres, cuyo objetivo es sustituir un cambio social en cuanto a la mejora de la calidad humana de las personas en los diferentes contexto de la que se ocupa su trabajo, su estudio, su hogar; etc, (Gershuny, 1983) al profundizar el significado de la expresión social; dice que es aquello que pertenece es relativo y ha sido por la sociedad. Por lo tanto, es de importancia ver como Los Derechos Humanos han evolucionado al determinar cuáles son las responsabilidades de los actores y los contextos de la sociedad.

A continuación, se sugiere una definición de aquellas categorías que han ido agrupándose a partir de sus afinidades: (a) género/sexualidad, (b) igualdad/equidad, (c) diversidad/interculturalidad, (d) participación/representación, (e) pertinencia/calidad, y (f) interseccionalidad/enfoque poblacional), estas definiciones ofrecen la posibilidad de articular conceptos y normativas que se encuentran en acuerdos y políticas sobre derechos humanos, equidad de género, inclusión, etc. Presentando varios aspectos relacionados con el lenguaje inclusivo a incluyente

ESTEREOTIPOS Y ROLES DE GÉNERO

Son normas sociales que varían de acuerdo con la cultura

ISBN: 978-628-95101-6-4

¿QUÉ ES UN ESTEREOTIPO DE GÉNERO?

Son prejuicios frente a los comportamientos de una persona, basados en el sexo al que pertenece.

EJEMPLO: María es mujer, pero le da miedo dedicarse a estudiar una carrera de ingeniería porque esa carrera es para hombres"

¿QUÉ SON LOS ROLES DE GÉNERO?

Tareas o actividades que se espera que realice una persona por el sexo al que pertenece.

EJEMPLO: Juan, el hijo mayor de la casa, es chef y su familia se burla por esto de él, le dicen que ese es un oficio solo para las mujeres"

BRECHAS DE GÉNERO

"Un informe de 2017 llevado a cabo por la profesora Ana Lucía Jaramillo, directora del Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes, con 4.083 universitarios y universitarias. Según este, **el 43% reportó haber sido víctima de acoso sexual y el 26,7% de contacto sexual no deseado durante 2016."**

Según datos del Sistema Penal Oral Acusatorio (SPOA) de la Fiscalía General de la Nación:

"En 2023, Colombia ha tenido más de un caso de feminicidio al día**. El 86% de estos casos se distribuyen entre población joven (18 a 26 años) y adulta (27 a 59**

años), siendo esta última la población más afectada, sumando más de la mitad del total de los casos (56%).”

Durante 2023, según los registros del SPOA, más del 60% de las denuncias de feminicidios se encuentran en la primera etapa de investigación penal, lo que da cuenta de la falta de celeridad de los procesos por feminicidio en la actualidad. Consecuentemente, el 34,5% de los casos se encuentran en etapa de juicio y apenas el 3,6% se encuentra en ejecución de penas.

Entre enero y julio de 2023 se han presentaron **60.469 denuncias de violencia intrafamiliar** a nivel nacional. Estos datos indican que durante 2023 se cometieron más de 203 casos de violencia intrafamiliar contra mujeres al día.

IGUALDAD DE GÉNERO

En este aspecto lo que se pretende presentar Según Mora (2000), como en la la educación para la igualdad de género lo que se busca es transformar desde las familias, las relaciones de género para que, tanto niñas como niños, dispongan de las mismas oportunidades de desarrollar su potencial y se logren establecer relaciones basadas en el respeto mutuo y el diálogo, así como compartir funciones y responsabilidades

CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON EL LENGUAJE INCLUSIVO E INCLUYENTE.

GÉNERO. Hace referencia a una clasificación de individuos o cosas en la que los mismos pueden ser ordenados según sus rasgos o características particulares que los

ISBN: 978-628-95101-6-4

caractericen. El concepto de género es utilizado en diversas disciplinas, adquiriendo de esta manera una definición que se adecua mejor a cada situación.

SEXO. Se distingue del género, aunque van de la mano, el sexo difiere entre las características físicas entre una mujer y un hombre, el género lo hacen en la relación a nivel cultural o se es masculino o se es femenino, llevando a una condición que puede cambiar o modificar a pesar de lo correctamente dicho por la sociedad, es aquí donde entran los transgéneros.

Por tanto, se presentan conceptos definidos para ser tratados en un lenguaje incluyente, además se relacionan con el enfoque diferencial de género asociado a las siguientes variables

BINARIO: Considerarse definido por el género masculino o femenino en exclusiva. Las personas no binarias no se asimilan con ninguno de los dos en términos absolutos.

BISEXUAL: La B en LGTBIQ Capacidad de sentir atracción sexual o afectiva hacía más de un género, no necesariamente en el mismo grado.

CISGÉNERO: Aquellas personas que se identifican con el género que se les ha asignado al nacer.

GAY: La G de LGTBIQ Suele referirse a un hombre que siente atracción afectiva o sexual hacia alguien de su mismo género, aunque puede ser utilizada para todo el colectivo en muchos idiomas.

INTERSEXUAL: La I en LGTBIQ Persona que nace con características sexuales (como cromosomas, genitales y/o estructura hormonal) consideradas de distintos géneros. Muchos médicos aconsejan a los padres operar a los bebés para asignarles un sexo, pero existe un riesgo de que no corresponda con la identidad de género que luego manifieste esa persona. Cada vez más CCAA legislan para prohibir intervenciones de este tipo.

LGTBIQ+: Acrónimo que recoge la diversidad de orientaciones, identidades y expresiones de género. Corresponde a los términos lesbianas, gais, transexuales, bisexuales, e intersexuales.

PANSEXUALIDAD: Es una orientación sexual que se caracteriza por la atracción sentimental, romántica, estética o sexual hacia otras personas independientemente del género. No confundir con la bisexualidad. Atiende a una concepción no binaria del género.

TRANSEXUAL: Persona cuyo sexo asignado al nacer no se corresponde con su identidad sexual y/o de género sentida. Se ha utilizado tradicionalmente para designar a las personas que atraviesan un proceso de cirugía de sexo u hormonación; sin embargo, esto no determina la identidad. A veces se incluye dentro de las identidades trans.

TRAVESTI: Alguien que se viste con ropa que se asocia comúnmente al sexo biológico opuesto.

TRANSFOBIA: Discriminación, rechazo, odio o intolerancia hacia mujeres y hombres trans.

ISBN: 978-628-95101-6-4

EQUIDAD DE GÉNERO:

Es la distribución justa de acuerdo con los intereses y necesidades de hombres y mujeres. Igualmente, significa que mujeres y hombres, independientemente de sus diferencias biológicas, tienen derecho a acceder con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los mismos bienes y servicios de la sociedad, así como a la toma de decisiones en los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar. Asimismo, se determina por aceptar las diferencias entre hombres y mujeres, y la aceptación de derechos, con el objetivo de buscar un equilibrio, en el que ninguno de ambos sexos se beneficie de manera injusta en prejuicio del otro (ONU, 2016).

El análisis de la protección y atención a las mujeres víctimas de violencia sexual se realizará desde una perspectiva de género, comprendido éste como las construcciones socioculturales de ser mujer y ser hombre a partir de las diferencias biológicas asignadas a los machos y a las hembras humanas.

La violencia de género es aquella ejercida “contra las mujeres por razón de su género, lo cual se puede concluir a través de un análisis de los hechos y las circunstancias de estos desde la perspectiva de género

Las imágenes al igual que el lenguaje son relevantes en la comunicación para la equidad. Diversos estudios indican que los seres humanos están programados biológicamente para procesar el mundo de un modo visual, no en vano, el 90% de la información que se transmite al cerebro es visual. En este sentido se hace relevante el uso de imágenes que no estereotipen los roles de género ni violenten su dignidad.

CONCLUSIONES

Las palabras y expresiones que cada persona usa o selecciona para comunicarse pueden promover el uso inconsciente de sesgos, estereotipos o prejuicios sobre las historias y las identidades de las personas.

Empleo de la palabra "personas" y uso de sustantivos adecuados

	EXPRESIÓN NO INCLUSIVA	EXPRESIÓN INCLUSIVA
Diversidad sexual	minorías sexuales	diversidades sexuales población LGBT+ población LGBTTTIQ
	mariconas, marimachas y otros despectivos	lesbianas
	jota, maricón y otros despectivos	gays, homosexuales
	bicicletero/a, indefinidos/as y otros despectivos	personas bisexuales
	hombre hecho mujer, mujer hecha hombre y otros despectivos	personas trans (transexuales y transgénero) personas no binarias
	Hermafrodita	personas intersexuales
Personas con discapacidad física o condición médica	capacidades especiales, capacidades diferentes, minusválido/a, inválido/a discapacitados/as, incapacitados/as enfermos/as	personas con discapacidad persona en estado de dependencia
	sordomudo/a, sordito/a	persona con discapacidad auditiva persona sorda
	invidente, ciegulto/a	persona con discapacidad visual persona con visión baja persona ciega
	lisiado/a, desvalido/a	persona con discapacidad motriz
	retrasados mentales, mongolito	persona con discapacidad intelectual
	enano/a, enanito/a, duende	personas de talla baja personas pequeñas

Ajuste de títulos de profesiones al femenino

EXPRESIÓN NO INCLUSIVA	EXPRESIÓN INCLUSIVA
la arquitecto	la arquitecta
la médico	la médica

Uso de la segunda persona (singular o plural)

EXPRESIÓN NO INCLUSIVA	EXPRESIÓN INCLUSIVA
El que tenga credencial puede pedir el libro. Los que tengan credencial pueden pedir el libro.	Si tienes credencial, puedes pedir el libro. Si tienen credencial, pueden pedir el libro. Si usted tiene credencial, puede pedir el libro. Si ustedes tienen credencial, pueden pedir el libro

Desdoblamiento de sustantivos y artículos

EXPRESIÓN NO INCLUSIVA	EXPRESIÓN INCLUSIVA
los profesores	las profesoras y los profesores
el colaborador	las colaboradoras y los colaboradores
el mexicano	las mexicanas y los mexicanos
los derechos del hombre	los derechos humanos

EN ESTE PANORAMA ¿QUIÉNES FALTAN?

Pensar la accesibilidad como el siguiente paso de la inclusión. La equidad y la igualdad de género es un aspecto muy importante dentro de la sociedad ya que los derechos de las niñas y mujeres al acceso a la educación, la salud, el trabajo, la participación política y a no ser víctimas de la violencia dependen de que se ejerza día a

día la equidad y la igualdad de género. Se resalta que también son importante estos aspectos para no violar el derecho a vivir de las mujeres y niñas de todo el mundo, dado que actualmente aún se siguen viendo muchos casos de violencia contra ellas. La violencia contra la mujer se define por todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (TeleSUR, 2017).

LA IGUALDAD DE GÉNERO IMPULSA LA ECONOMÍA MUNDIAL: El crecimiento económico de un país crece más rápido con la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, pero a pesar de ello, las mujeres aún no tienen una participación plena en el trabajo y no reciben un pago justo e igualitario en comparación al hombre al momento de ejercer la misma labor. En promedio, las mujeres siguen ganando en todo el mundo un 24 por ciento menos que los hombres. A raíz de ello se afirma que si se eliminan las desigualdades entre hombres y mujeres en el ámbito laboral se añadiría un 26 por ciento más de riqueza al Producto Interior Bruto (PIB) mundial y contribuiría al crecimiento de la economía pública y privada (TeleSUR, 2017).

REFERENCIAS

García, F., Piedra, J., Rebollo, M., Vaga, L. (2009). Diagnóstico de la cultura de género en educación: actitudes del profesorado hacia la igualdad. *Revista de Educación*,

355, 521-546. Recuperado de http://www.revistaeducacion.educacion.es/re355/re355_22.pdf

Gershuny, J. (1983). La innovación social y la división del trabajo. Recuperado de http://www.fao.org/library/library-home/en/

Martínez, M. y Vélez, M. (2009). Actitud en niños y adultos sobre los estereotipos de género en juguetes infantiles. *Ciencia Ergo Sum*, *16*(2), 137-144. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035114

Peña, E., Ramos, E., Luzón, J., Recio, P. (2011). *Sexismo y Violencia de Género en la Juventud Andaluza*. España. Instituto Andaluz de la Mujer Consejería para la Igualdad y Bienestar Social Junta de Andalucía. Recuperado de http://www.uca.es/recursos/doc/unidad_igualdad/47737780_1122011112236.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). *Eje transversal: Equidad de Género Webmaster Desarrollado*. Recuperado de: http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=aAa020061--&m=c#.VtdYs33hDIU

Régimen legal de Bogotá. (1991). *Constitución política de Colombia 1991*. Recuperado de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125

TeleSur. (2017). ¿Por qué es importante la igualdad de género?. Recuperado de: https://www.telesurtv.net/telesuragenda/Por-que-es-importante-la-igualdad-de-genero-20170227-0039.html

ISBN: 978-628-95101-6-4

Tomado de https://revistapuntos.uniandes.edu.co/coyuntura/violencia-de-genero-la-tarea-urgente-de-las-universidades/

Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres | 19 de enero de 2017

https://www.youtube.com/watch?v=Zm3NeWg-S1c

https://www.ucn.edu.co/e-discapacidad/Documents/36317784-Diccionario-lengua-de-senas.pdf

MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CASIS: UNA HERRAMIENTA PARA PROFESIONALES DE AYUDA EN LAS UNIVERSIDADES

NSSI EARLY DETECTION MODEL: A TOOL FOR COLLEGE HELPING PROFESSIONALS

José Serra Taylor
Solimar Pérez Torres
Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras
Puerto Rico

Investigación Predictiva

RESUMEN

Introducción/objetivo: El objetivo de esta investigación fue desarrollar un modelo de predicción efectivo para identificar estudiantes universitarios en riesgo de conductas autolesivas sin intención suicida (CASIS) utilizando el aprendizaje automático supervisado. Método: Se obtuvo un conjunto de datos con 4,956 registros de estudiantes universitarios que acudieron a servicios de consejería. Se preprocesaron estos datos y se manejaron los datos faltantes, y se balancearon mediante la Técnica de Sobre muestreo de Minorías Sintéticas (*SMOTE* por las siglas en inglés). Se obtuvo muestra final fue de 1,484 estudiantes, de los cuales 742 presentaban CASIS (clase positiva) y 742 no tenían historial de CASIS (clase negativa). Se seleccionaron siete (7) variables

predictoras mediante análisis de importancia relativa. Se entrenaron y evaluaron tres (3) modelos de regresión logística. Resultados: El Modelo 1 alcanzó una sensibilidad de 0.81 y precisión de 0.71 con umbral de 0.80. Esto indica una capacidad sustancial de detectar estudiantes con CASIS, con un buen balance entre verdaderos y falsos positivos. Conclusiones: El modelo predictivo representa un avance para la detección temprana de CASIS en estudiantes y permite enfocar intervenciones preventivas.

PALABRAS CLAVES

conductas autolesivas no-suicida (CASIS), estudiantes universitarios, predicción de riesgo, aprendizaje automático, regresión logística, detección temprana, prevención, salud mental estudiantil

ABSTRACT

Introduction/Objective: The objective of this research was to develop an effective predictive model to identify university students at risk of non-suicidal self-injury behaviors (NSSI) using supervised machine learning. Method: A dataset with 4,956 records of university students who attended counseling services was obtained. These data were preprocessed, missing data were handled, and they were balanced using the Synthetic Minority Over-sampling Technique (SMOTE). The final sample consisted of 1,484 students, of whom 742 exhibited NSSI (positive class) and 742 had no history of NSSI (negative class). Seven (7) predictive variables were selected through relative importance analysis. Three (3) logistic regression models were trained and evaluated. Results: Model

1 achieved a sensitivity of 0.81 and precision of 0.71 with a threshold of 0.80. This indicates a substantial ability to detect students with NSSI, with a good balance between true and false positives.

KEYWORDS

Non-suicidal self-injury (NSSI), college students, risk prediction, machine learning, logistic regression, early detection, prevention, student mental health

INTRODUCCIÓN

La creciente incidencia de Conductas Autolesivas Sin Intención Suicida (CASIS), también conocidas como Autolesiones No Suicidas (ANS), entre estudiantes universitarios ha surgido como una demanda de servicios en el campo de la salud mental, resaltando una profunda necesidad de abordajes innovadores en la detección y prevención. Estas conductas, que abarcan desde cortes y quemaduras hasta la interferencia en la curación de heridas, no solo representan un mecanismo de autorregulación emocional, sino que también están vinculadas a un espectro más amplio de trastornos psicológicos y un incremento en el riesgo de suicidio. Dadas las graves implicancias asociadas y la prevalencia alarmante, especialmente en un contexto universitario, donde se estima que una proporción significativa de los estudiantes ha experimentado algún episodio de CASIS, se hace imperativo profundizar en la comprensión y manejo de este fenómeno.

Este estudio cobra importancia, ya que pretende desarrollar estrategias efectivas que permitan una detección e intervención temprana de las CASIS. La utilización de técnicas de aprendizaje automático supervisado (MLs por sus siglas en inglés) emerge como un área en crecimiento en la investigación en salud mental, brindando la posibilidad de identificar con precisión a los individuos en riesgo antes de que las conductas se manifiesten. Aunque investigaciones previas han explorado la eficacia de diversas técnicas de MLs en la predicción de conductas autolesivas y suicidas, la necesidad de modelos predictivos con alta sensibilidad (*recall*) es crítica, dado que los falsos negativos pueden tener consecuencias devastadoras.

Este estudio se centra en el desarrollo y evaluación de un modelo de predicción de CASIS en estudiantes universitarios utilizando la regresión logística algoritmo de MLs. A través de la identificación temprana de los estudiantes en riesgo, este modelo aspira a ser una herramienta complementaria a las evaluaciones clínicas tradicionales, facilitando la implementación de intervenciones preventivas eficaces. Esta investigación abordó no solo la precisión del modelo, sino también su capacidad para maximizar el *recall*, enfocándose en la minimización de los falsos negativos y, por ende, en la potencialidad de ofrecer apoyo proactivo a aquellos en necesidad.

Los objetivos del estudio incluyeron: desarrollar un modelo predictivo mediante regresión logística en MLs, identificar y seleccionar las variables más influyentes en la predicción de CASIS, evaluar la capacidad predictiva del modelo en términos de precisión, *recall* y puntuación F1, y explorar diferentes umbrales de clasificación para optimizar el rendimiento del modelo. Este enfoque no solo aspiró a contribuir al ámbito

académico y profesional, sino también a ofrecer una base sólida para la toma de decisiones en la implementación de políticas de salud mental universitarias, enfocadas en la prevención y atención de las CASIS.

REVISIÓN DE LITERATURA

Las CASIS incluyen diferentes formas de lastimarse a uno mismo, como cortarse, quemarse, morderse, golpearse, introducir objetos en la piel y obstaculizar la curación de heridas. Estos comportamientos se diferencian de las conductas suicidas en que no existe un deseo de acabar con la vida, sino de aliviar el malestar emocional (Turner et al., 2012; Wang et al., 2022). Esta distinción es crucial en la práctica clínica y la investigación, ya que las estrategias de intervención varían significativamente según la intención subyacente. En las CASIS, el enfoque se centra en la regulación emocional y el desarrollo de habilidades de afrontamiento, mientras que las conductas suicidas requieren una intervención inmediata debido al riesgo de muerte. El DSM-5-TR, la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, sigue reconociendo la importancia de esta distinción. En esta edición revisada, las CASIS se mencionan como una "condición para mayor estudio", lo que indica que, aunque no se consideran un trastorno formal con criterios diagnósticos establecidos, se reconoce la necesidad de más investigación y comprensión de este comportamiento (American Psychiatric Association, 2022). Este marco subraya la importancia de diferenciar entre CASIS y conductas suicidas, asegurando que los tratamientos se adapten adecuadamente a la naturaleza de cada comportamiento. Algunos estudios han

subrayado que, aunque las CASIS no implican una intención suicida, pueden aumentar el riesgo de suicidio en el futuro, lo que resalta la importancia de intervenciones tempranas y adecuadas (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Se ha observado que la prevalencia de estas conductas varía entre diferentes grupos demográficos, con una incidencia más alta en adolescentes y jóvenes adultos, especialmente en entornos académicos como las universidades (Such-Lorenzo-Caceres, 2019; Swannell et al., 2014; Turner et al., 2012). Los factores de riesgo para las CASIS son multifacéticos e incluyen tanto aspectos individuales como ambientales. Entre los factores más comúnmente asociados se encuentran antecedentes de abuso (físico, emocional o sexual), trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, y dificultades en las relaciones interpersonales. Adicional, características como la impulsividad, la baja autoestima, y problemas en el manejo de emociones, como la alexitimia (dificultad para identificar y describir emociones), son factores críticos que aumentan la vulnerabilidad a estas conductas (Zhang et al., 2023). Un factor importante es que la presencia de estas conductas aumenta el riesgo de intentos de suicidio, problemas de personalidad, cambios de humor, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios y adicciones (Liu et al., 2018). Este aumento de los riesgos asociados resalta la preocupación por el número de jóvenes que tienen este tipo de comportamientos. La mayoría de las personas que comienzan a tener estos problemas están entre los 14 y 24 años, siendo más probable entre los 18 y 25 años (Rodham & Hawton, 2009). Las tasas en adolescentes varían entre el 14% y el 24%, llegando a ser aún más altas en ambientes clínicos, donde pueden alcanzar entre el 13.9% y el 21.4% (Bresin & Schoenleber, 2015; Elisha David Klonsky, 2007; Rodham &

Hawton, 2009). En la población adulta, estas cifras bajan aproximadamente un 5.5% (Bresin & Schoenleber, 2015), y en Estados Unidos la prevalencia es alrededor del 5.9% (Muehlenkamp et al., 2012). Un estudio con 61,767 adolescentes encontró que el 7.3% había experimentado estos problemas en el año anterior (Taliaferro et al., 2012). En varios países europeos, la prevalencia a lo largo de la vida fue del 17.8% entre los 14 y 17 años, y del 11.5% en los últimos 12 meses. Además, en el ámbito universitario, se estima que entre el 17% y el 35% de los estudiantes habían experimentado algún episodio de CASIS (Swannell et al., 2014), siendo más frecuente en mujeres (Liu et al., 2018). Aparte de, en Estados Unidos, se reportó un incremento en la prevalencia del 16% al 45% entre los estudiantes universitarios de nuevo ingreso desde 2008 hasta 2015 (Wester et al., 2018).

El cernimiento de las CASIS en la práctica clínica, se lleva a cabo principalmente a través de entrevistas clínicas estructuradas, cuestionarios auto administrados y herramientas de evaluación estandarizadas. Las entrevistas clínicas permiten a los profesionales de salud mental explorar las conductas autolesivas, indagando sobre la frecuencia, el tipo de autolesión, y las emociones relacionadas (Klonsky & Glenn, 2009). Aunque estas entrevistas proporcionan una evaluación personalizada y detallada, su eficacia depende en gran medida de la habilidad y experiencia del clínico (Nock, 2009). Por otro lado, los cuestionarios auto administrados, como el Self-Harm Inventory (SHI) y el Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI), ofrecen una manera rápida de recopilar información de un gran número de pacientes, pero están limitados por la subjetividad del paciente y la precisión en sus respuestas (Gratz, 2001). Las herramientas de evaluación estandarizadas, como el Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool (NSSI-AT),

proporcionan un enfoque sistemático para la evaluación, pero pueden ser difíciles de implementar en entornos clínicos con limitaciones de tiempo (Whitlock et al., 2014). Estas prácticas de cernimiento tradicionales presentan varias limitaciones, incluyendo la posibilidad de sesgos en la interpretación de los resultados y la falta de eficiencia en la detección temprana de conductas de riesgo (Nock, 2010). Estas limitaciones destacan la necesidad de incorporar herramientas más avanzadas, como las basadas en aprendizaje automático, que puedan mejorar la precisión y eficiencia del cernimiento al analizar grandes volúmenes de datos y detectar patrones no evidentes (Franklin et al., 2017).

Dada la alta prevalencia y las graves consecuencias de estas conductas, es crucial desarrollar métodos efectivos para su detección temprana y mejorar la estratificación del riesgo (Giordano et al., 2021). En este contexto, las técnicas de MLs han demostrado ser útiles para la identificación temprana y precisa de personas en riesgo de desarrollar CASIS, ideación y conductas suicidas, y otros problemas emocionales. Un estudio utilizó estas técnicas para predecir comportamientos autolesivos en el contexto de la salud mental, empleando la técnica "Leave-One-Subject-Out" para entrenar árboles de clasificación con un máximo de cinco divisiones. El modelo desarrollado alcanzó una precisión del 84.78%, un recall del 64.64% y una especificidad del 85.53%. Sin embargo, es crucial considerar que el recall, o sensibilidad, mide la proporción de verdaderos positivos correctamente identificados (Marti-Puig et al., 2022). En contextos donde los falsos negativos pueden tener graves consecuencias, como en la detección de autolesiones, una mayor sensibilidad es deseable. Por lo tanto, un recall del 64.64% podría considerarse relativamente bajo.

Otro estudio abordó la predicción de intentos de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos utilizando cuatro modelos predictivos. Se evaluaron diversos algoritmos mediante la métrica del área bajo la curva (AUC), la cual mide el rendimiento general de los modelos. Los resultados mostraron que todos los algoritmos evaluados “logistic regression” (0.828), “lasso” (0.826), “ridge” (0.829) y “random forest” (0.824) tuvieron un buen rendimiento en la distinción entre casos de intentos de suicidio (IS) y no-IS (Miché et al., 2020). Sin embargo, esta métrica no es eficaz para minimizar los falsos negativos, lo cual es crítico en la detección de personas en riesgo. En una investigación realizada en Corea del Sur, se utilizaron técnicas como la regresión logística, árboles de decisiones aleatorios, máquinas de vectores de soporte y "extreme gradient boosting" (XGBoost) para predecir ideas suicidas, obteniendo recalls entre 0.808 y 0.853, y precisiones entre 0.843 y 0.863. Para la predicción de planificación e intentos suicidas, los recalls oscilaron entre 0.814 y 0.861, y las precisiones entre 0.864 y 0.884, siendo XGBoost la técnica con mejor rendimiento (Lee & Pak, 2022).

En un estudio reciente realizado en España, en donde se exploró el uso de técnicas de ML para predecir CASIS en adultos jóvenes (Marti-Puig et al., 2022). Esta investigación tuvo como propósito desarrollar un modelo predictivo basado en ML para anticipar episodios de CASIS utilizando datos recopilados a través de una aplicación móvil diseñada específicamente para este fin. El estudio incluyó a 64 participantes, divididos en tres grupos: un grupo subclínico de estudiantes universitarios, un grupo clínico de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), y un grupo control de participantes. Los datos se recopilaron utilizando la aplicación Sinjur, que registraba los estados emocionales y las actividades diarias de los participantes tres veces al día

durante 15 días. El modelo predictivo se entrenó utilizando un enfoque de validación cruzada Leave-One-Subject-Out (LOSO), lo que permitió evaluar la precisión del modelo en la predicción de episodios de CASIS. El análisis de los datos reveló que el modelo logró una precisión del 84.78%, con una sensibilidad del 64.64% y una especificidad del 85.53%. Sin embargo, uno de los desafíos identificados fue el manejo de datos altamente desequilibrados, ya que solo una minoría de las entradas registradas correspondía a episodios de CASIS. A pesar de estas limitaciones, el estudio subraya el potencial de las aplicaciones móviles combinadas con técnicas de ML para mejorar la detección y prevención temprana de conductas autolesivas. Los autores concluyeron que, aunque los resultados son prometedores, es necesario realizar estudios adicionales con muestras más grandes y diversas para validar y refinar el modelo desarrollado.

Estos estudios han demostrado la utilización de técnicas de MLs para el desarrollo de modelos predictivos para identificar conductas de riesgo enfocándose principalmente en la precisión y el AUC. No obstante, para una intervención eficaz y temprana, estas métricas pueden ser insuficientes, ya que no consideran el número de falsos negativos, es decir, aquellos estudiantes con riesgo de CASIS que el modelo no identifica. Además, estos modelos requieren una validación adicional con muestras más grandes y representativas.

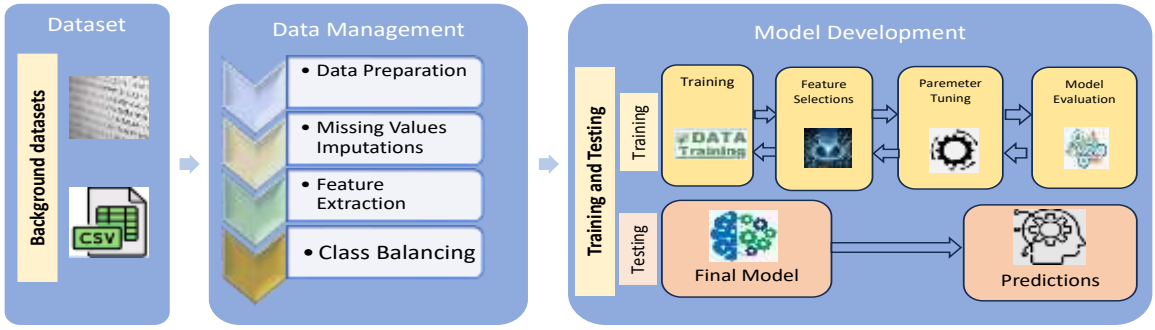
El objetivo de este estudio fue desarrollar y evaluar un modelo predictivo de conductas CASIS en estudiantes universitarios utilizando el MLs y considerando las métricas de recall (sensibilidad), precisión y la puntuación F1.

METODOLOGIA

Este estudio se enfocó en la identificación temprana de CASIS en estudiantes universitarios, un problema significativo en la salud mental que requiere una intervención rápida y eficaz. Para abordar esta necesidad, se utilizó el aprendizaje automático, campo de la inteligencia artificial que permite a las máquinas aprender de los datos. En particular, se utilizó el aprendizaje automático llamado "supervisado" (MLs). Esto significa que los modelos se entrenan con datos que ya tienen respuestas correctas conocidas. De esta manera, el modelo aprende a identificar patrones y puede predecir resultados futuros basándose en nuevos datos (González, 2019; Sohil et al., 2022).

El modelo predictivo, en este caso para la detección CASIS en universitarios, se construyó mediante una serie de pasos sistemáticos. Estos pasos van desde la definición del problema, adquisición y preprocesamiento de datos, la selección y entrenamiento de algoritmos, evaluación de rendimiento usando conjuntos de prueba, optimización, validación y, finalmente, el despliegue o implementación del modelo en producción (González, 2019; Nayan et al., 2022; Raschka, 2017).

Figura 1: Etapas del desarrollo de un modelo de MLs



ISBN: 978-628-95101-6-4

OBTENCIÓN DE LOS DATOS

Se obtuvo la aprobación del Comité de Revisión Ética Institucional bajo el Protocolo # 2223-163 de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Los datos fueron solicitados y obtenidos de un centro de consejería y salud mental universitario, garantizando la confidencialidad y el manejo adecuado de la información de los participantes. En específico se utilizó el conjunto de datos los 'Datos para entrevistas iniciales', que es un formulario de autoreporte que completan los estudiantes que solicitan servicios de consejería.

PREPROCESAMIENTO DE DATOS

En el preprocesamiento de los datos se utilizó Python y varias de sus bibliotecas, como Pandas, matplotlib, seaborn, 'imbalanced-learn' y Scikit-learn, dentro de un entorno de Google Colaboratory (Jupyter Notebook). Inicialmente se corrigieron los nombres de las columnas que contenían caracteres incorrectos para asegurar una correcta interpretación y manejo de los datos. Esto incluyó corregir errores tipográficos y caracteres especiales mal codificados.

A continuación, se realizó un Análisis Exploratorio de Datos (EDA) y se observó que la dimensión del conjunto de datos fue de 4,956 registros y 82 características (variables). Como primer paso, se eliminaron todas las filas con valores faltantes para asegurar la calidad de los datos que se utilizarían para el entrenamiento del modelo. Al tratar los datos perdidos para eliminar los registros con celdas vacías se quedaron 274 en la clase con Historial de CASIS y 742 sin historial de conductas CASIS.

Al observar un desequilibrio significativo en las clases de la variable objetivo CASIS, se implementó la técnica “Synthetic Minority Over-sampling Technique” (SMOTE) utilizando el paquete 'imbalanced-learn' en Python (Chawla et al., 2018; The imbalanced-learn developers, 2023). Esto para asegurar que el modelo esté equilibrado exactamente entre las clases positiva y negativa hasta llegar a los 742 por clase, resultando en un conjunto de datos de 1,484 registros. Además, es importante destacar que un desequilibrio de clases puede sesgar el rendimiento de los algoritmos de MLs, ya que solo pueden clasificar las observaciones en la clase mayoritaria.

Una vez limpiados y balanceado el conjunto de datos, se realizó una selección de características para identificar las variables que serían más útiles para el desarrollo del modelo predictivo. Este proceso de selección de características fue crucial para reducir la dimensionalidad de los datos y mejorar la eficiencia del modelo, manteniendo al mismo tiempo la información más relevante.

ENTRENAMIENTO DEL MODELO

Para el desarrollo del modelo se utilizó la regresión logística, un algoritmo de MLs que trabaja el problema de clasificación binaria (Hosmer et al., 2013). A diferencia de la regresión lineal, que se utiliza para problemas de regresión donde la variable dependiente es continua, la regresión logística se emplea cuando la variable dependiente es categórica o binaria (Sohil et al., 2022).

El objetivo de la regresión logística es predecir la probabilidad de pertenecer a una de las dos clases posibles, generalmente codificadas como 0 y 1 (Kleinbaum & Klein,

2002). Esta probabilidad se obtiene aplicando una función logística o sigmoide a una combinación lineal de las variables independientes. La función logística transforma la combinación lineal en un valor entre 0 y 1, que puede interpretarse como la probabilidad de pertenecer a una clase determinada (Menard, 2011).

Una de las principales ventajas de la regresión logística es su interpretabilidad. Estos se debe a que los coeficientes del modelo proporcionan información sobre la relación entre las variables independientes y la probabilidad de pertenecer a una clase (Hosmer et al., 2013). Además, la regresión logística es más eficiente computacionalmente y puede manejar grandes conjuntos de datos. Esto la hace adecuada para aplicaciones en ciencias de datos e inteligencia artificial (Sohil et al., 2022).

En este caso en particular, se utilizó la biblioteca "scikit-learn" de Python, especializada en ML. La misma es de código abierto, y provee de herramientas y algoritmos para realizar tareas de clasificación, regresión, agrupamiento, selección de características, preprocesamiento de datos y evaluación de modelos (scikit-learn developers, 2023).

En el desarrollo de un modelo de MLs, el entrenamiento es un paso crucial. En este, el algoritmo aprende las relaciones subyacentes entre las características y la variable objetivo (a predecir) en los datos de entrenamiento. Para esto se utilizó el conjunto de datos preprocesado. En la misma, se implementó una división de datos estándar, que consistió en dividir en el conjunto de entrenamiento del 80% y de prueba de un 20% (Gholamy et al., 2018). Esta división en datos de entrenamiento y prueba es

importante, en primer lugar, porque cuando se entrena un modelo, se está interesado no solo en cómo se desempeña en los datos de entrenamiento, sino también en cómo generaliza a nuevos datos no vistos. Al reservar una parte de los datos (en este caso, el 20%) para la prueba, podemos evaluar cómo se comporta [cuan bien predice] el modelo con datos que no se utilizaron durante el entrenamiento. En segundo lugar, si se utilizan todos los datos para el entrenamiento, corremos el riesgo de sobreajustar el modelo a esos datos. El sobreajuste ocurre cuando el modelo aprende solo las peculiaridades de los datos de entrenamiento y se desempeña mal [predice erróneamente] cuando se le presenta nuevos datos (Ying, 2019). Al tener un conjunto de prueba separado, se puede detectar si hay un sobreajuste. Por último, el conjunto de prueba proporciona una estimación honesta del rendimiento del modelo. Como no se utilizaron estos datos durante el entrenamiento, son un buen indicador de cómo se comportará el modelo en la práctica (Gholamy et al., 2018).

MÉTRICAS DE EVALUACIÓN DEL MODELO

Para evaluar el rendimiento del modelo, se emplearon métricas de evaluación claves como la precisión, el *recall*, y la puntuación F1. Estas métricas brindan una visión integral de cómo el modelo funciona, tanto en términos de identificar correctamente los casos positivos (precisión) como en términos de identificar todas las posibles instancias positivas (*recall*). La puntuación F1 proporciona un equilibrio entre estas dos métricas, asignándoles igual importancia (Kundu, 2022).

Estas métricas son cruciales porque brindan un método cuantitativo para evaluar la eficiencia de un modelo predictivo. Específicamente en la clasificación binaria, como

ISBN: 978-628-95101-6-4

en la predicción de CASIS, la precisión, el *recall* y la puntuación F1 son herramientas esenciales para una evaluación completa de la capacidad predictiva del modelo (Kundu, 2022).

La precisión (*precision*) se refiere a la relación entre los verdaderos positivos (es decir, instancias en las que el modelo predice correctamente la CASIS) y todos los casos que el modelo predice como positivos, esto es verdaderos positivos y falsos positivos (González, 2019).

Por otro lado, la sensibilidad (*recall*) se refiere a la relación entre los verdaderos positivos y todas las instancias verdaderamente positivas, estos son los verdaderos positivos y falsos negativos (González, 2019). En otras palabras, cuáles son casos reales de CASIS.

En el caso de la puntuación F1 (*F1 Score*), es la media armónica entre precisión y *recall*, proporcionando un balance entre ambas métricas y otorgándoles igual importancia (González, 2019).

Estas métricas se derivan de la matriz de confusión, que es un método estándar en MLs para evaluar la eficacia de un modelo predictivo. Esta permite visualizar el rendimiento de un algoritmo de clasificación, mostrando los verdaderos positivos, falsos positivos, verdaderos negativos y falsos negativos. Al mismo tiempo, estas métricas se obtienen en el reporte de clasificación y utilizando la librería "scikit-learn" de Python (González, 2019; Raschka, 2017; scikit-learn developers, 2023).

Es importante destacar que dentro del contexto de la predicción de las conductas CASIS, la métrica del recall es de particular importancia. Esto se debe a que cuando se trata de problemas de salud mental y riesgos a la vida de los individuos, es crucial que el modelo sea capaz de identificar la mayor cantidad posible de casos positivos reales. Un falso negativo (un caso en el que el modelo predice incorrectamente que un estudiante no tiene CASIS cuando en realidad sí lo tiene) puede tener graves consecuencias, ya que podría resultar en la ausencia de la intervención necesaria para el estudiante. Por lo tanto, puede ser preferible contar con un *recall* elevado, incluso si eso significa tolerar una precisión más baja (es decir, un número mayor de falsos positivos).

Si se priorizara únicamente la precisión en este contexto, se podría obtener un modelo que sea altamente preciso en clasificar los casos negativos, o sea estudiantes sin conductas CASIS. Sin embargo, esto podría llevar a un alto número de falsos negativos, es decir, casos positivos que son incorrectamente clasificados como negativos. Esto resultaría en la pérdida de oportunidades de brindar una intervención temprana, y a un mayor riesgo para la salud y el bienestar de los estudiantes. Si bien la precisión sigue siendo una métrica relevante, el énfasis en el *recall* es fundamental para lograr el objetivo de identificar de manera efectiva los casos de conductas CASIS en estudiantes universitarios.

ISBN: 978-628-95101-6-4

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS DATOS

SELECCIÓN DE CARACTERÍSTICAS

En esta investigación de las 82 características iniciales que componían el conjunto de datos, se seleccionaron las siete más importantes para el análisis basándose en su importancia relativa (Ver Tabla 1). Estos valores indican cuánto contribuye cada característica a la predicción del modelo. Una importancia más alta indica que la característica correspondiente es más influyente en la decisión del modelo. Este paso, asegura la calidad de los datos y sentó las bases para el entrenamiento y la evaluación del modelo de regresión logística.

Tabla 1

Importancia relativa de las características en el desarrollo del modelo

Variable / Características	Importancia
Tengo dificultades con el sueño	0.29
Consideré seriamente lastimar a otra persona	0.26
Sentí la necesidad de reducir el uso de bebidas alcohólicas y/o drogas	0.25
Asistí a consejería o psicoterapia por asuntos relacionados con mi salud	0.23
He tenido ataques de pánico o episodios de ansiedad severa	0.21
Tengo preocupaciones relacionadas a mi alimentación/dietas no saludables	0.18
He tenido contactos sexuales u otras experiencias de índole sexual sin desearlo	0.18

Nota: Características con el peso de la importancia en el modelo predictivo desarrollado.

La característica "Tengo dificultades con el sueño" fue la más influyente, con una importancia relativa de 0.29, lo que sugiere que los problemas de sueño son un indicador

significativo en la predicción del comportamiento autolesivo. La segunda característica más importante fue "Consideré seriamente lastimar a otra persona" con un valor de 0.26, seguido por "Sentí la necesidad de reducir el uso de bebidas alcohólicas y/o drogas" con una importancia de 0.25.

La asistencia a consejería o psicoterapia por problemas de salud mental también resultó ser un factor relevante, con una importancia de 0.23, destacando la relación entre la búsqueda de ayuda profesional y la conducta autolesiva. Los ataques de pánico o episodios de ansiedad severa, preocupaciones relacionadas con la alimentación y dietas no saludables, y experiencias sexuales no deseadas también mostraron valores significativos, indicando su impacto en el modelo.

Estas características seleccionadas no solo mejoran la precisión del modelo, sino que también facilita la interpretación y aplicación práctica de los resultados, permitiendo a los profesionales de la salud mental identificar y priorizar factores críticos en la evaluación y tratamiento de conductas autolesivas.

EVALUACIÓN DE MODELOS

Se evaluaron tres modelos predictivos diferentes para la identificación de estudiantes en riesgo de CASIS (Ver Tabla 2). Los modelos difieren en su tratamiento de los datos perdidos y las técnicas utilizadas para equilibrar las clases.

Para el desarrollo del modelo, la métrica más importante fue el *recall y* se ajustó el umbral para maximizar la misma. Sin embargo, se consideraron también las otras

ISBN: 978-628-95101-6-4

métricas para asegurar que el modelo no estaba simplemente clasificando a todos los estudiantes como CASIS.

En el Modelo 1, presentó un *recall* de 0.81, lo que significa que es capaz de identificar correctamente al 81% de los estudiantes con CASIS. Esto es bastante alto, pero se debe tener en cuenta que también presenta la mayor precisión (0.71) entre los tres modelos, lo que indica que de todos los estudiantes que el modelo identifica como CASIS, el 71% realmente presentan CASIS. Este equilibrio entre el *recall* y la precisión hace del Modelo 1 una opción sólida para nuestro objetivo.

En el caso del Modelo 2, obtuvo un *recall* de 0.80, casi igual a la del Modelo 1. Sin embargo, su Precisión fue 0.66, inferior a la del Modelo 1. Esto significa que el modelo puede identificar una proporción similar de estudiantes con CASIS, pero con un menor porcentaje de casos que realmente presentan CASIS comparado con el Modelo 1. Por lo tanto, aunque este modelo puede ser útil para minimizar el riesgo de no identificar a un estudiante con CASIS, también puede llevar a un mayor número de falsos positivos.

Por último, en el Modelo 3, presentó el mayor *recall* (0.83) de los tres modelos. Sin embargo, su Precisión es de 0.66, la más baja de los tres modelos. Esto significa que, aunque el modelo es capaz de identificar una gran proporción de estudiantes con CASIS, también presenta un alto número de falsos positivos, lo que puede llevar a un sobrediagnóstico de CASIS.

Tabla 2

Rendimiento de distintos modelos de Regresión Logística

Modelos	Precisión	Sensibilidad	Puntuación F1
Modelo 1	0.71	0.81	0.75
Modelo 2	0.66	0.80	0.73
Modelo 3	0.66	0.83	0.73

Nota: Para el entrenamiento de los modelos se utilizaron distintas técnicas. En el Modelo 1 se trataron los datos perdidos mediante eliminación registros y para el balanceo *SMOTE*), en el Modelo 2 se trataron los datos perdidos mediante el valor más frecuente y para el balanceo *SMOTE para igualarlo a la clase mayoritaria*) y el Modelo 3 se trataron los datos perdidos mediante el valor más frecuente y para el balanceo se utilizó el *RandomUnderSampler para igualarlo a la clase minoritaria*).

Los resultados obtenidos indican que, aunque los tres modelos exhiben recall elevados y cumplen con el objetivo principal de minimizar la probabilidad de no identificar a un estudiante con CASIS, el Modelo 1 parece ser la opción más adecuada. Esto se debe a su mayor precisión, reflejando un balance más efectivo entre la identificación de verdaderos positivos y la minimización de falsos positivos. Además, las métricas demuestran que el modelo tiene un desempeño considerablemente bueno, con la capacidad de identificar correctamente el 80.63% de las instancias positivas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio desarrolló y evaluó la efectividad de varios modelos entrenados mediante la técnica de regresión logística para predecir de las conductas CASIS, enfocándose particularmente en maximizar el recall. Los tres modelos evaluados demostraron altos recall, lo cual es importante para el propósito de este estudio. Sin embargo, se observaron diferencias significativas en términos de la precisión. El Modelo 1, demostró ser el más efectivo debido a su alto recall (80.63%), y también por presentar

una mayor precisión (70.88%) entre los tres modelos. Esto indica que el Modelo 1 logró una superioridad en alcanzar un balance óptimo entre la identificación de verdaderos positivos (estudiantes con CASIS) y la minimización de falsos positivos (estudiantes sin conductas CASIS identificados incorrectamente como que tienen conductas CASIS). Esta efectividad del Modelo 1, pueden contrastarse con los hallazgos de investigaciones anteriores que emplearon diversas técnicas de MLs. En una investigación que utilizó XGBoost. Esta mostró altos niveles de precisión y recall en la predicción de conductas suicidas. Esto sugiere que diferentes enfoques y técnicas pueden ser efectivos en contextos similares (Lee & Pak, 2022). Sin embargo, este estudio se distingue al enfocarse específicamente en las conductas CASIS y al buscar un equilibrio entre el recall y la precisión.

Es importante destacar que, aunque el recall es la métrica principal en este estudio, la precisión sigue siendo importante. Un alto número de falsos positivos puede llevar a un sobre-diagnóstico de personas con conductas CASIS, lo cual podría tener implicaciones negativas para los estudiantes y requeriría recursos innecesarios de las instituciones de salud mental. Por ende, la selección del Modelo 1 está basada en su habilidad para balancear efectivamente el recall y la precisión, ya que los costos de no identificar a un estudiante en riesgo pueden ser significativos. Al mismo tiempo, este enfoque, al también considerar la precisión, es fundamental para evitar sobre-diagnósticos y el uso ineficiente de recursos, un aspecto no siempre centralizado en estudios anteriores.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio indicaron que el modelo de regresión logística, cuando se ajusta adecuadamente, puede ser una herramienta eficaz para predecir las personas con conductas CASIS en estudiantes universitarios. En particular, el Modelo 1, que utiliza la estrategia de eliminación de datos perdidos y SMOTE para el balance de clases, demostró ser el más efectivo en términos de recall y precisión.

El uso de este modelo en el entorno universitario podría permitir la identificación temprana de estudiantes con conductas CASIS, lo que a su vez podría facilitar intervenciones tempranas y dirigidas a apoyarles. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, aunque el modelo puede ser una herramienta útil, no reemplaza la evaluación y el juicio clínico profesional. Además, es fundamental que se utilice de forma ética y responsable, respetando la privacidad y los derechos de los estudiantes.

RECOMENDACIONES

Primero, realizar investigaciones adicionales para explorar la aplicación de este modelo en diferentes contextos y poblaciones, así como la incorporación de otras variables que podrían influir en las conductas CASIS. Este esfuerzo permitirá el refinamiento continuo del modelo, mejorando su capacidad de predicción y su utilidad práctica.

Segundo, explorar otras técnicas de aprendizaje automático supervisado para comparar su eficacia en la predicción de CASIS. Las técnicas como las máquinas de vectores de soporte, los árboles de decisión, k vecinos más cercanos, redes neuronales

podrían proporcionar diferentes ventajas y desventajas en términos de precisión, sensibilidad y capacidad para manejar conjuntos de datos grandes y complejos.

Tercero, este estudio se realizó con un conjunto de datos específico de estudiantes universitarios. Sería útil replicar este estudio con conjuntos de datos de otras poblaciones de estudiantes universitarios para evaluar la generalización del modelo.

Cuarto, este estudio identificó siete características clave que contribuyen a la predicción de las conductas CASIS. Sin embargo, hay muchos otros factores, incluyendo factores ambientales, académicos y de relaciones interpersonales, que también podrían influir en estas conductas y que podrían ser investigados en futuros estudios.

Quinto, se recomienda implementar el Modelo 1 en entornos universitarios para facilitar la identificación temprana de estudiantes en riesgo de conductas CASIS. No obstante, es importante recordar que, aunque el modelo puede ser una herramienta útil, no reemplaza la evaluación y el juicio clínico profesional.

Y sexto, se sugiere proporcionar formación continua a los profesionales de la salud mental en la interpretación y aplicación de las predicciones del modelo, para asegurar su uso adecuado y efectivo.

LIMITACIONES:

Aunque este estudio proporciona importantes avances en la predicción de las conductas CASIS en estudiantes universitarios, también presenta varias limitaciones a considerar:

Primero, los datos utilizados provienen de estudiantes universitarios que solicitaron servicios en un centro de consejería y salud mental, lo que podría sesgar la muestra hacia estudiantes con mayor disposición para buscar ayuda. Esto puede limitar la generalización de los resultados.

Segundo, a pesar de que se seleccionaron cuidadosamente las características del modelo, es posible que existan otras variables no incluidas en el estudio que puedan influir en la CASIS. Además, este estudio también asume que todas las variables son independientes, lo que puede no ser el caso en la realidad.

Tercero, si bien el Modelo 1 demostró ser el más eficaz en términos de recall y precisión, este estudio no exploró todas las posibles combinaciones de técnicas de preprocesamiento de datos y métodos de equilibrio de clases.

Cuarto, se utilizó SMOTE para equilibrar las clases en nuestro conjunto de datos, sin embargo, este método puede introducir ruido y distorsionar la estructura de los datos, lo que puede afectar a la capacidad de generalización del modelo.

Quinto, las métricas de rendimiento del modelo son sólidas, sin embargo, todavía existe un margen de error. Como con cualquier modelo de predicción, hay una posibilidad de falsos positivos y falsos negativos, lo que podría tener implicaciones significativas en el contexto de la salud mental de los estudiantes universitarios.

Por último, la regresión logística es una técnica de aprendizaje supervisado poderosa y ampliamente utilizado, pero existen otras técnicas que podrían ser muy efectivas para predecir las conductas CASIS.

ISBN: 978-628-95101-6-4

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text Revision (DSM-5-TR) (Fifth Edit). American Psychiatric Publishing.

Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 38, 55–64. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009

Chawla, N. V, Bowyer, K. W., Hall, L. O., & Philip Kegelmeyer, W. S. (2018). SMOTE: synthetic minority over-sampling Technique. Journal of Artificial Intelligence Research, 16, 321–357. https://doi.org/10.5555/1622407.1622416

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & M.K., N. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychological Bulletin, 143(2), 187–232. http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L617449631%0Ahttp://dx.doi.org/10.1037/bul0000084

Gholamy, A., Kreinovich, V., & Kosheleva, O. (2018). Why 70/30 Or 80/20 Relation Between Training And Testing Sets : A Pedagogical Explanation. Departmental Technical Reports (CS), 1209, 1–6.

Giordano, C., Brennan, M., Mohamed, B., Rashidi, P., Modave, F., & Tighe, P. (2021). Accessing Artificial Intelligence for Clinical Decision-Making. Frontiers in Digital Health, 3(June), 1–9. https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.645232

González, L. (2019). Machine Learning con Python: Aprendizaje Supervisado (Spanish Ed).

Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23(4), 253–263. https://doi.org/10.1023/A:1012779403943

Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). Applied Logistic Regression: Third Edition. In Applied Logistic Regression: Third Edition. wiley. https://doi.org/10.1002/9781118548387

Kleinbaum, D. G., & Klein, M. (2002). Logistic Regression: A Self-Learning Text.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31(3), 215–219. https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z

Klonsky, E.D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. Journal of Clinical Psychology, 63(11), 1045–1056. https://doi.org/10.1002/jclp.20412

Klonsky, Elisha David. (2007). Non-suicidal self-injury: An introduction. Journal of Clinical Psychology, 63(11), 1039–1043. https://doi.org/10.1002/jclp.20411

Kundu, R. (2022). F1 Score in Machine Learning: Intro & Calculation. V7Labs.Com. https://www.v7labs.com/blog/f1-score-guide

Lee, J., & Pak, T. Y. (2022). Machine learning prediction of suicidal ideation, planning, and attempt among Korean adults: A population-based study. SSM - Population Health, 19. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101231

Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 5(1), 51–64. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8

Marti-Puig, P., Capra, C., Vega, D., Llunas, L., & Solé-Casals, J. (2022). A Machine Learning Approach for Predicting Non-Suicidal Self-Injury in Young Adults. 22(13). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35808286/

Menard, S. (2011). Interpreting the Logistic Regression Coefficients In: Applied Logistic Regression Analysis. Sage, 1–120. http://dx.doi.org/10.4135/9781412983433

Miché, M., Studerus, E., Meyer, A. H., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H. U., & Lieb, R. (2020). Prospective prediction of suicide attempts in community

adolescents and young adults, using regression methods and machine learning. Journal of Affective Disorders, 265, 570–578. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.093

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6. https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10

Nayan, M., Uddin, M., Hossain, M., Alam, M., Zinnia, M., Haq, I., Rahman, M., Ria, R., & Haq Methun, M. (2022). Comparison of the performance of machine learning-based algorithms for predicting depression and anxiety among University Students in Bangladesh: A result of the first wave of the COVID-19 pandemic. Asian Journal of Social Health and Behavior, 5(2), 75–84. https://doi.org/10.4103/shb.shb_38_22

Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. Current Directions in Psychological Science, 18(2), 78–83. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x

Nock, M. K. (2010). Self-Injury. In Annual Review of Clinical Psychology (Vol. 6, pp. 339–363). https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

Raschka, S. (2017). Python Machine Learning (Second Edi). Packt Publishing.

Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment., 37–62. https://doi.org/10.1037/11875-003

scikit-learn developers. (2023). scikit-learn: machine learning in Python — scikit-learn 1.3.1 documentation. https://scikit-learn.org/stable/index.html

Sohil, F., Sohali, M. U., Shabbir, J., James, G., Witten, D., Hastie, T., Tibshirani, R., Sohil, F., Sohali, M. U., & Shabbir, J. (2022). An introduction to statistical learning with applications in R. In Statistical Theory and Related Fields (Vol. 6, Issue 1). Taylor & Francis. https://doi.org/10.1080/24754269.2021.1980261

Such-Lorenzo-Caceres, M. (2019). La Autolesión No Suicida En Población Adulta Española: Estudio Comparativo De Algunos Factores De Riesgo [Universidad Pontificia Comillas]. https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/53316/TFM001443.pdf

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. Suicide and Life-Threatening Behavior, 44(3), 273–303. https://doi.org/10.1111/sltb.12070

Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J., & Kugler, K. C. (2012). Factors Distinguishing Youth Who Report Self-Injurious Behavior: A

Population-Based Sample. Academic Pediatrics, 12(3), 205–213. https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.008

The imbalanced-learn developers. (2023). Imbalanced-learn documentation — Version 0.11.0. https://imbalanced-learn.org/stable/

Turner, B. J., Chapman, A. L., & Layden, B. K. (2012). Intrapersonal and interpersonal functions of non suicidal self-injury: Associations with emotional and social functioning. Suicide and Life-Threatening Behavior, 42(1), 36–55. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00069.x

Wang, Y. J., Li, X., Ng, C. H., Xu, D. W., Hu, S., & Yuan, T. F. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. EClinicalMedicine, 46. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350

Wester, K., Trepal, H., & King, K. (2018). Nonsuicidal Self-Injury: Increased Prevalence in Engagement. Suicide and Life-Threatening Behavior, 48(6), 690–698. https://doi.org/10.1111/sltb.12389

Whitlock, J., Exner-Cortens, D., & Purington, A. (2014). Assessment of nonsuicidal self-injury: Development and initial validation of the Non-Suicidal Self-Injury-Assessment Tool (NSSI-AT). Psychological Assessment, 26(3), 935–946. https://doi.org/10.1037/a0036611

Ying, X. (2019). An Overview of Overfitting and its Solutions. Journal of Physics: Conference Series, 1168(2). https://doi.org/10.1088/1742-6596/1168/2/022022

ISBN: 978-628-95101-6-4

Zhang, B., Zhang, W., Sun, L., Jiang, C., Zhou, Y., & He, K. (2023). Relationship between alexithymia, loneliness, resilience and non-suicidal self-injury in adolescents with depression: a multi-center study. BMC Psychiatry, 23(1). https://doi.org/10.1186/s12888-023-04938-y

RESEÑA AUTORES

JOSÉ SERRA TAYLOR, PH.D.

Es un profesional en el campo de las ciencias del comportamiento, quien posee doctorado en Filosofía Ciencias de Conducta y Sociedad por la Universidad Complutense de Madrid y una maestría en Inteligencia Artificial por el Barcelona Tech.

Desde 2008, ha estado trabajando en el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Su experiencia profesional incluye práctica de trabajo social clínico en diversos ámbitos privado y público.

Ha participado en proyectos de investigación enfocados en temas críticos como el impacto de las artes expresivas en la fatiga por compasión, el perfil de estudiantes universitarios que incurren en conducta autolesiva sin intención suicida (CASIS) y la intervención multidisciplinaria en el desarrollo integral del atleta, entre otros.

Entre sus publicaciones destacan investigaciones sobre diseño y evaluación de adiestramientos para la identificación y manejo de riesgo suicida, violencia familiar e

íntima entre estudiantes universitarios, factores protectores de la depresión en adultos mayores en Puerto Rico, y el rendimiento académico y la autoeficacia en estudiantes universitarios. Como también, ha desarrollado varios softwares para detectar problemas de salud mental y para mejorar los servicios a la población de estudiantes. A la vez, trabaja como editor asociado de la Revista Griot desde 2009 y como revisor en la Revista CES Psicología y la Revista Acta de Psicología.

SOLIMAR PÉREZ TORRES, ED.D.(C)

Se ha destacado en el campo de la consejería en rehabilitación y la educación. Actualmente está finalizando un Doctorado en Educación con especialización en Consejería y posee una Maestría en Consejería de Rehabilitación.

En su rol profesional, Pérez Torres ha demostrado liderazgo, especialmente en su posición como directora auxiliar en la Oficina de Servicios a Estudiantes con Impedimentos de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Allí, ha implementado estrategias y programas novedosos que han tenido un impacto significativo en el apoyo y éxito de los estudiantes con diversidad funcional.

Una de sus publicaciones destacadas es un capítulo sobre Bienestar Espiritual para el libro "Ideas para una Vida Saludable", con número de ISBN 978-1-64131-271-4. Este trabajo refleja un enfoque holístico en el campo del bienestar y la consejería, subrayando la importancia del equilibrio como componente esencial de la salud integral.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Actualmente trabaja en una investigación que combina el Machine Learning Supervisado y DBT (Dialectical Behavior Therapy) para identificar y gestionar la desregulación emocional en estudiantes universitarios. Este proyecto representa un avance significativo en la aplicación de tecnologías basadas en inteligencia artificial para abordar situaciones complejas en el ámbito de la salud mental y la educación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Decanato de Estudios Graduados e Investigación (DEGI), al Fondo Institucional para la Investigación (FIPI) y al Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil (DCODE) del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico por los recursos provistos para el desarrollo de este proyecto de investigación.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y CREENCIAS SOBRE LAS DROGAS DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA Y UNIVERSITARIOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO

RISK PERCEPTION AND DRUG BELIEFS OF HIGH SCHOOL AND COLLEGE STUDENTS: A COMPARATIVE STUDY

Jhony Alberto Moreno Requena
Universidad de Huelva
España

Investigación Cuantitativa

RESUMEN

Se realizó un estudio comparativo con el objetivo de identificar la percepción de riesgo y creencias sobre el consumo de drogas en grupos de estudiantes de secundaria y universitarios de dos países. La muestra obtenida por conglomerados estuvo conformada por 1.447. Se diseño un estudio transversal con un análisis correlacional y descriptivo de las variables agrupadas. Resultados: Se hallaron asociaciones moderadas en edad inicio grupo secundaria (r<,576) y edad de inicio grupo de universitarios (r<,442), entre percepción de riesgo ciudad grupo secundaria (r<,619) y ciudad grupo de universitarios (r<,531); también se identificó que la percepción de riesgo en la ciudad y la percepción del riesgo del grado de peligrosidad registran un p-valor

significativo (p<0,05); habría asociaciones y diferencias en la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas en relación con el género en ambos grupos. Las creencias sobre las consecuencias establecen una media del 48,68% para los estudiantes de secundaria y de 38,00% para universitarios. Conclusión: Los datos señalan que el consumo de drogas estaría relacionado directamente con el acceso y facilidad de conseguirlas dentro de los entornos escolares, universitarios y de la ciudad; así mismo se encontró baja percepción del grado de peligrosidad de algunas drogas legales e ilegales; bajas creencias sobre las consecuencias problemáticas de las drogas sobre sus efectos adictivos, legales, amistades, o barreras para el desempeño académico y conseguir empleo; altas creencias sobre las drogas relacionadas con el placer y diversión.

PALABRAS CLAVE

Drogas, Adolescente y jóvenes estudiantes, percepción del riesgo y creencias sobre las drogas, estudio comparativo.

ABSTRACT

A comparative study was carried out to identify risk perception and beliefs about drug use in groups of high school and university students from two countries. The sample obtained by conglomerates was made up of 1,447. A cross-sectional study was designed with a correlational and descriptive analysis of the grouped variables. Results: Moderate associations were found in starting age of the secondary group (r<.576) and age of onset of the university group (r<.442), between risk perception in the secondary group of the

city (r<.619) and of the university group of the city (r<.619). r<.531); It was also identified that the perception of risk in the city and the perception of the risk of the degree of danger register a significant p-value (p<0.05); There would be associations and differences in risk perception regarding drug consumption in relation to gender in both groups. Beliefs about consequences establish an average of 48.68% for high school students and 38.00% for university students. Conclusion: The data indicate that drug consumption would be directly related to the access and ease of obtaining them within school, university and city environments; Likewise, a low perception of the degree of danger of some legal and illegal drugs was found; low beliefs about the problematic consequences of drugs on their addictive effects, legal effects, friendships, or barriers to academic performance and obtaining employment; high beliefs about drugs related to pleasure and fun.

KEYWORDS

Drugs, Adolescents and young students, risk perception and beliefs about drugs, comparative study

INTRODUCCIÓN

Esta investigación tuvo como fin continuar con la observación sugerida por muchos autores sobre el comportamiento de ciertos grupos de riesgo como los adolescentes y jóvenes en centros educativos en relación con las drogas y su consumo de manera comparativa mediante la identificación de algunas variables como la edad de

ISBN: 978-628-95101-6-4

inicio, percepción del riesgo dentro del entorno educativo, ciudad, grupo de amigos, grado de dificultad, facilidad para conseguirlas, percepción de peligrosidad, identificación con el consumo en el entorno, creencias sobre las consecuencias. Algunos estudios sugieren que es relevante monitorear la edad de inicio a las drogas en poblaciones de adolescentes y jóvenes en edades cada vez más tempranas, así como la percepción y creencias como variables relacionadas con la conducta de consumo o no consumo de algunas sustancias dentro de entornos cercanos como la escuela o universidad y la ciudad. La revisión bibliográfica previas a esta investigación no encontró estudios recientes donde se comparen percepción de riesgos y creencias sobre las drogas en grupos de estudiantes y universitarios. Los estudios comparativos entre grupos proponen retos metodológicos, pero son estudios que arrojan datos valiosos para identificar el comportamiento del consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes de diversos contextos como ciudades y países diversos. Se espera que este estudio sirva como aporte al entendimientos y actualización de datos sobre el consumo de drogas sobre poblaciones de interés.

MARCO TEORICO

Las drogas son concebidas como toda sustancia química con la capacidad de modificar los procesos fisiológicos de los organismos con efectos sobre el sistema nervioso central y el comportamiento de los individuos. En este sentido el consumo de drogas es definida como el uso indebido de sustancias con efectos psicoactivos de manera recurrente y abusiva sin importar su origen, ya bien sea naturales, legales o

ilegales, de diseño, o reguladas por una prescripción médica (OMS, 2004,2020; Mendoza, 2008).

Los adolescentes y jóvenes se han convertido estadísticamente como población vulnerable y el grupo de riesgo de mayor crecimiento en el consumo de drogas desde finales del siglo XX (OMS, 2004, 2020; Sussman, Unger y Dent, 2004). Kim-Spoom y Farley, 2014). Las conductas de riesgo, especialmente el consumo de drogas en los adolescentes tiene implicaciones en la salud pública relacionándose con problemas intoxicaciones, ingresos hospitalarios, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tránsito, comportamiento antisocial, problemas legales, alteraciones emocionales, problemas de salud mental, problemas de aprendizaje y desempeño escolar (Altell,2018; Espada et al; 2003; Metrik et al;2016; Negreiros, 2006; Palacios y Andrade,2007). El consumo temprano de drogas podría tener efectos sobre el desarrollo neurológico, desempeño cognitivo y rendimientos escolar (Chen, Storr y Anthony, 2009). Se ha identificado desajustes importantes de tipo social como la deserción escolar, conflictos familiares, alteraciones del estado de ánimo, aumento del riesgo de conducta suicida, además de trastornos psicóticos asociados al consumo de drogas (Bousoño et al; 2017); Coombes et al; 2009; Segrott et al; 2014).

En el problema del consumo de drogas, la percepción del riesgo es uno de los elementos de mayor estudio en los últimos años, y se define como el grado en que una conducta se considera amenazante para la salud. Percepción que establece el individuo basado en las influencias de aspectos interpersonales y el entorno que facilitan o

ISBN: 978-628-95101-6-4

contienen la ejecución del consumo de sustancias legales e ilegales. (Becoña, 2007; García, 2012).

La percepción de riesgo está asociado a procesos cognitivos como las creencias y actitudes de cada individuo, y están vinculados a su vez con el contexto, con otras personas y objetos estructurados en un sistema de juicios y valores (Pastor, 2000; Lucena, 2013). De esta manera la percepción del riesgo estaría ubicada en el plano subjetivo del individuo y junto a factores como calidad y cantidad de la información, creencias y actitudes, experiencias, motivación, estereotipos. Hacen que el sujeto asuma el riesgo o no, en competencia de las características expositivas de cada situación. Por ejemplo, en un supuesto consumo de alcohol, un adolescente puede percibir bajo riesgo ante el mismo si en su experiencia personal ha podido comprobar que no ha sufrido malestar o peligro alguno al consumirlo. Si además percibe que está bien informado acerca de la cantidad de alcohol que no supone riesgos agregados si no realiza una actividad complementaria (como conducir), sus creencias y actitudes serán positivas y se sentirá muy motivado para consumir alcohol “de manera dosificada” y hacerlo de forma generalizada en las ocasiones que sean parecidas a las anteriores que fueron exitosas para el sujeto (Lucena, 2013).

Creencias, actitudes son nociones que se relacionan con el consumo de drogas en hallazgos de estudios; y se han mostrado como predictores fiables de la conducta de consumo (Ballester, Gil y Guirado, 2000; Barkin, Smith y DuRant, 2002; Moral, Rodríguez y Srvent, 2006; Moral et al; 2009; Moral, Rodríguez y Ovejero, 2010; Varela et al; 2013). Lo que se ha encontrado tiene que ver, conque, los pensamientos de los adolescentes

sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el acto de consumir propio u observado en otros individuos, determinarán la ocurrencia o no de consumo.

Estudios han observado que ciertas conductas de tipo social que adoptarían los individuos estarían en función de los efectos positivos que obtendrían, y evitarían los efectos negativos; es por esto por lo que las ideas que se puedan tener sobre las distintas drogas dependen del uso de las creencias y de la construcción social. Las creencias de los adolescentes entorno a las drogas influyen en su consumo en la medida que la valoración del riesgo sobre la salud sea alto o bajo; es así como un adolescente o joven tendría creencias distintas para las sustancias legales e ilegales o para el uso continuo o esporádico de éstas (Moral, Rodríguez y Srvent, 2006).

Para valorar una creencia en general es necesario observar las distintas creencias que estarían en juego, para tener un mayor control de elementos predictores sobre la actitud que está teóricamente relacionada con la intención de llevarla a cabo. El conocimiento sobre las creencias específicas que se puedan obtener de los miembros de un grupo o un conglomerado sobre el consumo de alcohol, tabaco y demás sustancias, va a orientar la organización de elementos predictores que podrían facilitar estrategias preventivas (Pérez et al; 2022).

Se considera que los procesos psicológicos contemplan características cognitivas, afectivas y sociales. Cognitivas como creencias, actitudes y percepción del riesgo. Afectivas como el estado de ánimo y emociones. Lo social reúne las normas y los elementos de interacción y comunicación. Estas características funcionarán propiciando o desestimando la manifestación de una conducta especifica y son importantes cuando

ISBN: 978-628-95101-6-4

se requiere intentar predecir la aparición, el mantenimiento o la extinción de una conducta en un determinado contexto. En el tema de las drogas son muchas las investigaciones que han tomado como objeto de estudio los distintos factores que tendrían la capacidad de predecir el comportamiento y han escogido en particular los factores cognitivos, enfatizando en las creencias, y la percepción del riesgo, como un bloque de factores o como elementos de indagación separada, pero que se deben analizar en su conjunto (Melo y Castanheira, 2010; Moral, Rodríguez y Srvent, 2006; Moral et al; 2009).

MÉTODOS

La muestra del estudio estuvo formada por dos grupos de estudiantes. Un grupo de 1.042 de estudiantes de secundaria de una provincia de Antioquia (Colombia), y otro grupo de 405 estudiantes universitarios del estado de Coahuila (México), resultando una muestra de 1.447. Las edades de ambos grupos entre los 14 y los 24 años. Se seleccionaron a los participantes mediante un muestreo aleatorio por conglomerados. Las dos provincias o estados de los dos países están relacionadas con estadísticas negativas de consumo, tráfico y violencia, relacionadas con drogas. La muestra se obtuvo entre octubre del año 2022 y junio del año 2023.

Se estructuró una batería de cuestionarios en el formulario Lime Survey. Los participantes encontraron una prueba autoaplicable fácil de diligenciar paso a paso, supervisado por un investigador que organizaba la ejecución por grupos en tiempos de 45 minutos. Inicialmente el aplicativo tiene un anuncio de bienvenida con un

consentimiento informado, que luego de ser aceptado dirigió a los participantes al diligenciamiento del formulario. Los cuestionarios ejecutados en el aplicativo crearon una base de datos que se consolidó para análisis estadístico en Spss-26. Se construyó inicialmente un análisis inferencial para establecer correlaciones entre los grupos y variables. Se realiza una tabulación cruzada de las variables para su análisis. Posteriormente se procedió a un análisis descriptivo de los datos para observar medias, y porcentajes de los grupos. Se planteo una identificación de 9 variables importantes para el estudio: edad media de inicio, percepción del riesgo dentro del entorno educativo, ciudad, grupo de amigos, grado de dificultad, facilidad para conseguirlas, percepción de peligrosidad, identificación con el consumo en el entorno, creencias sobre las consecuencias.

INSTRUMENTOS

En este estudio se utilizaron escalas BIP, Banco de instrumentos para la evaluación de intervenciones preventivas diseñados y aplicados en algunas comunidades españolas para medir edad de inicio, percepciones de riesgos y creencias sobre algunas drogas (Jessor et al; 1995; Becoña, 2002; Martínez et al; 2006); pruebas y versiones de éstas también usadas en algunos países como México (Uribe, Verdugo y Zacarías, 2011) y Colombia (Trujillo, Forns y Pérez; 2007). El instrumento consistió en un formulario con los siguientes cuestionarios: 1. Cuestionario Edad de Inicio a las Drogas (EI): 12 Ítems edades desde los 11 años hasta los 24 años; 2. Un bloque de cuestionarios denominados Percepción del Riesgo sobre las Drogas (PRD constituidos por 7 pruebas: PRD- Entorno Instituto/universidad (7 preguntas) con escala de 5

respuestas ninguno, muy pocos, algunos, bastante y todos; PRD-Ciudad/Municipio (7 preguntas) con escala de 5 respuestas ninguno, muy pocos, algunos, bastante y todos; PRD-Identidad/Aceptación de grupo (1 pregunta) con escala de 5 respuestas; nunca, un poco, neutral, de acuerdo y muy de acuerdo; PRD-Accesibilidad/Dificultad (1 pregunta) con escala de 5 respuestas: muy fácil, fácil, regular, difícil y muy difícil; PRD-Grado de curiosidad (2 pregunta) con escala de 2 respuestas: algo que es preciso conocer al menos una vez, una sustancia muy peligrosa que no se debe ni probarse; PRD-Grado de peligrosidad (7 preguntas) con escala de 5 respuestas nada, poco, regular, bastante, muy peligrosa; PRD-Grado identificación con el consumo (6 preguntas) con escala de 5 respuestas nada, poco, regular, bastante, totalmente; 3. Cuestionario Creencias sobre las consecuencias: 14 ítems con escala de 5 respuestas muy improbable, improbable, regular, probable y muy probable (Tabla 3). Los instrumentos fueron sometidos a criterios de confiabilidad mediante el índice de Cronbach, obteniéndose *.786* para la edad de inicio; *.936* para percepción de riesgo de conseguir drogas en la universidad y la ciudad; *.785* percepción de identificación y aceptación; *.922* percepción de accesibilidad y dificultad; *.908* percepción de peligrosidad, curiosidad e identificación; *.878* creencias sobre las consecuencias. Puede considerarse un alfa de Cronbach confiable para el grupo de cuestionarios utilizados. Los instrumentos construyeron nueve variables para su análisis.

El análisis estadístico se realizó de manera descriptiva y correlacional. Se proponen dos momentos para el análisis; inicialmente se observan la de edad de inicio y descriptivos como medias y desviaciones de los grupos (Tabla 1 y 2); posteriormente para preparar el análisis general y en especial el correlacional, por tratarse de una

muestra mayor de (n > 30) se utilizó la prueba U de Mann-Whitney que es específica para establecer independencia significativa entre los diferentes grupos con 95% de confianza en distribuciones no paramétricas (Tabla 3). Para observar asociaciones entre las 9 variables se utiliza la prueba de correlación de Spearman que identifica el coeficiente de correlación **r** (Tabla 4). La variable genero entre los grupos fue identificada con la prueba Kruskal-Wallis (Tabla 5). Un segundo momento se utiliza la prueba del chi cuadrado de Pearson para examinar las independencias entre variables cualitativas y se adopta un análisis de las frecuencias y porcentajes de la variables, se toman valores que desde el punto de vista teórico fueran significativos, es así, que para las variables de la percepción de riesgo se toman valores de las respuestas como algunos, bastantes y todos o sus equivalentes como neutral, de acuerdo y muy de acuerdo o regular, bastante y totalmente; para las variables de creencias sobre las consecuencias las respuestas como regular, probable y muy probable son las que fueron objeto de análisis (Tabla 6).

ANALISIS Y RESULTADOS DE DATOS

A continuación, se presentan los datos encontrados en el estudio. Se contemplan los siguientes acrónimos. ES: Estudiantes de Secundaria y EU: Estudiantes Universitarios; EI: Edad de Inicio; PRD: Percepción del Riesgo sobre las Drogas.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Población. Grupo Estudiantes Secundaria (ES) 1.042, 48,18 % masculinos, 49,52 femeninos, 2,3% LGTBIQ+. Grupo Estudiantes Universitario (EU) 405, 31,12% masculinos, 66,66% femeninos, 2,22% LGTBIQ+. Total, de la muestra 1.447.

Edad media de inicio consumo de drogas. Marihuana o Cannabis 14,29 años de edad para ES y 15,95 años de edad para EU; Alucinógenos 16,8 años de edad para ES y 24,80 años de edad para EU; Cocaína o crack 14,70 años de edad para ES y 17,12 años de edad para EU; Opiáceos 14,15 años de edad para ES y 17,87 años de edad para EU; Sintéticas 14,08 años de edad para ES y 15;95 años de edad para EU; Anfetaminas 14,20 años de edad para ES y 14,51 años de edad para EU; Tranquilizantes o sedantes sin receta médica 14,50 años de edad para ES y 16,07 años de edad para EU; Cerveza 13,15 años de edad para ES y 14,5 años de edad para EU; Vino 14,09 años de edad para ES y 17,07 años de edad para US; Licores 14,10 años de edad para ES y 16,58 años de edad para EU; Primera borrachera 14,50 años de edad para ES y 16,84 años de edad para EU; Primer cigarrillo o cigarrillo electrónico 14,40 años de edad para ES y 15,41 años de edad para EU (Tabla 1).

Para efectos del análisis se agruparon las 9 variables para identificar independencias y asociaciones, las variables son las siguientes: Edad, EI, PRD Colegio o universidad, PRD Ciudad, PRD aceptación, PRD Accesibilidad, PRD Curiosidad, PRD Peligrosidad, PRD identificación y Creencias sobre las consecuencias, en principio la agrupación registra datos descriptivos como la media, desviación, mediana y percentiles en ambos grupos (Tabla 2). Luego, se utiliza la prueba de U de Mann-Whitney para comparar grupos y encontrar la significancia estadística para soportar el análisis. La

prueba arrojo valores p<0,05, indicando que hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de la variable entre los diferentes grupos (Tabla 3). Con la prueba de correlación de Spearman, que indica que si el coeficiente de correlación 0< r <1, cuanto más cerca este de 1 más fuerte es la correlación y cuanto más cerca de 0 menos correlación, se observa el comportamiento de las variables relacionadas entre sí con los valores de significación y el coeficiente de correlación r en la tabla 4. Entre las variables en cada grupo de estudiantes se encontraron relaciones pequeñas (0<r<-,4). Se hallaron asociaciones interesantes de tipo medio entre edades de inicio en ambos grupos. Edad inicio grupo secundaria (r<,576) y Edad de inicio grupo de universitarios (r<,442); PRD Ciudad grupo secundaria (r<,619) y PRD Ciudad grupo de universitarios (r<,531); la Percepción de riesgo de ciudad y colegio o universidad está asociada en los dos grupos (Tabla 4). También se identificó la agrupación de la variable género comparando el grupo de secundaria y universitarios con la prueba de H de Kruskal-Wallis para observar asociaciones significativas entre las 9 variables, sólo las variables de percepción de riego en el colegio o universidad, la percepción de riesgo en la ciudad y la percepción del riesgo del grado de peligrosidad registran el p-valor significativo (p<0,05); habría asociaciones y diferencias de la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas que depende de ser hombre o mujer (Tabla 5).

En este aparte se presenta los resultados descriptivos de frecuencias y porcentajes del bloque de las percepciones de riesgos con los valores significativos hallados con la prueba del Chi-cuadrado de Pearson consolidados en la tabla 6. Las asociaciones entre estas variables permiten apreciar hallazgos interesantes. PRD facilidad de conseguir drogas en la institución o universidad. Tabaco, cigarrillo electrónico

31,50 % ES y 84,00 % EU Alcohol 62,50 % ES y 78,40 % EU; Marihuana o Cannabis 32,40 % ES y 61,20 % EU; Drogas Sintéticas 21,60 % ES y 18,40% EU; Tranquilizantes 23,80 % ES y 28,10 % EU; Crack o Cocaína 21,70 % ES; 14,80 % EU; Opiáceos 16,30 % ES y 10,00 % EU.

PRD facilidad de conseguir drogas en la ciudad o provincia**.** Tabaco, cigarrillo electrónico 51,20 % ES y 92,40 % EU Alcohol 77,60 % ES y 92,60 % EU; Marihuana o Cannabis 55,50 % ES y 81,90 %; EU; Drogas Sintéticas 44,90 % ES y 57,10% EU; Tranquilizantes 44,70 % ES y 58,50 % EU; Crack o Cocaína 46,10 % ES; 54,30 % EU; Opiáceos 38,00 % ES y 41,60 % EU.

PRD identidad aceptación del consumo entre el grupo de amigos**.** 53,80 % ES y 60,20 % EU.

PRD grado de curiosidad**:** Algo que es preciso conocer y probar al menos una vez 14,60 % ES y 27,90 % EU; Una sustancia muy peligrosa que no debe ni probarse 84,50 % ES y 57,50 % EU.

PRD grado de peligrosidad de algunas drogas**.** Tabaco, cigarrillo electronico 52,30 % ES y 46,70 % EU Alcohol 68,10 % ES y 53,30 % EU; Marihuana o Cannabis 23,60 % ES y 54,70 % EU; Drogas Sintéticas 16,50 % ES y 7,10% EU; Tranquilizantes 33,20 % ES y 23,60 % EU; Crack o Cocaína 14,70 % ES; 3,40 % EU; Opiáceos 15,50 % ES y 3,70 % EU.

PRD grado de identificación con frases sobre las drogas**.** Toda la gente consume drogas 11,32 % ES y 12,30 % EU; Tomar alguna droga es normal 6,00 % ES y 9,10%

EU; Si te controlas no tiene por qué pasarle nada 17,60 % y 13,90%; Deberían legalizar todas las drogas 12,00 % y 5,20 % EU; Deberían legalizar algunas drogas 16,90 % ES y 19,60% EU; Tenemos que aprender a convivir con las drogas 12,00 % y 11,80 % EU.

Creencias sobre las consecuencias. Líos con la policía 51,60 % ES y 34,00 % EU; Malos resultados académicos 62,80 % ES y 48,40 % EU; Líos con los padres 66,50 % ES y 61,20 % EU; Riesgo de expulsión del instituto o universidad 50,60 % ES y 37,20 % EU; Problemas con amigos 51,60 % ES y 29,40 % EU; Adicción 50,90 % ES y 41,20 % EU; Problemas de dinero 61,00 % ES y 52,40 % EU; Problemas para conseguir empleo 61,20 % ES y 47,90 % EU; Ampliar el círculo de amigos 40,80 % ES y 32,90 % EU; Relajación 45,10 % ES y 46,50 % EU; Placer 37,80 % ES y 31,80 % EU; Popularidad 27,10 % ES y 12,60 % EU; Olvido de problemas 39,50% y 27,30% EU; 35,00 % ES y 29,20 % EU (Tabla 6).

Tabla 1. *Edad de Inicio y medias consumo drogas*

Drogas/Edad de Inicio	x̄ Secundaria	x̄ Universidad
Marihuana/Cannabis	14.29	15.95
LSD/Alucinógenos	16.80	17.87
Crack/Cocaína/Basuco	14.70	17.12
Heroína/Opiáceos	14.50	16.70
Éxtasis/Sintéticas	14.80	15.95
Anfetaminas/Speed	14.20	14.15
Tranquilizantes o sedantes sin receta médica	14.50	16.70
Cerveza (Al menos un vaso)	13.50	14.50
Vino (al Menos un vaso)	14.90	17.70
Licores (al menos un vaso)	14.10	16.58
Primera borrachera	14.50	16.84

ISBN: 978-628-95101-6-4

Primer cigarrillo/Electrónico	14.40	15.41
$\bar{x}$	14.47	16.88

Tabla 2. *Descriptivos básico grupo secundaria y universidad*

	GRUPO									
	Secundaria					Universidad				
	Media	Desviación	Mediana	P 25	P 75	Media	Desviación	Mediana	P 25	P 75
EDAD INICIO	14,47	1,79	14,50	13,33	15,33	16,88	1,88	17,00	16,00	18,00
PRD COLEGIO/UNIV	2,01	,88	1,75	1,25	2,63	2,31	,69	2,43	1,86	2,71
PRD CIUDAD	2,53	1,09	2,67	1,33	3,33	3,04	,75	3,14	2,71	3,57
PRD ACEPTACION	2,65	,85	2,50	2,00	3,00	2,85	,71	3,00	2,50	3,50
PRD ACCESIBILIDAD	3,82	,97	4,00	3,57	4,57	4,07	,55	4,14	3,71	4,43
PRD CURIOSIDAD	1,90	,83	1,83	1,17	2,33	2,01	,83	1,83	1,33	2,67
PRD PELIGROSIDAD	2,79	,64	2,90	2,50	3,20	2,84	,43	2,90	2,60	3,20
PRD INDENTIFICACION	3,29	,86	3,36	2,86	3,79	2,93	,82	3,00	2,43	3,50
CREENCIAS CONSECUENCIAS	5,88	2,07	5,83	4,50	7,33	5,25	1,82	5,25	3,88	6,50

Tabla 3. *Agrupación de variables y significancias*

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asint(bilat)*
EDAD INICIO	51253,500	478603,500	-19,393	,000
PRD COLEGIO/UNIV	148486,500	682547,500	-7,098	,000
PRD CIUDAD	144214,000	679309,000	-7,748	,000
PRD ACEPTACION	136951,000	668972,000	-7,843	,000
PRD ACCESIBILIDAD	165875,500	702005,500	-4,671	,000
PRD CURIOSIDAD	176489,000	712619,000	-3,038	,002
PRD PELIGROSIDAD	179717,000	715847,000	-2,570	,010
PRD IDENTIFICACION	143738,500	213863,500	-7,171	,000
CREENCIA CONSECUENCIAS	134861,500	184002,500	-4,648	,000

***** *p-valor significativo (p<0,05) si hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de la variable entre los diferentes grupos.*

Tabla 4. *Correlación variables grupo de Secundaria y Universidad*

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)., *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)., N= Secundaria 1042, N= Universidad 445

Tabla 5. Agrupación de variables por género y significancia

H de Kruskal-Wallis	Secundaria	Sig.	Universidad	Sig.
PRD COLEGIO/UNIV	10,553	,005*	4,495	,106
PRD CIUDAD	13,233	,001*	5,737	,047*
PRD PELIGROSIDAD	10,726	,005*	6,440	,040*

p-valor sale significativo (p<0,05)

Tabla 6. *Comparación descriptiva de porcentajes y medias entre grupos*

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	EDAD	r	1	,442**	,021	,006	,011	,141**	,055	,038	,021	-,103
		Sig.		,000	,686	,907	,827	,006	,282	,452	,680	,068
2	EDAD INICIO	r	,576**	1	-,127*	-,096	-,084	,163**	-,079	-,09	,034	,151*
		Sig.	,000		,018	,074	,117	,002	,141	,096	,534	,010
3	PRD COLEGIO/UNIV	r	,053*	,004	1	,531**	,094	,025	,187**	,172**	-,050	,324**
		Sig.	,045	,891		,000	,067	,621	,000	,001	,339	,000
4	PRD CIUDAD	r	,068*	,035	,619**	1	,117*	,055	,119*	,217**	-,008	,247**
		Sig.	,011	,217	,000		,022	,285	0,02	,000	,872	,000
5	PRD ACEPTACION	r	,023	-,004	,027	,025	1	-,073	,337**	,122*	-,114*	,001
		Sig.	,395	,879	,312	,349		,157	,000	,017	,028	,991
6	PRD ACCESIBILIDAD	r	,104**	,109**	,142**	,222**	,018	1	,200**	,202**	,053	,009
		Sig.	,000	,000	,000	,000	,503		,000	,000	,311	,879
7	PRD CURIOSIDAD	r	,061*	-,001	,139**	,107**	,187**	-,063*	1	,079	,147**	,258**
		Sig.	,022	,980	,000	,000	,000	,018		,125	,004	,000
8	PRD PELIGROSIDAD	r	,049	,027	,154**	,210**	,048	,246**	,101**	1	-,025	,178**
		Sig.	,064	,337	,000	,000	,074	,000	,000		,626	,002
9	PRD IDENTIFICACION	r	,089**	,131**	-,002	-,008	-,016	-,028	-,047	,025	1	-023
		Sig.	,001	,000	,935	,759	,554	,295	,081	,343		,683
10.	CREENCIAS CONSEC	r	,103**	,091**	,019	,011	-,016	-,032	,030	-,004	,012	1
		Sig.	,000	,002	,497	,697	,555	,238	,278	,886	,665	

Percepción de riesgo y Creencias	**% Sec***	**$\bar{x}$***	**% Univ***	**$\bar{x}$***	**χ^2***

ISBN: 978-628-95101-6-4

					Valor	df	Sig.Asint (Bilat)
PRD conseguir drogas en la Institución	31,50	***29,97***	84,00	***42,13***	375,603	4	0,000
Tabaco/Cigarrillo/Electrónico	62,50		78,40		59,304	4	0,000
Alcohol/Licor	32,40		61,20		142,804	4	0,000
Porros/Marihuana/Cannabis	21,60		18,40		78,514	4	0,000
Drogas Sintéticas	23,80		28,10		47,110	4	0,000
Tranquilizantes o sedantes sin receta medica	21,70		14,80		39,387	4	0,000
Heroína y otros opiáceos	16,30		10,00		27,645	4	0,000
PRD conseguir drogas en la Ciudad		***51,14***		***68,34***			
Tabaco/Cigarrillo/Electrónico	51,20		92,40		366,807	4	0,000
Alcohol/Licor	77,60		92,60		83,000	4	0,000
Porros/Marihuana/Cannabis	55,50		81,90		121,334	4	0,000
Drogas Sintéticas	44,90		57,10		105,479	4	0,000
Tranquilizantes o sedantes sin receta medica	44,70		58,50		74,353	4	0,000
Heroína y otros opiáceos	46,10		54,30		79,860	4	0,000
PRD consumo entre pares	*53,8*		*60,2*		26,787	4	0,000
PRD Dificultad para conseguir drogas en el entorno	*64,3*		*70,00*		43,361	4	0,000
PRD Curiosidad de las drogas							
Algo que es preciso conocer y probar al menos una vez	*14,6*		*27,9*		177,743	2	0,000
Una sustancia muy peligrosa que no debe ni probarse	*84,5*		*57,5*		177,743	2	0,000
PRD peligrosidad de algunas drogas		***31,98***		***27,5***			
Tabaco/Cigarrillo/Electrónico	52,30		46,70		50,062	4	0,000
Alcohol/Licor	68,10		53,30		64,999	4	0,000
Porros/Marihuana	23,60		54,70		219,118	4	0,000
Drogas sintéticas	16,50		7,10		36,511	4	0,000
Tranquilizantes	33,20		23,60		45,463	4	0,000
Cocaína/bazuco/perico	14,70		3,40		47,782	4	0,000
Heroína y otros opiáceos	15,50		3,70		58,914	4	0,000
PRD Identificación con frases sobre las drogas		***12,63***		***11,98***			
"Toda la gente consume drogas"	11,32		12,30		12,701	4	0,013
"Tomar alguna droga es normal"	6,00		9,10		41,730	4	0,000
"Si te controlas no tiene por qué pasarle nada"	17,60		13,90		22,224	4	0,000
"deberían legalizar todas las drogas"	12,00		5,20		47,097	4	0,000
"deberían legalizar algunas drogas"	16,90		19,60		69,504	4	0,000
"Tenemos que aprender a convivir con las drogas"	12,00		11,80		44,535	4	0,000
Creencias sobre las consecuencias		***48,68***		***38,00***			
Líos con la policía	51,60		34,00		58,656	4	0,013

Malos resultados académicos	62,80	48,40	27,973	4	0,000
Líos con los padres	66,50	61,20	4,836	4	0,305
Riesgo de expulsión del colegio/universidad	50,60	37,20	33,434	4	0,000
Problemas con amigos	51,60	29,40	72,039	4	0,000
Adicción	50,90	41,20	25,153	4	0,000
Problemas de dinero	61,00	52,40	15,246	4	0,004
Problemas para conseguir empleo	61,20	47,90	29,837	4	0,000
Ampliar el círculo de amigos	40,80	32,90	10,019	4	0,040
Relajación	45,10	46,50	19,872	4	0,001
Placer	37,80	31,80	21,852	4	0,000
Popularidad	27,10	12,60	42,100	4	0,000
Olvido de problemas	39,50	27,30	21,248	4	0,000
Autoconfianza	35,00	29,20	13,614	4	0,009

*Porcentajes grupos, Medias y Chi-cuadrado; N= Secundaria 1042, N= Universidad 445

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio estaría mostrando que se presentan diferencias en la edad de inicio de ciertas drogas dependiendo del acceso a las misma en el contexto general de los grupos de los dos países: 14,47 años para el grupo de estudiantes de secundaria y 16,88 años para el grupo de universitarios de acuerdo con estudios como Vásquez et al (2014), García y León (2014), Villatoro et al (2016).

La percepción de obtener drogas legales e ilegales dentro de los entornos de las instituciones educativas de secundaria y universitaria, señalan también unas diferencias. Es más fácil para los universitarios conseguir drogas como cigarrillos y cigarrillos electrónicos, alcohol, marihuana, tranquilizantes o sedantes. Algunos estudios registran esta tendencia Diaz et al (2016), Gómez et al (2017), Urday et al (2019), Ortiz (2023), Para los estudiantes de secundaria es fácil conseguir drogas sintéticas, cocaína o crack,

ISBN: 978-628-95101-6-4

opiáceas o fentanilo. Estudios como la encuesta Estudes (2023), López et al (2023) señalan estas estadísticas similares.

La percepción de facilidad para obtener drogas en la ciudad o provincia para el grupo de universitaria es alta para cigarrillos y cigarrillos electrónicos, alcohol, marihuana, drogas sintéticas, tranquilizantes, cocaína o crack. Para la población de secundaria es fácil conseguir alcohol, cigarrillos, cigarrillos electrónicos y marihuana en relación con otras drogas.

La percepción de aceptación del consumo entre sus amigos en ambos grupos, tanto universitarios como de secundaria, parece indicar que no sería observado como un problema que otros estudiantes consigan o consuman drogas a su alrededor o dentro de sus entornos escolares o universitarios, y espacios dentro de la ciudad o provincia.

La percepción de dificultad de conseguir drogas en la ciudad es menor para el grupo de universitarios que para el grupo de estudiantes de secundaria. Es decir que sería más fácil conseguir drogas en la ciudad del grupo de universitarios.

En la percepción de curiosidad frente a las drogas, los estudiantes universitarios puntearon alto frente a la pregunta sí eventualmente probarían alguna vez las drogas, frente a los estudiantes de secundaria que observarían un grado de curiosidad menor. Los estudiantes de secundaria estuvieron de acuerdo mucho más que los estudiantes universitarios sobre la peligrosidad de las drogas y que no deberían probarse. Observando que, a menor grado de percepción del riesgo de algunas drogas, mayor es el riesgo para su consumo entre poblaciones de adolescentes y jóvenes, este estudio

registro que el alcohol, la marihuana, el cigarrillo, cigarrillos electrónicos, y tranquilizantes para ambos grupos de estudiantes son las sustancias que podrían ser de mayor consumo porque no se les hace peligrosas o adictivas. El grupo de estudiantes universitarios estarían un poco más de acuerdo que los estudiantes de secundaria, en que se deberían legalizar algunas drogas. Los estudiantes de secundaria tienen una percepción de controlar el consumo un poco más que los estudiantes de universidad, es decir perciben que es posible suspender el consumo a voluntad pues no afectaría su salud o causaría adicciones. Los estudiantes de secundaria están de acuerdo con que deberían legalizar todas las drogas, mientras que los estudiantes universitarios apenas estarían un poco de acuerdo en ello. Ambos grupos de estudiantes normalizan el consumo, así como el tráfico en tanto perciben que hay que aprender a vivir con ellas.

Las creencias sobre las consecuencias del consumo de drogas revelan las siguientes apreciaciones: Para el grupo de secundaria meterse en líos con la policía genera un temor mayor que para el grupo de universitarios. Los malos resultados académicos son un elemento que considera el grupo de secundaria como consecuencia del uso de las drogas, en el grupo de universitarios esta creencia es menor. Es un poco mayor la creencia entre estudiantes de secundaria que las drogas podrían generales conflictos con sus padres, en el grupo de universitario también existe esta creencia, pero en un nivel menor. Ser expulsado de la institución educativa por consumo de drogas es una creencia fuerte para los estudiantes de secundaria frente al universitario que no la contemplan como relevante. Tener problemas con los amigos es una creencia alta en la población de estudiantes de secundaria, mientras que los universitarios esta creencia no es importante. Las drogas y su poder adictivo es una creencia entre los estudiantes de

secundaria, en tanto para los universitarios solo un poco. Ambos grupos no están alejados de la creencia de que las drogas y su consumo traen problemas de dinero, es este caso la población de universitario en menor medida. La población de secundaria cree que las drogas podrían afectar conseguir un empleo, mientras que el grupo de universitarios está de acuerdo, pero en menor proporción. La creencia de ampliar el círculo de amigos mediante el consumo de drogas es alta entre los estudiantes de secundaria, mientras que los estudiantes universitarios esta creencia esta activada en un rango menor. Ambos grupos creen que las drogas producen relajación, un poco más los universitarios que los de secundaria. La creencia de la búsqueda de placer a través de las drogas tampoco es muy distante entre los grupos, un poco mayor en el grupo de estudiantes de secundaria. La creencia de popularidad relaciona con las drogas es un poco mayor entre el grupo de estudiantes de secundaria que en estudiantes de universidad. Los estudiantes de secundaria tienen la creencia que las drogas están asociadas al olvido de los problemas, un poco más que el grupo de estudiantes universitarios. La creencia que las drogas estimulan la autoconfianza y la temeridad son más fuertes en estudiantes de secundaria en comparación con los estudiantes universitarios.

En el análisis sobre la percepción de riesgo algunos datos hallados son contradictorios entre la descripción de la percepción y el consumo que los mismos grupos perciben del entorno, especialmente en la población universitaria. A menor percepción del riesgo mayor podría ser el consumo o el acceso a las drogas (Espada et al; 2008; García-Fernández et al; 2008; Trujillo y Pérez, 2007; Arévalo y Oliva, 2016; García, 2012; Herruzo et al; 2016; Ruiz-Olivares et al; 2017; Urday et al; 2019).

En el análisis de sobre las creencias sobre las consecuencias es posible considerar que a nivel general ambos grupos no observan en la práctica a las drogas como un riesgo para la salud con consecuencias adictivas. Algunos estudios hacen referencia a hallazgos similares (Martínez et al; 2018; Pérez at al; 2022).

Las asociaciones entre variables como la edad de inicio, la percepción de riesgo de ciudad y colegio o universidad está identificadas en los dos grupos, sugiriendo que el acceso y consumo de drogas en la universidad o colegio dependería facilidad y disponibilidad para obtenerlas en la ciudad, afectando al mismo tiempo la edad temprana del consumo, riesgos ampliamente difundidos en otros estudios (Trujillo, Forms & Pérez, 2007; Urday-Concha et al; 2019; Guerrero, Méndez & Ruiz, 2022). Hallazgo que bien podría ser importante en este estudio, puesto que el análisis correlacional y descriptivo lo registran de manera amplia.

El género señala una diferencia de percepción de riesgo, indicaría que las mujeres tienen una mayor percepción de riesgo dentro de grupo de estudiantes tanto universitarios como de secundaria, teniendo en cuenta que la edad, y otros aspectos socioculturales podrían marcar estas diferencias (Uribe, Verdugo & Zacarias, 2011; Agabio et al; 2016; Herruzzo et al; 2016; Urday-Concha et al; 2019; Rivarola et al; 2022; Ortiz-León et al; 2023).

Estudios de tipo comparativo de muestras de entre países son escasos y los encontrados no son recientes. Se ha podido verificar que la percepción de facilidad para obtener drogas tanto legales como ilegales está relacionada con su consumo cuando se comparan grupos en distintos en países (Trujillo et al; 2007).

ISBN: 978-628-95101-6-4

CONCLUSIONES

Se identifica en este estudio tres aspectos importantes. 1. Que el consumo de drogas estaría relacionado directamente con el acceso y facilidad de conseguirlas dentro de los entornos escolares, universitarios y de la ciudad, sin importar la edad; entonces por ello las edades de inicio se hacen a un más precoces cada vez. 2. Las percepciones de riesgo bajas sobre drogas legales e ilegales pueden predecir un riesgo de mayor consumo en las dos poblaciones de estudiantes. 3. Se requiere continuar con trabajos comparativos de este tipo vinculando la mayor cantidad de grupos en muchos países para consolidar este tipo de hallazgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Agabio, R; Campesi, I., Pisanu, C., Gessa, G. L., & Franconi, F. (2016). Sex differences in substance use disorders: focus on side effects. Addiction Biology,21(5), 1030-1042. https://doi.org/10.1111/adb.12395

Altell, G. (2018). Chicas adolescentes y consumo recreativo. En C. Orte y R. Pozo (Eds.), Género, adolescencia y drogas. Prevenir el riesgo desde la familia, (pp. 25-36). Barcelona.

Arévalo S., & Oliva, F. (2016). Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del CUValles de la U. de G. RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación

Y El Desarrollo Educativo,5(10), 472.482.https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/201

Ballester, R., Gil, M.D. y Guirado, M.C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. Análisis y Modificación de Conducta, 110, 855-895.

Barkin, S.L., Smith, K.S. y DuRant, R.H. (2002). Social skills and attitudes associated with substances use behaviors among young adolescents. Journal of Adolescent Health, 30, 448-454.

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. ISBN: 84-8150-240-5. https://pnsd.sanidad.gob.es/

Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. Adicciones: Revista de Socidrogalcohol, 19, 89-101. https://doi. org/10.20882/adicciones.326.

Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. Adicciones, 29(2), 97–104. doi.org/10.20882/adicciones.811.

Chen, C-Y., Storr, C.L., y Anthony, J.C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. Addictive Behaviors, 34(3), 319-322. Doi: 10.1016/j.addbeh.2008.10.021.

Contreras SE; Oliva F. (2015) . Consumo de drogas y percepción del riesgo en jóvenes del CUValles de la UdeG. Revista Iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo. ISSN 2007-7467. Vol 5, Número. 10. Enero-junio 2015.

Coombes, L., Allen, D., Marsh, M., y Foxcroft, D. (2009). The Strengthening Families Programme (SFP) 10-14 and substance misuse in Barnsley: the perspectives of facilitators and families. Child Abuse Review, 18(1), 41–59.

Diaz, M; Anguiano, B; & Muela, J.A. (2016). El consumo de drogas en el alumnado de la universidad de Jaén. Acción Psicológica, 13(1), 53-66. http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16723.

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España (Estudes) (2023). https:// profesionales/sistemas Información pnsd.sanidad.gob.es.

Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W., y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo, 84, 9-17.

Espada, J.P., Orgiles, A; Méndez, X; García, J; inglés, J. (2008). Efectos del programa saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consuelo de drogas. Health and Addictions/Salud y Drogas. 2008, 8(1): 29-50. https://doi.org/10.21134/haaj.v8i1.66.

García, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Salud y drogas, vol. 12, núm. 2, 2012, pp. 133-151.Instituto de Investigación de Drogodependencias. Alicante, España.

García Fernández, G., García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez Carriles, J. C. y Sánchez Hervás, E. (2008). Rendimiento neuropsicológico de pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína. Salud y Drogas, 8(1), 11-28.

García, F y León, L. (2014). Estudio comparativo del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles y europeos. Rev. Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciences Nº 7 / January 2014. ISSN: 2173-0512/www.comunitaria.com.

Gómez, Z., Landeros, P., Noa, M., & Patricio, S. (2017). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. Respyn Revista Salud Pública Y Nutrición, 16(4), 1–9. https://doi.org/10.29105/respyn16.4-1.

Guerrero, R; Méndez, I; & Ruiz, C. (2022). Consumo de drogas y percepción sobre la facilidad de acceso en estudiantes de educación secundaria. Psicología.com 2022 VOL 26 ISSN: 1137-8492. https://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/2022-01

Herruzzo, C., Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Raya, A., & Pino, M. J. (2016). Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes. Acción Psicológica, 13(1), 79-90. https://doi.org/10.5944/ap.13.1.17422

Jessor, R., Van Den Bos, J., Banderín, J., Costa, F. y Turbin, S. (1995). Protective Factors in Adolescent Problem Behavior: Moderator Effects and Developmental Change. Developmental Psychology 31, 923 – 933.

Kim-Spoon, J., y Farley, J. P. (2014). Adolescence and early adulthood. En Z. Sloboda y H. Petras (Eds.), Defining prevention science, (pp. 87–112). New York, NY: Springer.

López, M; Norzagaray; C; Arreola, F; Corral N. (2023). Consumo de drogas de estudiantes de secundaria. Psicumex. Vol. 13/Enero-diciembre 2023. DOIhttps://doi.org/10.36793/psicumex.v13i1.551.

Lucena, V. (2013). Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la provincia de córdoba. Tesis. Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.

Martínez G, J; Trujillo, H; Robles, L. (2006). Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre le consumo de drogas: implicaciones para la prevención. Junta de Andalucía. ISBN:978-84-690-9200. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/

Martínez G, J., Vilar, R., Lozano R., O. y Verdejo G., A. (2018). Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída. Adicciones, 30(3), 170-178.

Melo, D., Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: Explorando los conceptos. Rev. Latino-Americana de Enfermagem 18 (spe). Jun 2010. https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700024+

Mendoza, N. (2008). Farmacología médica. Ed. Médica Panamericana. ISBN 978-968-7988-44-3 https://books.google.co.cr/books?id=EUBNE4Y0v9sC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false.

Metrik, J., Caswell, A. J., Magill, M., Monti, P. M., y Kahler, C. W. (2016). Sexual risk behavior and heavy drinking among weekly marijuana users. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 77(1), 104-112. doi:10.15288/jsad.2016.77.104.

Moral, M., Rodríguez, F. y Srvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Psicothema, 18, 1, 52-58.

Moral, M; Ovejero, A; Silvent, C; Rodríguez, F; Pastor, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. Rev. Salud Mental. Vol. 31; No2. Pp 125-138.

Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. Salud Pública de México, 52(5), 406-415.

Negreiros, J. (2006). Injecção de drogas, comportamento sexual e risco de VIH. Porto: Livpsic.

Pastor, G. (2000). Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistemática. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. ISBN 92 75 32579 0. https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Informe Mundial de las Drogas. https://www.unodc.org_Informe_Mundial_Drogas.

Ortiz-León C; De San Jorge, X, Pavón-León P; Salas-García B, Gogeascoechea-Trejo MC, Blázquez-Morales MSL, Beverido Sustaeta P, Cruz Juárez A. (2023). Percepción de los estudiantes sobre el consumo de drogas psicoactivas en suuniversidad. Rev Cienc Salud. 2023;21(1):1-19. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11889.

Palacios, J.R., y Andrade, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. Revista de Educación y Desarrollo, 7, 5-16Pérez, B; Mendoza, T; López, R & Molina, V. (2022). Creencias sobre las drogas: diferencias según su consumo en adolescentes. Psicología y Salud, Vol. 32, Núm. 1: 115-123, enero-junio de 2022ISSN impreso: 1405-1109https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2718.

Rivarola Montejano, G., Pilatti, A., & Pautassi, R. M. (2022). Percepción de riesgo asociada al consumo de alcohol, tabaco y marihuana en estudiantes universitarios: diferencias en función del consumo y del sexo. CES Psicología, 15(3), 133–153. https://doi.org/10.21615/cesp.6161

Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2017). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes. Psychology, Society &Amp; Education, 2(1), 25–37. https://doi.org/10.25115/psye.v2i1.433.

Segrott, J., Gillespie, D., Holliday, J., Humphreys, I., Murphy, S., Phillips, C., …, Moore, L. (2014). Preventing substance misuse: study protocol for a randomised controlled trial of the Strengthening Families Programme 10–14 UK (SFP 10–14 UK). BMC Public Health, 14.

Sussman, S., Unger, J. B. y Dent, C. W. (2004). Peer group selfidentification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4, 9-25.

Trujillo, Á; Forns, I; Pérez, M. (2007). Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona Adicciones, vol. 19, núm. 2, 2007, pp. 179-189 Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías Palma de Mallorca, España.

Uribe, J; Verdugo, J; Zacarias, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Revista Psicología y Salud, Vol 21. Num. 1; 47-55. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta

Urday-Concha, F; Gonzales, C; Peñalva, L; Patigoso, E; Cruz, S; Pinto, L .(2019). Revista Enfermería Actual, teléfono 2511-21-18 (Escuela de Enfermería), fax 2511-4775. Dirección: Ciudadela Rodrigo Facio, Ciudad de la Investigación, contiguo al INISA,

Sabanilla de Montes de Oca, San José, Costa Rica. Uribe J., Verdugo J., C. y Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Psicología y Salud, 21(1), 47-55.

Varela, J; Marsillas, S; Isorna, M; Rial, A (2013). El papel de las actitudes, las percepciones y el dinero disponible en el consumo de drogas en adolescentes Revista. Salud y Drogas. Vol. 13. No1. pp. 67-78.

Vásquez, F; Muñoz MF; Fierro A; Alfaro, M; Rodríguez C; Rodríguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. Rev Pediatri Aten Primaria. 2014:16:125-34.

Villatoro, J; Medina, E; Del Campo, R; Fregoso, D; Busto, M; Reséndiz, E; Mujica, R; Breton, M; Soto, I; Cañas, V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. Salud Ment [online]. 2016, vol.39, n.4, pp.193-203. ISSN 0185-3325.

RESEÑA AUTOR

JHONY ALBERTO MORENO

Psicólogo, Especialista en salud pública, Magister en educación, candidato a doctor Universidad de Huelva (Es); Docente Orientador de secundaria, docente universitario, investigador; áreas de interés adolescentes y jóvenes consumo de drogas. Antecedentes de investigación, *Alteraciones neuropsicológicas por exposición*

ocupacional a vapores de mercurio en El Bagre (Antioquia, Colombia) en Rev de Neurología colombiana 2000; 31:712-6; *Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia* en Rev de Psicología UdeA; Vol. 7. No.2. Julio-diciembre de 2015. Coautor de artículo en revisión para publicación *Factores y percepción de riesgo sobre el consumo de drogas en estudiantes de secundaria* en Rev Health and Addictions 2024. Coautor de artículo en revisión para publicación *Actitudes y creencias hacia las drogas; Estudio transcultural en adolescentes y jóvenes españoles, colombianos y mexicanos* en Rev Basic and Applied Social Psychology 2024.

ISBN: 978-628-95101-6-4

PROBLEMAS PSICO-SOCIALES Y CENTROS PENITENCIARIOS EN EL ECUADOR

PSYCHO-SOCIAL PROBLEMS AND PRISONS IN ECUADOR

Luis Cevallos-Terneus
Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Sede Ambato
Ecuador

Investigación Descriptiva

RESUMEN

El presente artículo reflexiona a partir de las síntesis teóricas relacionadas con la psicología social, y se enriquece desde los resultados empíricos de la intervención en centros penitenciarios. La metodología utilizada consistió en una revisión bibliográfica teórica de artículos académicos y estudios de pregrado. Se presentan datos e indicadores sobre los principales riesgos sociales que afectan la salud mental de la población y su relaciona con la crisis de violencia que sufre la población penitenciaria. Los índices de pobreza, desempleo, delincuencia están relacionados con la situación de emergencia carcelaria. Se propone acciones de intervención psicológica dirigido a personas privadas de libertad y personal penitenciario.

PALABRAS CLAVE

problemas psicosociales, centro penitenciario, intervención psicológica.

ABSTRACT

This article reflects on the theoretical syntheses related to social psychology, and is enriched by the empirical results of intervention in prisons. The methodology used consisted of a theoretical bibliographic review of academic articles and undergraduate studies. Data and indicators are presented on the main social risks that affect the mental health of the population and their relationship with the crisis of violence suffered by the prison population. The rates of poverty, unemployment, and delinquency are related to the prison emergency. Psychological intervention actions aimed at persons deprived of liberty and prison staff are proposed.

KEYWORDS

Psychosocial problems, penitentiary center, psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

La población ecuatoriana adolece problemas sociales que afectan la salud mental. La situación de emergencia por la vulnerabilidad psicosocial y la violencia colectiva llega a un nivel crítico. La gran mayoría de las personas privadas de libertad provienen de

sectores marginales, en la que la exclusión social, la falta de educación y de oportunidades los ha llevado a delinquir, al consumo de drogas y pertenecer a grupos delictivos. La ausencia de políticas estatales ha dado paso para que las bandas criminales penetren en los estratos más abandonados del país. La disminución del presupuesto y del personal técnico ha provocado que los grupos delictivos controlen los centros penitenciarios.

Es infructuoso invertir en seguridad cuando no hay empleo, la pobreza aumenta y los jóvenes no tienen oportunidades de desarrollo. La crisis económica, el desempleo masivo, la migración promueve la delincuencia y el consumo de drogas. Ecuador gasta 120 veces más en detención de personas relacionadas con drogas que en salud mental. Esta política punitiva que no es acompañada por políticas sociales, difícilmente dará solución a los problemas.

En los últimos cuatro años hubo un aumento del 58% de pacientes con problemas mentales, debido a la pandemia COVD-19 y a problemas psicosociales. En contraposición el Ecuador invierte nueve veces menos en salud mental que otros países de la región. En diciembre 2023, luego de estar retenida por más de diez años, la Asamblea Nacional del Ecuador ha dado trámite y aprobado el proyecto de Ley de Salud Mental. El cuerpo legal “promueve, regula y garantiza el pleno ejercicio del derecho a la salud mental de las personas en todo su ciclo de vida, bajo un modelo de atención integral y comunitario”.

Desde la visión de la psicología se analiza y sintetiza estos problemas en la actualidad y las consecuencias negativas en los centros penitenciarios.

Se plantean preguntas científicas:

¿Cuáles son las consecuencias de la emergencia psicosocial?

¿Cuáles son las causas de la crisis en centros penitenciarios?

¿Qué estrategias utiliza el psicólogo en un centro de privación de libertad?

PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN EL ECUADOR

El concepto de problema social surgió con las ciencias sociales, y se puede analizar desde diferentes perspectivas o enfoques. El Funcionalismo por ejemplo plantea que los problemas sociales son situaciones en las que personas o colectivos están en relación disfuncional respecto al sistema; por lo que es importante identificar aquellos sectores que están siendo disfuncionales. La perspectiva Conflictivista propone que la sociedad está basada en relaciones conflictivas entre los intereses de la clase dominante y los de la clase trabajadora, que genera desigualdad e injusticia. Ecuador ha sido históricamente un país con alta desigualdad social.

Se identifica problemas psicosociales que afecta la salud mental de la población y que han agravado la situación en el país, como es la pobreza, el bajo nivel educativo, la discriminación; problemas sociales de corrupción, debilitamiento del Estado. Se considera la pobreza como una situación en la cual no es posible satisfacer las necesidades básicas de una persona (alimentación, vivienda, educación, salud, agua potable, electricidad). Existen consecuencias en los estados psíquicos de aquellas personas que están en condición de pobreza, que llevan a tener sentimientos de

ISBN: 978-628-95101-6-4

confusión, humillación, baja autoestima y agresividad. Las condiciones de pobreza favorecen el surgimiento de violencia psicológica dentro de las familias y, generan bajos niveles de bienestar psicológico.

Los problemas psicosociales del Ecuador deterioran la calidad de vida y la salud mental de la población. Los indicadores sociales son alarmantes, algunas cifras lo evidencian.

La crisis económica, el desempleo masivo, la migración campesina, la inflación aumentan este indicador. Las familias más vulnerables presentan mayor afectación emocional. Para junio de 2023, estaban en la pobreza 4,9 millones de personas; es decir, 27 de cada cien ecuatorianos; y el 11% vive en pobreza extrema; según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

En el 60% de hogares con inseguridad alimentaria severa, los niños se han sentido tristes y desanimados. El nivel de pobreza entre las mujeres es de 29,5%; en pueblos y nacionalidades indígenas es del 56,7%. En la actualidad, el desarrollo humano retrocedió una década por el deterioro de la calidad de vida de las personas.

El índice de desnutrición es un indicador que mide el impacto de la pobreza en el Ecuador. La desnutrición crónica infantil afecta al 27,2% de los niños menores de 2 años, es el segundo más alto de la región. La desnutrición causa disminución del crecimiento y del desempeño escolar; altera el estado bioquímico e incrementa la morbilidad infantil. Esta problemática repercute en la productividad del país y tiene un impacto a lo largo de la vida de las personas.

De igual manera la deserción escolar es alta; la falta de dinero, la movilidad y el trabajo infantil son las principales causas para que los estudiantes abandonen las aulas, según el Ministerio de Educación. Los problemas sociales se agudizaron en los últimos años.

Además, de los miles de víctimas, la deserción escolar; el COVID-19 le costó al Ecuador la pérdida de medio millón de empleos. La tasa de desempleo cerró en diciembre de 2023 en 3,4%, mientras que el subempleo llegó al 21%; ambos indicadores subieron, según el INEC.

En el Ecuador el 55% de la población económicamente activa está en la informalidad. La desocupación y el subempleo ha acentuado los niveles de precariedad laboral en el Ecuador. El desempleo es otra variable que afecta la salud mental de la población; la persona desempleada tiene una sensación de fracaso, desvalorización.

Otro problema social es la corrupción, que impide el desarrollo económico, frena la inversión, causa pobreza. El fraude, el soborno, la extorsión y el chantaje son prácticas comunes en el país. La corrupción generalizada se evidencia en todos los estratos sociales del Ecuador. Existe conformidad social en el ecuatoriano, muchos sectores de la población son tolerantes con la corrupción.

Las pocas oportunidades que ofrece el país obligan a las personas a migrar fuera del país, en gran porcentaje de forma ilegal. En el 2023 más de cien mil ecuatorianos fueron detenidos en la frontera sur de Estados Unidos. Por la peligrosa selva “tapón del Darién” entre Colombia y Panamá, cruzaron más de 48 mil ecuatorianos entre enero y

ISBN: 978-628-95101-6-4

septiembre de 2023. El Ecuador también recibe migrantes, 475 mil venezolanos arribaron al país hasta inicios del 2024; muchas de esas personas no logran cubrir sus necesidades básicas, se enfrentan a desalojos, discriminación y xenofobia.

Cuando las personas se ven forzadas a abandonar sus hogares, corren aún más riesgo de sufrir violencia física, sexual y psicológica, como violaciones, abuso sexual, trata de personas, prostitución forzada. La migración afecta la salud mental, el aislamiento prolongado puede provocar estrés, agotamiento, irritabilidad, aumento en el consumo de sustancias psicoactivas, etc. La migración también afectó a los miembros de la familia, se generó depresión, pero también violencia.

La percepción de la violencia produce depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos del sueño o de la alimentación, y el suicidio. La central del 911 reporta un incremento de atenciones por conductas suicidas del 633% en diciembre 2023; principalmente en sectores afectados por la violencia y la pobreza. En el Ecuador, el suicidio es catalogado como muerte violenta; y, es la segunda causa de muerte en menores de 17 años. En julio del 2023 el Ministerio de Salud Pública obtuvo como resultado de una encuesta que el 20% de niñas, niños y adolescentes en el país presentan síntomas de depresión o ansiedad, y el 10% ha considerado suicidarse. Se ha observado un aumento en la tensión y estrés en gran parte de la población.

Otro problema que incide directamente en la calidad de vida y salud mental es la violencia de género; su máxima expresión es el femicidio, que es el hecho de terminar con la vida de una persona por el hecho de ser mujer. Desde su tipificación como delito

en 2014, al menos 1700 mujeres han sido víctimas. Sólo en 2023 hubo 321 femicidios, cada 17 horas asesinan a una mujer en el Ecuador.

La mayor incidencia de violencia intrafamiliar se da en grandes barrios marginales de la ciudad de Guayaquil, zonas de asentamientos irregulares e invasiones, sin servicios básicos. En la provincia de Esmeraldas, el 85% de su población vive en la pobreza, el 23% tiene acceso únicamente a servicios básicos, y el 15% es analfabeta. En estos sectores es normal la violencia física, psicológica y sexual. Los maltratos psicológicos tienen mayor incidencia en viviendas con menores de edad.

Existen sectores deprimidos de la población, que adolecen falencias en educación, y en donde la delincuencia es habitual. La conducta criminal es aprendida, se encuentra modelos en su entorno que alientan comportamientos antisociales. Se deben tomar en cuenta factores que inciden en la delincuencia como pérdida de valores éticos y morales, falta de aplicación de las leyes.

Muchos ven a la relación con estas pandillas (subculturas) como una oportunidad para generar ingresos e incluso para obtener reconocimiento y respeto. La subcultura o pandilla sirve de evasión al sistema, a la cultura dominante, es una forma de evadir la ansiedad y la frustración. La participación de menores de edad de sectores marginales en delitos como sicariato, robo, secuestro y extorsión está en aumento. Los criminales aprovechan la escasez y vulnerabilidad de los habitantes de estos sectores marginales para reclutar niños y adolescentes. Las bandas narco criminales nacionales e internacionales reclutan personas para sus operaciones delictivas. Las pandillas y naciones son un gran nicho de adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Desde enero del 2021 el consumo combinado de drogas se incrementó en un 90%. La pobreza y la adicción se juntan, ya que los micro traficantes reciben su pago en cocaína. La desesperación por conseguir la droga, los hace robar, prostituirse o cumplir con las órdenes de las pandillas que controlan el sector. En las zonas empobrecidas de la ciudad de Guayaquil, el 70% de las personas entre 10 y 23 años eran adictas a la heroína. Los jóvenes adictos reclutados por las bandas para vender droga, también pueden ser sicarios, vacunadores, asaltantes.

Dos grandes bandas criminales (choneros y lobos), operan en alianza con grupos narcodelictivos colombianos, mexicanos y albaneses; que disputan el mercado de drogas en el Ecuador. Los choneros agrupan a más de 20mil personas, y mueven cerca de 200 millones al año. En su lucha por el control territorial, las bandas criminales han intensificado los actos de violencia extrema, incluyendo decapitaciones y desmembramientos, atentados con coche bomba, ataques contra jueces, fiscales, periodistas y candidatos a cargos públicos.

El aumento de la violencia y la presencia del crimen organizado se evidencia en la tasa de homicidios que aumentó a 43 por cada 100mil habitantes, lo que sitúa al Ecuador entre los tres países más violentos de América Latina.

Los centros penitenciarios de máxima seguridad y que más personas alojan, es en donde se han producido los peores hechos de violencia. La penitenciaría del litoral (Guayas), es la prisión más peligrosa de Ecuador. Según la Policía Nacional, desde febrero de 2021 se han producido 11 masacres carcelarias; estas suman 468 víctimas,

debido al enfrentamiento de carteles de la droga que han absorbido a las pandillas locales.

El país se encuentra, desde enero 2024, en estado de excepción y militarización decretado por el gobierno, para combatir a grupos criminales. Sólo en enero de este año han sido detenidas más de 5mil personas por pertenecer a estos grupos declarados terroristas, la mayoría jóvenes, de sectores empobrecido, lo que agrava el problema de hacinamiento en las cárceles; así mismo se observa la fuga de los cabecillas de las cárceles.

De acuerdo al informe del Observatorio Ecuatoriano de Crimen Organizado (OECO), el microtráfico se ha convertido en la principal expresión del crimen organizado. La crisis social actual llegó a complicarse debido a la combinación entre el fortalecimiento del narcotráfico, la fragmentación de las bandas criminales y el debilitamiento del Estado. La proximidad del Ecuador a los principales productores de cocaína, su economía dolarizada y sus instituciones estatales propensas a la corrupción han provocado un alto nivel de inseguridad ciudadana.

PROBLEMAS SOCIALES EN CENTROS PENITENCIARIOS

El sistema penitenciario es un elemento primario de la seguridad pública y se conforma por un conjunto de instituciones que procuran la reinserción social de la población privada de libertad. La cárcel tiene dos funciones: la disuasión, para no cometer delitos y, la rehabilitación y reinserción a la sociedad. La teoría de la retribución

ISBN: 978-628-95101-6-4

defiende que la pena no tiene otro objeto que sancionar proporcionalmente en contra del autor de un delito por el daño que causó con su conducta.

En el Ecuador existen 53 centros penitenciarios que albergan más de 40mil personas privadas de libertad (PPL). Según los datos oficiales el 93% son varones y, la mayoría son jóvenes entre 18 y 30 años; con un nivel de instrucción bajo: primaria (43%), secundaria (30%). Estos datos reflejan los efectos de la deserción escolar, y la frustración de personas que crecieron en sectores marginados de la sociedad. Entre los principales tipos de delito, se identifica mayor incidencia de robo (30,7%), microtráfico de drogas (26,7%).

Las principales problemáticas que se presentan en los centros penitenciarios del Ecuador, según datos del proyecto de Transformación del sistema de Rehabilitación Social (2019), se encuentra: la sobrepoblación, carencia de servicios básicos, insuficientes espacios para el desarrollo de actividades educativas, laborales, deportivas, recreativas. El hacinamiento, la corrupción y, el uso indiscriminado de prisión preventiva agrava la situación.

La Comisión Interamericana de derechos Humanos (CIDH), concluye en su informe de 2022 que, el origen de la crisis responde al abandono del sistema penitenciario por parte del Estado y a la falta de una política criminal. La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH, 2018), ha enfatizado que la falta de espacios puede generar conflictos al interior de las cárceles; vinculadas con la higiene, violencia, falta de protección, disminución de la calidad de los servicios. Según un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID 2018), el 42% de los presos duerme

en el suelo, el 20% no tiene acceso regular a agua potable, y menos de la mitad de los internos participa en algún tipo de actividad educativa. La gran mayoría no posee una ficha médica.

La corrupción inicia con el abuso de poder de funcionarios penitenciarios; se negocia con los espacios en celda, con la alimentación, traslados, beneficios penitenciarios, entre otros. La corrupción gira en torno a intereses económicos y de poder, lo cual se convierte en una serie amenaza y vulneración de derechos de las personas privadas de libertad (PPL). La corrupción y precariedad del sistema penitenciario empeora las condiciones de la población privada de libertad. Muchas de las personas privadas de libertad antes de cometer actos delictivos vivieron en un entorno de violencia y pobreza, situación que en la cárcel se intensifica.

En el momento que la persona ingresa a un centro penitenciario sufre situaciones estresantes: se separa de la familia, se restringe su movilidad, pierde la libertad. En el tiempo que dure su condena debe lidiar con la depresión, el miedo, la ansiedad, etc. En general, los efectos psicológicos principales del encierro son la hipervigilancia, despersonalización, distanciamiento emocional, baja autoestima, dependencia. La salud mental de las personas privadas de libertad se torna vulnerable frente a las condiciones desfavorables del entorno penitenciario. Para Odar (2019), el interno al ser parte de un sistema de encierro y soledad, sumado a cada una de las problemáticas de vida en sociedad, aumenta el grado de estrés y tensión.

El encierro o las amenazas constantes inciden en el deterioro de la salud mental, esta se ve afectada, tanto por la condición de encarcelamiento como por factores

ISBN: 978-628-95101-6-4

relacionados a dificultades económicas, pérdidas, maltrato, violencia, falta de apoyo social y familiar, entre otros. Aquellos privados de libertad con problemas mentales tienen doble vulnerabilidad; por un lado, deben enfrentarse a un entorno nuevo, lleno de violencia, desprotección; y, por otro lado, la sintomatología propia de la condición mental. Las patologías más comunes que los presos padecen en las cárceles es ansiedad, estrés, depresión y psicosis. Las personas privadas de libertad con problemas de salud mental que no son tratadas a tiempo, están en mayor riesgo de fracasar dentro del tratamiento rehabilitador y tienen mayor probabilidad de volver a cometer ilícitos.

Los conflictos que se presentan en el sistema penitenciario es producto de las relaciones complejas que allí se generan, de la estructura física, del hacinamiento, el clima, el tiempo de ocio, la subcultura, entre otros. La violencia intracarcelaria aumenta en un ambiente de sobrepoblación, falta de clasificación, agresividad de los internos, tortura, tratos crueles, etc.

El Estado es el responsable de garantizar la seguridad de las personas privadas de libertad (PPL). Cambios, reformas e improvisaciones han sido recurrentes en los últimos años; laboran personas en el sistema penitenciario que no están capacitadas y sensibilizadas para cumplir sus funciones y trabajar con personas privadas de libertad.

El estudio- diagnóstico del sistema penitenciario elaborado por la Fundación Kaleidos en 2021, estipula que hay 1 profesional de la psicología por cada 1000 presos, quién además tiene que hacerse cargo de valoraciones y asuntos administrativos. El Servicio Nacional de Atención privados de libertad (SNAI) tiene en su nómina apenas a

67 psicólogos para atender a más de 40mil personas. Situación que evidencia la casi nula atención en salud mental de los privados de libertad en el país.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CENTROS PENITENCIARIOS

La Constitución de la República del Ecuador (2008), señala que el sistema penitenciario tendrá como prioridad el desarrollo de las capacidades de las personas sentenciadas. Además, indica que “en los centros de rehabilitación social se promoverán y ejecutarán planes educativos, de capacitación laboral, de producción agrícola, artesanal, industrial o cualquier otra forma ocupacional de salud mental y física”.

En el año 2013 se aplicó el Modelo de Gestión Penitenciaria cuya meta fue poner a disposición del recluso un equipo multidisciplinar que aporte en su proceso de rehabilitación, por medio de alternativas ocupacionales como actividades artísticas, educativas, culturales, laborales. El Modelo de Gestión Penitenciara del Ecuador se basa en el sistema progresivo, que es un mecanismo que consiste en un conjunto de etapas que permiten analizar, desarrollar y promover el avance de la rehabilitación social. Se conforma de 3 etapas; el primero que implica el paso de una persona privada de libertad por la etapa de observación para la ubicación o clasificación en los respectivos pabellones (mínima, mediana y máxima seguridad). La intervención del psicólogo en la etapa de observación incluye cuatro momentos: entrevista psicológica y elaboración de la historia clínica; aplicación de pruebas y reactivos psicológicos; elaboración de informes; y, plan de tratamiento psicoterapéutico.

ISBN: 978-628-95101-6-4

La segunda etapa del sistema progresivo es el plan de vida, que es el tratamiento a las personas privadas de libertad mediante la planificación y ejecución de programas, proyectos y actividades educativas, culturales, laborales. La tercera es la preparación para la salida.

La función principal del psicólogo es dirigir la aplicación de los métodos psicológicos más adecuados para el estudio de cada interno, interpretar pruebas psicológicas y la del informe psicológico final. El trabajo penitenciario es exigente implica trabajar con hombres y mujeres privados de libertad; muchos de los cuales poseen trastornos mentales o adicciones, carecen de habilidades sociales y educativas y, provienen de grupos vulnerables de la sociedad.

En Ecuador se evidencia que, la población penitenciaria presenta trastornos de personalidad de tipo antisocial y paranoide, además de mayores niveles de agresividad e impulsividad (Molina, Salaberria & Pérez, 2018). El delincuente, cuyo comportamiento antisocial tiene su origen en la marginalidad, tiene derecho a que se le ofrezca la posibilidad de reintegrarse a la convivencia social.

Existe varios ámbitos de actuación del psicólogo penitenciario en la práctica, y que contempla las distintas especialidades (Romero, 2002). La psicología educativa para desarrollar tareas de educación y formación con los internos. La psicología organizacional para asignar puestos de trabajo según el perfil de los internos. La psicología social, en el análisis y diseño de estrategias de intervención sobre el clima social de la prisión. La psicología clínica, para la labor de diagnóstico e intervención psicoterapéutica.

Muchos reclusos tienen muy bajo niveles de estudio y/o habilidades ocupacionales. La realización de programas de educación, formación profesional y trabajo en las cárceles puede contribuir al orden y la seguridad en los centros penitenciarios. Los reclusos que participan en actividades constructivas tienen menos probabilidades de sentirse descontentos y causar problemas.

El diseño de programas y protocolos de intervención psicológica está dirigido a influir en los estados mentales positivos de la comunidad y de las personas privadas de libertad. Según la ONU (2002), se puede reducir el riesgo de delincuencia futura, ayudando a los presos a desarrollarse como individuos con sentido de responsabilidad.

La intervención psicosocial busca comprender, predecir y cambiar la conducta social de las personas, así como modificar aquellos aspectos nocivos de su entorno, con la finalidad de mejorar la calidad de vida. El tratamiento psicológico en las prisiones consta fundamentalmente de la organización de las sesiones de asesoramiento psicopedagógico individual, de la psicoterapia grupal. Entre los programas de intervención específica realizados en la mayoría de centros penitenciarios encontramos:

- Programas de salud mental; se trabaja principalmente con enfermos mentales crónicos, con el objetivo de mejorar su adaptación al medio, dotarlos de mayor autonomía.

- Programas de atención al drogodependiente; suelen incluir actividades de educación para la salud, prevención de recaídas, habilidades sociales, manejo de ansiedad.

ISBN: 978-628-95101-6-4

- Programas para el control de la agresión sexual; busca desarrollo de la empatía, disminución de distorsiones cognitivas y mecanismos de defensa, mejora de la competencia emocional y social.

- Programas de violencia de género; aprendizaje de habilidades sociales, se trabaja en el control de la ira y asunción del delito.

En estos programas se suele realizar la intervención en grupos, conformados entre 10 a 15 internos. El tratamiento grupal incluye terapias ocupacionales, actividades culturales, artísticas y deportivas. Es importante que el perfil de los internos que forman parte del grupo sea homogéneo.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Como parte de las actividades de la Escuela de Psicología de la PUCESA, se han desarrollado trabajos de investigación dirigido a personas privadas de libertad. La metodología de los estudios tiene un enfoque mixto: cuantitativa, se recogen datos numéricos, se utiliza la estadística descriptiva para identificar patrones de comportamiento de las personas privadas de libertad (PPL), a través de cuestionarios y test psicológicos; y cualitativa, pues se profundiza en la percepción de los PPL para el desarrollo de habilidades psicosociales mediante el desarrollo de grupos focales.

Las variables más utilizadas en estudios de grado son salud mental, personalidad. Los principales resultados encontrados son:

- Se aplica una investigación cuantitativa, no experimental transversal, descriptiva, correlacional con 82 participantes privados de libertad. Mediante la Escala de Salud Mental Positiva y el Inventario de Evaluación Clínica de Personalidad (PAI) se obtiene que las entidades clínicas que prevalecen son: paranoia, ideación suicida, características antisociales, problemas con el alcohol, estrés, ansiedad y depresión (Martínez et al. 2023)

- En cuanto a los resultados de los cuestionarios GAD-7 (22,9%) y PHQ (11,0%) demuestran síntomas de ansiedad y depresión en la población. Se observan correlaciones altas y moderadas entre el factor de salud mental autocontrol y las entidades clínicas de esquizofrenia, agresividad, trastornos de ansiedad relacionados-fobias, paranoia hipervigilancia, persecución, agresión física; mientras que el factor habilidades de relación interpersonal se asocia con la mayoría de las subescalas clínicas.

EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD AMBATO

La vinculación con la sociedad permitió un acercamiento a esa población vulnerable, desarrollando actividades con mujeres privadas de libertad, adolescentes infractores, adultos mayores y, privados de libertad con problemas de adicción. Realizando talleres con grupos enfocados en identificar y desarrollar habilidades sociales. Temas trabajados: gestión de emociones; arteterapia, ludoterapia, mindfulness; emprendimiento y salud mental.

ISBN: 978-628-95101-6-4

La elaboración de protocolos / procedimientos /instrumentos de diagnóstico e intervención con personas adictas, para adultos mayores y dirigido al personal penitenciario (buenas prácticas). Estos productos permitirán al centro de privación de libertad contar con las guías e instrumentos para una efectiva intervención.

- El interactuar con personas privadas de libertad nos ha permitido comprender sus problemas. De la misma manera se identifica que los estados mentales positivos actúan como barreras a los trastornos psíquicos y tienen un efecto preventivo e incluso rehabilitador.

-

DISCUSIÒN

El papel del Estado es primordial para garantizar los derechos de los ciudadanos y dar atención a los principales problemas sociales. Cuando no se atienden las necesidades básicas de la población se evidencia las consecuencias en la salud mental. El deterioro de la sociedad se refleja en los centros de privación de libertad. La cárcel es el reflejo de la sociedad.

El papel del psicólogo es clave, desde la Academia se propone estrategias de prevención, acciones individuales, grupales, institucionales que permitan la mejora de la calidad de vida de grupos vulnerables. La psicología comunitaria propone un proceso que facilite a las personas incrementar el control que tienen sobre sus condiciones de vida; resalta el papel del ambiente y la influencia de la conducta en la promoción de la salud y el bienestar colectivo.

El psicólogo penitenciario aporta en el manejo de instrumentos y procedimientos que permita que las personas privadas de libertad puedan mejorar su comportamiento social. Un enfoque muy utilizado es el programa del modelo cognitivo – conductual comprende un método de observación de conductas, un procedimiento de evaluación, un contrato conductual, así como un sistema de refuerzo.

El sistema progresivo permite reforzar la conducta de los internos y optar por una prelibertad. La motivación al cumplimiento de actividades educativas, culturales, laborales. La psicología muchas veces no toma en cuenta aspectos positivos de las personas como la creatividad, la inteligencia emocional, la resiliencia, etc. En la actividad práctica del psicólogo se demuestra sus competencias de diagnóstico e intervención, con el objetivo de mejorar el comportamiento humano y la calidad de vida.

REFERENCIAS

Ahumada, H. (2015). Significados de la reinserción social en funcionarios de un centro de cumplimiento penitenciario. Revista psico perspectivas. Universidad de Chile

Alcaraz, R. (2006). El Emprendimientos de éxito. 3ra Edición. México: McGraw- Hill

Arias, P., Almeida, O., y Sánchez, F. S. (2022). Salud mental, afrontamiento y habilidades sociales para personas privadas de la libertad. Human Review. International Humanities Review/Revista Internacional de Humanidades, 11(monográfico), 1-15. https://doi.org/10.37467/revhuman.v11.4097

ISBN: 978-628-95101-6-4

Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución de la República. Montecristi, Ecuador

Banguero Melo, H. R., Álvarez-Maestre, A. J., Blanco González, L. M., Ruiz

García, J. E., y Pérez Fuentes, C. A. (2019). Efectividad de un programa de intervención psicoeducativa para el fortalecimiento de las habilidades sociales en personas privadas de la libertad. https://shre.ink/HX9X

Bringas, C. (2010). Socialización e historia penitenciaria. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. Universidad de Oviedo. España

Cabanellas de Torres, G. (2011). Diccionario Jurídico Elemental. Buenos Aires, Argentina: Heliasta S.R.L

Centros de Día. (2016). Manual de Apoyo de Rehabilitación y Reinserción Social.Bogotá, Colombia: Centros de Día.

CIDH (2022). Personas privadas de libertad en Ecuador. Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Echeverri-Vera, J. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. Pensando Psicología, 157-166. https://docplayer.es/26563105-Laprisionalizacion-sus-efectos-psicologicos-y-suevaluacion-1.html

Galán, G. (2015). Los módulos de respeto: una alternativa al tratamiento penitenciario. [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España Gallizo, M.

(2013). Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios. Madrid, España: Instituto de Investigación de Drogodependencia. Revista Redalyc: Salud y Drogas, Vol. 7, núm. 1.

García, A. (2008). Criminología. Lima, Perú: Instituto Peruano de Criminología y Ciencias.

Gómez, E. (2015). “Determinar las dificultades psicosociales más frecuentes que enfrentan las mujeres privadas de libertad para lograr su reinserción social”. Psicología clínica. Universidad Central del Ecuador (Tesis doctoral). Recuperado de. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7042/1/T-UCE- 0007-209c.pdf

González, L. (2010). Reinserción Social, un Enfoque psicológico. Revista Derecho y Libertad. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Hisrich, R. (2005). Emprendedores. 6ta Edición. España: McGraw-Hill. Instituto de reinserción Social (2018). Estrategias de Reinserción. Gobierno de la Ciudad de México.

INEC (2021). Programa Nacional de Estadística 2021-2025. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Quito-Ecuador

Jaramillo, L. (2013). Emprendimiento: Concepto básico en competencias. Bogotá: Instituto de estudios en educación - IESE. Universidad del Norte.

Latorre, P. (2015). La Reinserción y Reeducación en Centros Penitenciarios (¿es posible?). Universidad Jaume. España

López, G. (2018). Propuesta de Reinserción Laboral para las Personas Privadas de Libertad que proceden del Proyecto Piloto de Educación Superior de La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG). Guayaquil.

Martínez Yacelga, A. del R., Hernández-Junco, V., Paredes Miranda, K. V., &

Pallo Ávila, M. L. (2023). Relación entre la salud mental y la personalidad en personas privadas de la libertad. Revista Criminalidad, 65(2), 23–41. https://doi.org/10.47741/17943108.481

Medina, G. (2013). Administración de Microempresas. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México

Méndez, R. (2008). Formulación y Evaluación de Proyectos: Enfoque para Emprendedores. Bogotá, Colombia: Icontec Internacional

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República de Chile. (2017). La Política de Reinserción Social. División de Reinserción Social

Ministerio de justicia, derechos humanos y cultos. (2020). Reinserción social de las personas privadas de la libertad. 1-12. Ecuador: Ministerio de justicia. Recuperado de: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/ECU/INT_CCPR_A

Molina, V., Salaberría, K., y Pérez, J. (2018). La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador. Anuario de Psicología Jurídica, (28), 1-7.

https://doi.org/10.5093/apj2018a5

Nieto, J. (2013). Manuales prácticos para rehabilitación de drogodependientes. Madrid, España: Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). Programas Asistenciales para Drogodependientes.

Odar Hoyos, G. F. (2019). El ejercicio del derecho a la defensa técnica del adolescente infractor a la ley penal en el programa de justicia juvenil restaurativa de San Juan de Miraflores distrito fiscal lima sur - 2011-2013.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington D.C.: ONUUD.

ONU. (2002). Manual de Buena Prácticas Penitenciaria. San José, Guayacán. Organización Mundial de la Salud. (2014). Rehabilitación basada en la comunidad: Componente social. Washington, D. C.: OMS, OPS.

Ramón, E. (2013). Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas. Madrid, España: Programa Nacional sobre Drogas.

Rodas, J. (2011). Políticas laborales para las personas privadas de libertad, y su regulación en la legislación ecuatoriana. Tesis. PUCE. Ecuador

Rugelt, C. (2018). El emprendimiento dentro del modelo de inserción y reinserción social de drogadictos. Espirales, 2 (12), p. 4

Secretaría Nacional para la Planificación del Desarrollo. (2013). Plan Nacional del Buen

ISBN: 978-628-95101-6-4

Vivir. Quito, Ecuador: SENPLADES. www.senplades.gob.ec.

Shepherd, C., Ahmed, P. & Ramos, L. (2012). Administración de la Innovación. México: Pearson Educación

SNAI (2019). Transformación del sistema de rehabilitación social a nivel nacional. Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores. Quito, Ecuador.

Tibanlombo, D. (2016). La reinserción laboral de las personas que han cumplido una pena privativa de libertad. Tesis de Postgrado. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.

UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito) (2017). Hoja de ruta para la elaboración de programas de rehabilitación en las cárceles. Nueva York

Von, L. (2005). Política Criminal y Sistema Penal. Barcelona, España: Anthropos Editorial

SALUD EMOCIONAL DE LOS ORGANISMOS DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS

EMOTIONAL HEALTH OF EMERGENCY RESPONSE AGENCIES

Diana Cecilia Puentes Puentes
Marisol Bejarano Peláez
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
Semillero de Investigación Serendipity
Semillero de Investigación Salutaris
Colombia

Investigación Teórica

RESUMEN

Este documento se elabora pensando en las dinámicas propias de la vida del ser humano, donde se puede llegar a presentar episodios que afectan de una u otra manera la salud mental, por ende, se hace importante resaltar aspectos relevantes frente al apoyo y atención en relación con la salud emocional de los organismos que atienden diferentes situaciones de emergencias y desastres. En Colombia Particularmente encontramos la Unidad Nacional para la gestión del riesgo, y en terreno hay unos actores muy importantes entre los que podemos destacar, bomberos, cruz roja, defensa civil, policía, ejército. En un desastre se vive una serie de emociones, no solo para las

personas afectadas, sino también para quienes atienden las diferentes catástrofes, que generan angustia, temor, confusión, irritabilidad e incertidumbre y es justamente pensando en la salud mental de estos guardianes que presentamos esta reflexión.

Finalmente, dentro de los principios fundamentales qué propician la salud mental y el bienestar psicosocial tiene que ver con la creación de redes de apoyo, organización intersectorial y social que fomenten la autoayuda y el conocimiento de los recursos existentes, donde cabe mencionar la academia sumado al conocimiento que configure elementos primordiales en la gestión del riesgo dentro de las emergencias y desastres frente a la recuperación individual y comunitaria.

PALABRAS CLAVES

Salud emocional, psicología, organismos de socorro, emergencias, bienestar psicológico.

ABSTRACT

This document is prepared thinking about the dynamics of human life, where episodes can occur that affect mental health in one way or another, therefore, it is important to highlight relevant aspects regarding support and care in relation to mental health. with the emotional health of the organizations that respond to different emergency and disaster situations. In Colombia in particular we find the National Unit for risk management, and on the ground there are some very important actors among which we

can highlight firefighters, red cross, civil defense, police, army. In a disaster, a series of emotions are experienced, not only for the affected people, but also for those who attend to the different catastrophes, which generate anguish, fear, confusion, irritability and uncertainty and it is precisely with the mental health of these guardians in mind that we present this reflection.

Finally, within the fundamental principles that promote mental health and psychosocial well-being, it has to do with the creation of support networks, intersectoral and social organization that promote self-help and knowledge of existing resources, where it is worth mentioning the academy added to the knowledge that configures essential elements in risk management within emergencies and disasters in the face of individual and community recovery.

KEYWORDS

Emotional health, psychology, relief agencies, emergencies, psychological well-being

INTRODUCCIÓN

La salud mental es fundamental en la vida de todas las personas, la cual es definida por la organización Mundial de la salud como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse en su

ISBN: 978-628-95101-6-4

entorno”.(OMS, 2024, p.1), es así como este artículo expone sobre la salud emocional en organismos de socorro, para este caso se hace relevancia a quienes atienden las diferentes emergencias en las cuales se requiere ese apoyo inmediato y quienes brindan alivio a personas afectadas ya sea por un desastre natural, accidentes y demás emergencias o factores de riesgo. Es importante tener en cuenta que las emergencias no solo son atendidas por funcionarios, sino que también existe una alta participación de voluntarios, donde articuladamente trabajan, pero que a su vez son expuestos a situaciones estresantes y traumáticas repercutiendo en la salud integral y donde justamente Puentes (2022) en su working paper salud mental comunitaria: atención primaria en salud afirma que:

George Engel en 1977 propone un modelo que ha tomado auge e importancia en la actualidad y se trata del biopsicosocial, pues este contempla la parte biológica, psicológica y social del ser humano, es decir logra integrar ese concepto de salud de la OMS partiendo de ello y siendo adoptado por el ministerio de salud en los diferentes países a nivel global, pero de manera específica en Colombia. p (2).

Es así como de acuerdo con lo expuesto se debe mantener un equilibrio en relación a la salud emocional, y como también se encuentra otras variables y encontramos que la gestión frente a la mitigación o factores que inciden en el riesgo de desastres es un proceso social, que requiere unas rutas que lleven al bienestar integral y calidad de vida de las personas y comunidades; por lo que para poder contextualizar las emergencias, se hace necesario comprender la emergencia, tomando algunos postulados teóricos como los que menciona el autor Barrales Díaz, C. (2019), en su

artículo “Atención psicológica en situaciones de emergencias y desastres”, expresando que:

Estos desastres no solo provocan pérdidas económicas, de infraestructura, pérdidas humanas y heridos. Sino además desatan efectos psicosociales en las comunidades afectadas. Los desastres provocan la desarticulación del tejido social, liderazgo, cohesión y participación de las comunidades afectadas, ya sea a nivel familiar, grupal, educacional, laboral y comunitario. (p.5).

Por lo cual se considera qué las emergencias y desastres pueden llegar a desencadenar o ser el detonante de afectaciones a nivel psicológico como pueden ser: la ansiedad, cuadros psicosomáticos, estrés postraumático, trastornos de sueño, depresión e ideación y conducta suicida, entre otras afectaciones de acuerdo al nivel de exposición del socorrista y las técnicas de afrontamiento que desarrolle luego de la atención de las emergencias y desastres.

Con base en lo expuesto se hace necesario desde una mirada con un rigor ético, holístico e interdisciplinar frente a una acción sin daño, la atención psicológica especializada en contextos comunitarios, haciendo énfasis en los organismos de socorro y grupos de apoyo, que apunten a la promoción, prevención, acompañamiento, tratamiento, recuperación y rehabilitación del personal que atiende a las comunidades afectadas, lo anterior se basa en dos disciplinas fundamentales como lo son: la psicología en emergencias y desastres y la medicina en emergencias y desastres.

ISBN: 978-628-95101-6-4

El riesgo involucra las amenazas y las vulnerabilidades que según el contexto generan un sistema dinámico, complejo y de múltiples variables (sociales, políticas, culturales, económicas y geofísicas); identificando y fortaleciendo principalmente el enfoque psicosocial para la atención en emergencias, desde la gestión de riesgo de desastres, en los primeros auxilios psicológicos, atención en crisis y regulación emocional, frente a la identificación y recuperación de eventos emergentes, a partir de estrategias que mitiguen el daño secundario como por ejemplo el debriefing psicológico, el cual es utilizado para el manejo de eventos traumáticos relacionadas con emergencias y situaciones complejas.

MARCO DE REFERENCIA O TEÓRICO

SALUD EMOCIONAL

La salud emocional es un sinónimo de la salud mental por ende comprender este lenguaje se hace clave para su respectivo abordaje.

Los siguientes apartados muestran con claridad dichos conceptos, es así como Hernández, D. & Sanmartin, C. (2018). en su artículo de investigación de la revista Gerencia y Políticas de Salud, Vol.17 argumentan que:

En Colombia, la salud mental es particularmente compleja, pues guarda una estrecha relación con adversidades sociohistóricas en cuanto a políticas, inequidades y desastres, tanto naturales como por violencia (10, 11). A esto se suma a que no se ha

encontrado que la literatura disponible resalte acciones del país en el sentido comunitario propuesto para el mundo; más bien se le reconoce como un país con una fuerte tendencia al estudio desde la psiquiatría y las neurociencias de los mecanismos neurofisiológicos, genéticos y comportamentales de los trastornos mentales y cuyo sistema de salud, de manera explícita, prioriza la rentabilidad de los servicios privados sobre los servicios públicos de salud, mas no como un país con avances importantes en la salud mental poblacional (p. 4 -12).

Es así como se permite reflexionar frente a la salud mental, y desde luego particularmente, la de quienes viven de primer momento situaciones en el momento de caos, pánico y crisis, que pueda llegar a presentarse frente a cualquier eventualidad, teniendo presente que existen primeros respondientes que no siempre son funcionarios públicos o privados que cuenten con entrenamiento y conocimientos al respecto, si no que la comunidad y entorno juega un papel fundamental en la mitigación desde lo empírico y demás saberes culturales y ancestrales. y desde luego es fundamental mitigar los diferentes efectos psicológicos que se puedan generar, tanto para el equipo interdisciplinario de atención a la emergencia, como para la comunidad y demás respondientes.

De la misma manera y frente a múltiples adversidades de salud mental en los diferentes contextos de la vida humana laboral, familiar, ambiental, social, jurídica, de salud, deportiva, educativa, entre otros en los cuales la psicología desempeña un rol elemental.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Por lo que a partir de lo anterior en Colombia se hace imperativo expedir la Ley 1616 de Salud Mental que busco precisamente articular todos estos lineamientos emanados por la OMS, enfatizando en aspectos relevantes para abordar temas relacionados con el concepto de bienestares, pero a su vez como se pueden generar cambios significativos en la calidad y eficacia de la atención de la población, desde una perspectiva no solo individual, sino también comunitaria; que permitiera también formular por parte de los entes gubernamentales planes, proyectos y programas relacionados con la implementación de políticas públicas, que garantizaran esos derechos fundamentales como lo es la salud integral y ese completo bienestar psicosocial del ser humano, como lo define la OMS. (p.91).

ORGANISMOS DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS

Los organismos de atención a emergencias son catalogados como organismos de socorro, donde según la Unidad Nacional para la gestión del riesgo de desastres (UNGRD) argumenta que hace parte de una de las estrategias de desarrollo gubernamental definiéndola como:

El instrumento del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres creado por la Ley 1523, que define los objetivos, programas, acciones, responsables y presupuestos, mediante las cuales se ejecutan los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y manejo de desastres en el marco de la planificación del desarrollo nacional. (p.1).

La cual es una entidad nacional que articula desde lo nacional con la presidencia de la república, lo departamental con las gobernaciones y lo municipal con las alcaldías; con el fin de disponer de los recursos necesarios para prevenir, mitigar, evaluar y atender emergencias en el país, derivados de sucesos por eventos naturales, que pueden ser climáticos, hídricos o socionaturales. De acuerdo con lo anterior la UNGRD, tiene como función la planificación administrativa y financiera, dentro de un conjunto de instituciones, articuladas desde lo público, privado y comunitario creado mediante la Ley 1523 de 2012, con el fin de llevar a cabo las acciones sociales que buscan la protección integral de la población y garantizando su seguridad, bienestar y calidad de vida de los colombianos.

En los territorios podemos visibilizar entes que en casos de emergencias actúan como respondientes, con funciones de corresponsabilidad donde encontramos bomberos, cruz roja, defensa civil, policía, ejército, los cuales son organizaciones que tienen dentro de sus planes de trabajo conocimientos y entrenamiento idóneo para actuar al respecto; de la misma manera en apoyo a estas eventualidad encontramos organizaciones sociales y comunitarias que de manera empírica y acorde a su cultura, costumbres ancestrales y experiencias de vida contribuyen, en organización con el cuerpo de mando unificado.

Figura 1

Estructura del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres en Colombia.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Nota. Estructura del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres en Colombia. Fuente. https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Estructura.aspx

Es así como la estructura organizacional que permite el cumplimiento de los fines y objetivos esenciales de la gestión del riesgo, resaltando los actores y los procesos sociales implicados; partiendo de la óptica de las instituciones y miembros de las comunidades dentro de las políticas de gestión del riesgo en el ámbito territorial, como herramientas para la planeación y desarrollo dentro de los organismos que intervienen en los procesos de emergencias, quienes requieren de estrategias de afrontamiento y resiliencia asertivas, para mitigar su afectación a la salud socioemocional por la vivencia de experiencias traumáticas tras acompañar y atender estas situaciones, las cuales

pueden ser positivas en cuanto a que propicia un aprendizaje significativo como lo afirma perez-Sales(2004); asimismo le permite valorar su red de apoyo familiar integrando variables como lo estipula Maslow en la pirámide de necesidades, es decir a nivel fisiológico, de seguridad, afiliación, reconocimiento y de autorrealización. De igual forma es importante mencionar aspectos negativos puesto que son personas vulnerables a desarrollar traumas, trastornos asociados a sueño, alimentación, estados de alerta, ansiedad, depresión, entre otras afectaciones que de una u otra manera se relacionan con su salud mental.

SALUD MENTAL Y PSICOLOGÍA COMUNITARIA

“La psicología comunitaria es un área de trabajo del psicólogo desde donde se proponen y ejecutan estrategias de prevención de las afectaciones al bienestar psicológico de la población.” Bejarano & Puentes, (2024, p.2).

Cuando se presenta alguna emergencia la comunidad se convierte en una red de apoyo muy importante, ya que son refugio para las víctimas, son personas cercanas que generan confianza y a su vez una oportunidad para rehacer su proyecto de vida, teniendo presente la magnitud de la vulnerabilidad a la cual se expuso. Es así que el bienestar psicológico de la comunidad que también vive un impacto, estudia el comportamiento de la comunidad frente a la ocurrencia y las habilidades sociales para su respectivo manejo integral.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Es necesario mencionar que dentro del abordaje de la psicología comunitaria esta aporta comprensiones importantes a la evaluación, atención y acompañamiento, frente a la mitigación de afectaciones a la salud mental.

De acuerdo con los argumentos del autor Torres, (2019) quien expresa que:

La comunidad representa un grupo de individuos que comparten un sentido de pertenencia y conexión emocional, influenciados por valores, intereses, objetivos y necesidades comunes. Este concepto abarca no sólo la interacción física en un espacio geográfico, sino también las conexiones virtuales y simbólicas que proporcionan apoyo, identidad y cohesión a sus miembros. (p.1).

Por tanto, desde la perspectiva comunitaria se estudia significativamente las relaciones internas de la comunidad y cómo estas repercuten en el bienestar y el desarrollo de las personas que integran la comunidad, fomentando la participación, inclusión, el liderazgo y potenciación de habilidades y capacidades que contribuyen al desarrollo humano integral.

Gutiérrez, W. O. G., & Hernández, L. A. Z. (2019), Mencionan en su artículo Hacia una Psicología Social en la Atención del Riesgo de Desastres que:

Se crea, entonces, una tensión intradisciplinar que invita a reevaluar la teoría y praxis de esta ciencia en materia de desastres y gestión del riesgo. La aplicación del saber psicológico no puede ser limitada sólo a los momentos de atención y recuperación. La comprensión de la dinámica psíquica individual y colectiva debe trascender las lecturas de su afectación en situaciones de crisis, para integrarlas a prevención y la

reducción del riesgo de desastres, lo que contribuye a minimizar los posibles daños y evitar pérdida de vidas humanas. (p.113).

Es así que es indispensable reconocer el ser humano como un actor primordial, que dinamiza y construye una articulación desde la lectura de las necesidades psicosociales, a partir de una emergencia, catástrofe o caos, donde se analiza los procesos sociales en la gestión de los riesgos, promoviendo la conciencia para fomentar los modos de vida, dentro de las dinámicas propias de las interacciones sociales que ocurren de manera espontánea, y que se configuran en el fortalecimiento y la búsqueda de la salud mental individual y colectiva.

Retomando los aportes de Gutiérrez, W. O. G., & Hernández, L. A. Z. (2019), es posible la articulación entre la gestión del riesgo y la Psicología Social Comunitaria, en razón a que ambas perspectivas apuntan al bienestar social, el respeto ambiental y la liberación de las comunidades. (p.116)

Finalmente, el rol de la psicología comunitaria en la salud mental, permite una actuación integral desde su saber; generando una comprensión epistemológica que construye el conocimiento disciplinar, con el saber empírico y cotidiano de la comunidad; promoviendo una nueva realidad, evitando la imposición del profesional que acompaña estos procesos, desde valores y principios como la empatía y la ética dentro de la rigurosidad de su ejercicio, frente al respeto, no maleficencia, beneficencia.

ISBN: 978-628-95101-6-4

EL ROL DEL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN EN CRISIS

La intervención en crisis, establece específicamente de manera prioritaria la respuesta de profesiones de diferentes disciplinas, en los que encontramos la psicología como una ciencia que ha contribuido a la intervención y acompañamiento en las situaciones en que se generan traumas por diferentes situaciones o circunstancias, que de una u otra manera han cambiado el campo de la salud mental; considerándose por mucho tiempo el hecho de la necesidad de efectuar un tratamiento específico y especializado para curar una enfermedad, sin embargo, se considera que la crisis y el trauma pueden causar un severo padecimiento psicológico a cualquier persona, dependiendo las circunstancias que lo motiven.

Por tanto, Mancuello García (2006) distingue entre emergencia, desastre y catástrofe donde describe:

La emergencia como una situación que se resuelve con recursos médicos y asistencias locales. Considera desastre a aquella situación más grave para la cual se necesita una mayor infraestructura y que implica un número mayor de heridos y damnificados. Se refiere a las catástrofes como un desastre masivo con efectos destructivos y que para superarlos se necesita de un gran esfuerzo humano, físico y de coordinación. Provocan alarma social, con secuelas de horror y sufrimiento. (p. 1).

Para la crisis, se requiere de unos primeros auxilios psicológicos, es decir la intervención temprana más afectiva, que pretende la atención inmediata de un episodio traumático, el cual debe contar con una atención humana y compasiva, por ende se

sugiere que cada organización de emergencia cuente con profesionales en el área de la psicología para ayudar a restablecer la funcionalidad de una persona que ha sido afectada, con el fin de prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas y emocionales ya sea a corto, mediano, y largo.

Galimberti, M. (2011). En su trabajo denominado El psicólogo y su abordaje en emergencias, catástrofes y desastres, cita a dos autores, mencionando que:

Losada Fernández (2004) conceptualiza las catástrofes como hechos inesperados, que poseen carácter urgente y causan impacto social sobre comunidades y que implican peligro, duelos individuales y colectivos. Las catástrofes influyen en la integridad psicológica de los afectados, sean ellos profesionales o víctimas (Peñate Quintana, 2005).

METODOLOGÍA

Este ensayo hace parte de una investigación académica cualitativa por conocimiento obtenido de manera teórica, desde la comprensión de la importancia de la salud mental de los organismos de atención a emergencias, identificando criterios claves en este ejercicio académico reflexivo, como lo fueron salud emocional, atención a emergencias, organismos de socorro.

Con una mirada del rol del psicólogo y sus habilidades para mitigar las afectaciones a la salud mental de quienes trabajan arduamente, en condiciones extremas

ISBN: 978-628-95101-6-4

para salvaguardar la vida de otras personas. Con apoyo de contenido que argumenta y da sustento disciplinar desde la psicología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La atención a emergencias es un llamado frecuente a las diferentes líneas de ayuda, es por ello que este trabajo se permite reflexionar sobre el estado de la salud mental de los organismos de atención a emergencias

Y como ellos mitigan el sufrimiento de otras personas comunidades atendiendo y mostrando la mejor actitud en las diferentes catástrofes, pero que su lado humano, también generar algunos traumas, por ende, es fundamental atender también la salud emocional de quienes atienden las emergencias.

Desde el panorama de la Salud Mental, las emergencias conllevan a la perturbación psicosocial de los organismos de socorro, viéndose afectada significativamente su salud emocional, necesitando de un seguimiento por parte del servicio psicológico, luego de haber estado expuesto dentro de su labor a la respuesta de alguna situación de emergencia, como catástrofe, desastres de tipo natural, que pueden ser climáticos, geofísicos, hídricos y meteorológicos, donde también encontramos socionaturales los cuales pueden ser naturales, o una respuesta a la acción humana.

Cabe resaltar que los organismos de socorro son los primeros en evidenciar la magnitud de las emergencias que se presentan y la mayoría de las ocasiones se acompaña a víctimas de estos episodios, pero pocas veces en esos guardianes, socorristas, policías, soldados, bomberos, brigadistas, profesionales, equipos interdisciplinarios de diferentes organizaciones que atienden emergencias y desastres y quienes intervienen y acompañan ese difícil tránsito y que se convierten en víctimas indirectas, lo que conlleva a ser vulnerables a que su salud mental se pueda interrumpir.

Donde se hace necesario acciones que permitan la prevención, monitoreo, y acompañamiento a cada uno de los organismos de atención a emergencias que participan de la atención en determinados eventos según corresponda su clasificación y así logran mantener su equilibrio emocional.

Cada uno de los elementos trabajados nos permite concluir que es fundamental definir los aspectos relacionados con los episodios de crisis, ya que conlleva a una inestabilidad emocional, como consecuencia de permanecer expuesto a eventos traumáticos, sin resolver o afrontar oportunamente cada uno de ellos, acumulando la carga emocional y psicológica, que se puede convertir en una amenaza para el ser humano y desencadenar en riesgo vital.

A los organismos de atención a emergencias se les debe brindar formación constante en estrategias de afrontamiento y resiliencia individual y grupal, en favor de la promoción de la salud mental y prevención de trastornos psicológicos relacionados con su actividad laboral o ocupacional.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Coincidimos con los aportes de Cuéllar et al. (2022) quien manifiesta que es importante diversas redes de apoyo que ayudan a identificar, movilizar los recursos positivos como son la familia, amigos o grupos comunitarios, teniendo como objeto efectuar vínculos afectivos, que favorezcan la reconstrucción de la afectación psicosocial experimentada en un evento traumático o crítico.

El ejercicio del psicólogo como profesional en la atención del personal que interviene en los eventos de emergencias y desastres es fundamental; ya que este contribuye con sus conocimientos científicos, al restablecimiento de la salud mental, utilizando en su intervención principalmente la terapia cognitivo - conductual y particularmente desde de una de sus técnicas conocida como la reestructuración cognitiva; la cual tiene como finalidad el cambio de pensamientos negativos, para la modificación de la conducta, dando un manejo adecuado a los pensamientos. Así mismo a otras técnicas para el manejo de la ansiedad y episodios de estrés, al igual que el trabajo para manejar el trauma (Peláez, 2016).

Dentro de las recomendaciones se hace necesario que la UNGRD tenga en cuenta en sus procesos de planificación de estrategias para reducir la tasa de psicopatología en la comunidad, unidades de rescate, y todos los equipos de socorro, la integración de planes, proyectos y programas psicosociales en la prevención de patologías, y afecciones a la salud mental, que mitiguen el trauma y afectación psicológica tanto individual como comunitaria. Lo anterior acogiendo el modelo Dohrenwend, el cual propone varias áreas: intervención durante crisis; entrenamiento en

habilidades individuales; socialización y educación general; desarrollo de agencias de ayuda social; acción política con grupos de status desventajoso.

Esta reflexión fue fundamental dentro de los procesos de investigación ya que aborda un tema de salud mental que requiere seguir siendo estudiado y argumentado, desde el ejercicio profesional de la psicología, y que está en constante evolución desde la ciencia que estudia el comportamiento humano y su relación con las emergencias y desastres.

Se sugiere un estudio riguroso de investigación desde la práctica aplicada en el personal de atención a emergencias, que permita conocer datos relevantes, que permitan construir y fundamentar teóricamente un instrumento de evaluación que permita medir estas afectaciones a la salud mental de los organismos de socorro y que tenga la confiabilidad y validez en el país.

BIBLIOGRAFÍA

Amud Mosquera, D. L., Fuentes Castañeda, A. V., Gutiérrez Parra, J., & Ocampo Giraldo, F. (2022). Protocolo de primeros auxilios psicológicos para el personal asistencial Organismos de Socorro.

Barrales Díaz, C. (2019). Atención psicológica en situaciones de emergencias y desastres. Horizonte sanitario, 18(1), 5-6.

Basauri, V. A., & García, P. A. (2010). Salud Mental y Emergencia Humanitaria. Cuadernos de psiquiatría comunitaria, 1-99. https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Cuadernos%20vol10-1.pdf

Cuéllar, I. (2022). Apuntes de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414

Debates Emergentes en Psicología Vol.3. (2024). Sello Editorial UNAD. https://doi.org/10.22490/ (p.138)

Galimberti, M. (2011). El psicólogo y su abordaje en emergencias, catástrofes y desastres. Recuperado de http://www. centroippc. com/pdfs/psicologiadelasalud. pdf. https://www.academia.edu/download/32236017/psicologiadelasalud.pdf

Griffitha, E. L., Ling-jinb, Contratistaa, A. A., Slavisha, D. C., & Vujanovic, A. A. (2022). Heterogeneidad en los patrones de síntomas del trastorno de estrés postraumático y trastornos del sueño entre los bomberos: análisis de perfil latente. Revista de investigación psiquiátrica, 64-72. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.052

Gutiérrez, W. O. G., & Hernández, L. A. Z. (2019). Hacia una psicología social en la gestión del riesgo de desastres. Tempus psicológico, 2(1), 109-130. http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/tempuspsi/article/view/2569

Hernández, D. & Sanmartin, C. (2018). La Paradoja de la Salud Mental en Colombia: entre los Derechos Humanos, la Primacía de lo Administrativo y el Estigma.

Artículo de Investigación, Revista Gerencia y Políticas de Salud, Vol.17, Num.35, julio-diciembre 2018, 17(35), ISSN: 1657-7027. Recuperado de: https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.psmc Redalyc: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54557477003

Hersen, M. (2020). Manual de Competencias de Psicología Clínica. Cambridge University Press.

Kshtriya, S., Kobezak, A. M., Lawrence, P. P., & Lowe, S. R. (2020). El apoyo social como mediador de estresores ocupacionales y resultados de salud mental en socorristas. Community psychology , 1-13. DOI: 10.1002/jcop.22403

León Gómez, Javier. (2012). Apoyo mutuo y cooperación en las comunidades utópicas. Revista Futuro.

Losada Fernandez, P. (2006). Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes. Presentado en Conferencia Internacional de Psicología de la Salud Psicosalud.

Mancuello García, A. (2006). Intervención psicológica inmediata en catástrofes. [Versión electrónica] Disponible en http://www.psicologiaonline.com/artículos/2006/psicologica_catastrofes.shtml

Minoletti, A., Alvarado, R., Vitriol, V., Sierralta, P., Bass, C., & Calvo., J. (2018). Efecto de acciones de equipos de Atención Primaria de Salud para proteger la salud mental

después de desastres naturales. Cad. Saúde Colet, 336-342. DOI: 10.1590/1414-462X201800030005

MINSALUD (2017) Atención Psicosocial en Emergencias Oficina de Promoción Social Grupo de Asistencia y Reparación a Víctimas. De Promoción Social, O. Atención Psicosocial en Emergencias. Pag 2-55.

Navarro Machado, V., Cazull Imbert, I., Corona Pérez, R., Gutiérrez Castro, R., Ferreiro Rodríguez, Y., Gómez Castellanos, R., & Fiaved-Avisoc, G. (2018). Guía para la enseñanza del apoyo vital socorrista. Consenso para el proyecto de formación e investigación en apoyo vital. Cienfuegos, 2018. Medisur, 16(6), 802-819.

OMS, (2024). Salud Mental. Sinopsis p1 https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Peñate Quintana, M. (2005). Intervención psicológica en desastres con afectados y con profesionales. Hojas informativas de los Psicólogos de las Palmas. 73.

Peñuela, F. L. (2021). La psicología en la atención a nivel distrital. [Proyecto aplicado]. Repositorio Institucional UNAD. https://repository.unad.edu.co/handle/10596/51593

Prati, G., & Pietrantoni, L. (2010). La relación del apoyo social percibido y recibido con la salud mental entre los socorristas: una revisión metaanalítica. Revista de Psicología Comunitaria, 403-417. DOI: 10.1002/jcop.20371

Puentes Puentes, D. C. . (2022). Salud mental comunitaria: atención primaria en salud. Documentos De Trabajo ECSAH. https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/wp/article/view/5945

Torres Reca, Guillermina (2019) Comunidad. Universidad Nacional de La Plata. El Taco en la Brea: Revista Semestral del Centro de Investigaciones Teórico-Literarias, ISSN-e 2362-4191, Vol. 1, Nº. 10, 2019 (Ejemplar dedicado a: El taco en la brea), págs. 175-192 https://dialet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7886918

Triana Giraldo, M. del P., Monsalve González, J. L. ., Portilla Estrada, E. Y. ., Pérez Gallo, E., Henao Holguín, E. G. ., Giraldo López, D. ., Cisneros Rincón, C. F. ., Tapia Duque, C. ., Sánchez Villafañe, A. L. ., Cruz Bolaños, J. A. ., Toledo Ospina, L. A. ., Belalcázar Valencia, J. G. ., Botero Caicedo, Y. A. ., Noguera Morales, T. ., Torrealba Escobar, R. D. ., Tamayo Montoya, P. A. ., Bejarano Peláez, M. ., Echeverri Londoño, M. C. ., Larrahondo Gómez, L. V. ., & Rodríguez Campo, Y. A. (2023). Diálogos sobre la intervención y el acompañamiento psicosocial: entre la experiencia de CAMSCUNAD y otros proyectos de mediación institucional. Sello Editorial UNAD. (p.91). https://doi.org/10.22490/9789586519205

ISBN: 978-628-95101-6-4

RESEÑA AUTORAS

DIANA CECILIA PUENTES

Psicóloga, con especialización en pedagogía para el desarrollo del aprendizaje autónomo Unadista, Master en psicología clínica y de la Salud, maestrante en Educación, amante del trabajo con las comunidades principalmente aquellas en condiciones vulnerables, trabajo con familias, parejas, consulta clínica, proyectos de desarrollo comunitario, ambientales y educativos. Docente del programa de psicología desde el 2017 en la ECSAH ZCBC Cead Gacheta. Investigadora desde 2022, Publicaciones Salud mental comunitaria: atención primaria en salud, (2022)

Puentes Puentes, D. C. . (2022). Salud mental comunitaria: atención primaria en salud. Documentos De Trabajo ECSAH. https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/wp/article/view/5945

Puentes, D. C. (2021). Manifestaciones Psicopatológicas de la infancia y la adolescencia. [Objeto_virtual_de_Informacion_OVI]. Repositorio Institucional UNAD. https://repository.unad.edu.co/handle/10596/41560

Puentes, D. C. (2021). Evolución de las Manifestaciones psicopatológicas. [Objeto_virtual_de_Informacion_OVI]. Repositorio Institucional UNAD. https://repository.unad.edu.co/handle/10596/41561

Puentes, D. C. (). Community mental health: primary health careSalud mental comunitaria: atención primaria en salud. [info:eu-repo/semantics/article, Universidad

Nacional Abierta y a Distancia, UNAD]. Repositorio Institucional UNAD. https://repository.unad.edu.co/handle/10596/51891

Gómez, D. P. & Puentes, D. C. (2016). Eficacia en las estrategias de inclusión educativa aplicadas con las personas diversamente hábiles entre los 18 y 30 años de edad a la hora de ingresar a la Educación Superior en la UNAD CEAD Gachetá. [info:eu-repo/semantics/bachelorThesis, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD]. Repositorio Institucional UNAD. https://repository.unad.edu.co/handle/10596/6316

Debates Emergentes en Psicología Vol.3. (2024). Sello Editorial UNAD. Capítulo 2. Afectaciones a la salud mental durante la pandemia y post pandemia del COVID -19 en estudiantes universitarios durante los años 2020 a 2023: una revisión bibliométrica, Melissa Judith Ortiz-Barrero, Diana Cecilia Puentes Puentes https://doi.org/10.22490/ https://libros.unad.edu.co/index.php/selloeditorial/catalog/book/251

Debates Emergentes en Psicología Vol.3. (2024). Sello Editorial UNAD. Capítulo 7. Reflexiones frente al abordaje de la salud mental comunitaria con respecto a la Rehabilitación Basada en Comunidad, Diana Cecilia Puentes Puentes, Marisol Bejarano Pelaez, DOI: https://doi.org/10.22490/

https://libros.unad.edu.co/index.php/selloeditorial/catalog/book/251

MARISOL BEJARANO PELÁEZ

Psicóloga, con especialización en Salud Ocupacional y Magíster en Psicología Comunitaria, en el ejercicio profesional a desempeñado su rol en diferentes campos y

contextos de la psicología, actualmente se desempeña como docente del Programa de Psicología de la Escuela de Ciencia Sociales, Artes y Humanidades de la UNAD, Líder del Semillero de Investigación Salutaris; dentro de su proceso de investigación ha participado en diferentes eventos como ponente y autora de 3 capítulos de libro.

Arango, B. P. R., Cadena, C. G. J., Gómez, L. V. L., & Peláez, M. B. Algunas reflexiones a la luz de la teoría del miedo líquido de Zygmund Bauman y la doctrina del shock de Naomi Klein. ACCIONES DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA DESDE LOS ESCENARIOS ACADÉMICOS, COMUNITARIOS E INVESTIGATIVOS, (p.58.84). https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2I78EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=marisol+bejarano+pelaez&ots=LnEwhz362i&sig=TEt6_HFJb06E0JQLssYdpiCZmCI

Triana Giraldo, M. del P., Monsalve González, J. L. ., Portilla Estrada, E. Y. ., Pérez Gallo, E., Henao Holguín, E. G. ., Giraldo López, D. ., Cisneros Rincón, C. F. ., Tapia Duque, C. ., Sánchez Villafañe, A. L. ., Cruz Bolaños, J. A. ., Toledo Ospina, L. A. ., Belalcázar Valencia, J. G. ., Botero Caicedo, Y. A. ., Noguera Morales, T. ., Torrealba Escobar, R. D. ., Tamayo Montoya, P. A. ., Bejarano Peláez, M. ., Echeverri Londoño, M. C. ., Larrahondo Gómez, L. V. ., & Rodríguez Campo, Y. A. (2023). Diálogos sobre la intervención y el acompañamiento psicosocial: entre la experiencia de CAMSCUNAD y otros proyectos de mediación institucional. Sello Editorial UNAD. Capítulo 4. Desafíos y retos de la salud mental comunitaria dentro del acompañamiento psicosocial a través de las dimensiones de bienestares y desarrollo humano articulado a la estrategia CASMCUNAD. (p.83-121). https://doi.org/10.22490/9789586519205

Debates Emergentes en Psicología Vol.3. (2024). Sello Editorial UNAD. Capítulo 7.Reflexiones frente al abordaje de la salud mental comunitaria con respecto a la Rehabilitación Basada en Comunidad, Diana Cecilia Puentes Puentes, Marisol Bejarano Pelaez, DOI: https://doi.org/10.22490/ https://libros.unad.edu.co/index.php/selloeditorial/catalog/book/251

Ponente en el Conversatorio Arquitectura y Situación Individual, Familiar y Colectiva de Líderes y Lideresas en Perspectiva del Acompañamiento Psicosocial y la Salud Mental. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, 25 de abril de 2022, Cartagena de Indias Bolívar Colombia.

Ponente en el Tercer Congreso Internacional de Ética, Ciencia y Educación, 21 al 23 de septiembre de 2022, con la ponencia titulada: “Ética para la Vida: Acciones Psicoeducativas para la Salud Mental en Tiempos de Post Pandemia”. Universidad de Santander UDES, Bucaramanga Colombia.

Ponente en el V Simposio de Psicología Ambiental con la ponencia titulada: “Conectando con el Medio Ambiente, Deporte y el Bienestar Integral”. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, 12 de mayo de 2023, Gachetá Cundinamarca Colombia.

Ponente en el Congreso Colombiano de Psicología 2023 Salud Mental, Bienestar y Convivencia, con la ponencia titulada “Salud Mental Positiva: Oportunidades Para La Sana Convivencia Escolar”, evento académico internacional, ASCOFAPSI y Colegio

ISBN: 978-628-95101-6-4

Colombiana de Psicólogos COLPSIC, 17 al 19 de agosto de 2023, Pereira Risaralda Colombia.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a Dios que nos brinda la sabiduría, a nuestras familias por su acompañamiento constante, a la comunidad Unadista, Colegas e investigadores amigos por su apoyo académico, investigativo y financiero, a los semilleros de investigación Serendipity y Salutaris; así como al grupo de investigación SOPHIE, por contribuir y motivar nuestra participación en procesos de investigación y desde luego en esta obra, la cual permite la comprensión de la importancia de la salud mental en sus diferentes dimensiones en este caso los organismos de socorro.

TEPT DEBIDO A VIOLENCIA OBSTÉTRICA. ACOMPAÑANDO DESDE EMDR

PTSD CAUSED BY OBSTETRIC VIOLENCE. TREATED WITH EMDR

Beatriz Galván Martínez
Psicología Galván
España

Casos Psicológicos

RESUMEN

El parto es un momento especialmente vulnerable para la mujer. Los eventos experimentados durante el mismo pueden quedar grabados en la memoria de forma muy vívida.

La violencia obstétrica es un tipo de violencia ejercida hacia la mujer en el entorno sanitario, donde recibe un trato humillante, deshumanizado, ofensivo e irrespetuoso durante la gestación, el parto o el postparto.

Diversos estudios abordan la incidencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en mujeres tras el parto.

El TEPT es un trastorno que se puede desarrollar tras experimentar o presenciar un suceso impactante, peligroso, o que entrañe temor. La guía para tratamiento del TEPT del Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (NICE) indica como tratamientos de elección para adultos con TEPT la Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma y el EMDR. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), es una psicoterapia integrativa para la intervención en trauma. EMDR activa el sistema de procesamiento adaptativo de la información del cerebro, facilitando la integración de los recuerdos traumáticos y la resolución adaptativa. Se interviene mediante un protocolo de 8 fases, atendiendo a la vertiente de pasado, presente y futuro.

En el presente trabajo se expone un caso clínico de una paciente que presenta TEPT debido a la vivencia de situaciones relacionadas con la violencia obstétrica durante el reciente parto de su hijo. Se interviene mediante terapia EMDR a lo largo de 10 sesiones. Tras la intervención se observa la reducción de la sintomatología de TEPT y una mejora en el estado emocional y calidad de vida de la paciente.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de estrés postraumático; TEPT; EMDR; violencia obstétrica; trauma; trauma perinatal; parto traumático; parto; postparto; embarazo; estrés.

ABSTRACT

Childbirth is an especially vulnerable moment for a woman, and the events experienced during it can be deeply ingrained in memory. Obstetric violence constitutes a form of violence inflicted upon women in healthcare settings, where they endure

humiliating, dehumanizing, offensive, and disrespectful treatment during pregnancy, childbirth, or postpartum. Numerous studies have examined the incidence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in women following childbirth. PTSD is a disorder that may develop after experiencing or witnessing a shocking, dangerous, or frightening event. The treatment guideline from the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) for PTSD recommends cognitive behavioral therapy focused on trauma and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as the preferred treatments for adults with PTSD. EMDR is an integrative psychotherapy for trauma intervention that activates the brain's adaptive information processing system, facilitating the integration of traumatic memories and adaptive resolution. The intervention follows an 8-phase protocol addressing past, present, and future aspects. This paper presents a clinical case of a patient with PTSD resulting from experiences related to obstetric violence during the recent birth of her child. The patient undergoes EMDR therapy over 10 sessions, resulting in a reduction of PTSD symptoms and an improvement in the patient's emotional state and quality of life following the intervention.

KEYWORDS

Post-traumatic stress disorder; PTSD; EMDR; obstetric violence; trauma; perinatal trauma; traumatic childbirth; childbirth; postpartum; pregnancy; stress.

ISBN: 978-628-95101-6-4

INTRODUCCIÓN

Podemos entender la violencia obstétrica como aquellas prácticas y conductas realizadas por profesionales sanitarios a las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto, en el ámbito público o privado, que ya sean por acción o por omisión, son violentas o percibidas como tal. Se trata de acciones no consensuadas o no apropiadas, como episiotomías sin consentimiento previo, intervenciones dolorosas sin anestésicos, medicalización excesiva que puede dar lugar a complicaciones u obligar a parir en una determinada posición. Incluye la violencia psicológica, mediante acciones como dar un trato autoritario, paternalista o infantilizar a la madre, tratar de forma humillante o despectiva, y la agresividad verbal.

La violencia obstétrica es un problema de salud pública que se extiende a nivel mundial y que afecta de forma negativa a la salud de las mujeres en el embarazo y el parto. Dos de cada tres mujeres en España se consideran víctimas de violencia obstétrica. Es una situación a prevenir y erradicar por parte de los/las profesionales de la salud, los centros sanitarios y las instituciones (Rodríguez Mira J., 2021).

Estas prácticas conforman una discriminación de género, violando derechos sexuales, reproductivos y de salud de la mujer (Araujo-Cuauro J. C., 2019).

Se trata de una violencia estructural, que afecta al área médica. Se precisa de mayor información y formación a los profesionales sanitarios. Algunos trabajos muestran que más de la mitad de los/las profesionales de la salud no conocen suficientemente esta problemática (Pintado-Cucarella S., 2015).

En los últimos años, diversos estudios abordan los efectos negativos que suponen para las mujeres el recibir un mal trato durante el parto. Uno de los efectos es la sintomatología de TEPT postparto.

Los trabajos sobre este tema, reflejan que un aspecto central para las mujeres que han sufrido trastorno de estrés postraumático a raíz del parto es el haber recibido unos cuidados inadecuados (Allen S., 1998). El trauma desarrollado en la mujer viene en muchos casos como resultado de las acciones u omisiones de médicos, matronas y enfermeras durante el parto (Elmir R.,2010).

En Estados Unidos, entre un 7% y un 8% de la población padece TEPT. (Affairs U.D., 2020). La prevalencia en España para hombres es del 1.06%, y en mujeres del 2.79% (Haro J.M, 2006).

Atendiendo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), tenemos que podemos desarrollar un trauma ante la vivencia de una lesión grave o abuso sexual, o al ser testigo de la lesión o muerte de otra persona, el saber que alguien cercano sufrió un accidente o fue violentado, así como ante la exposición repetida a detalles del suceso traumático. La sintomatología de TEPT puede incluir diversas respuestas, con una duración de al menos un mes:

-Síntomas intrusivos: reexperimentación del trauma mediante flashbacks, pesadillas, imágenes intrusivas.

-Evitación o intentos de evitación de aquello relacionado con el evento traumático.

ISBN: 978-628-95101-6-4

-Afectación del estado de ánimo y afectación cognitiva.

-Alerta y reactividad: estado de alerta, sobresalto, respuestas de ira…

En el caso del TEPT postparto, los síntomas que acompañan a su diagnóstico según Cheryl T. Beck (Beck C. T., 2004) son:

1. Reexperimentación de las situaciones vividas en el parto mediante flashbacks, pesadillas o imágenes intrusivas.
2. Embotamiento emocional y desapego de las madres hacia sus seres queridos, con síntomas disociativos como despersonalización y amnesia disociativa.
3. Fuerte preocupación por comprender lo ocurrido durante el parto, con búsqueda de información obstétrica, y necesidad de hablar sobre el suceso traumático, que se ve frustrada por falta de empatía del entorno, y generando sentimientos de incomprensión y culpa.
4. Respuestas de ira intensa dirigidas hacia sí misma, sus familiares o los profesionales sanitarios. Respuestas de ansiedad ante las relaciones sexuales o las visitas al hospital; síntomas depresivos, en ocasiones con ideas autolíticas.
5. Afectación negativa de la experiencia de maternidad, dificultando el establecimiento del vínculo madre-bebé. Puede rechazar la sexualidad o la idea de tener más hijos/as.

Respecto a la evolución de los síntomas del TEPT postparto, suelen alcanzar una intensidad máxima entre las cuatro y las seis semanas tras el parto; posteriormente

pueden ir disminuyendo, o persistir durante meses o años. Además, se puede reactivar la sintomatología si hay un nuevo embarazo (Beck,C. T., 2004; Beck C. T, 2019).

En el presente trabajo, se revisan los conceptos de violencia obstétrica y de experiencia de parto traumática, así como las consecuencias que puede tener para la madre el haber experimentado situaciones traumáticas durante el parto, como son los síntomas de TEPT postparto.

Se tiene en cuenta en la elección de este tema la relevancia social que tiene, ya que se trata de un problema de salud pública y que afecta a los derechos humanos de las mujeres.

En este artículo, se aborda así mismo la intervención ante la detección de síntomas de TEPT postparto, mediante técnicas de demostrada eficacia como EMDR.

La guía para tratamiento del TEPT del Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (NICE) indica como tratamientos de elección para adultos con TEPT la Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma y el EMDR (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

La terapia EMDR (desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares) es un enfoque psicoterapéutico validado empíricamente, que se utiliza para tratar las secuelas del trauma psicológico (Shapiro F., 2001). Es un abordaje que consta de un tratamiento en ocho fases, y cuenta con protocolos y procedimientos estandarizados.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Para ejemplificar este proceso, se expone el caso de una mujer diagnosticada de TEPT tras el parto, que recibe apoyo psicoterapéutico desde el modelo EMDR.

Se pretende, por tanto, visibilizar el problema de la violencia obstétrica, así como la importancia de detectar la sintomatología de TEPT postparto, para poder atender a las mujeres afectadas.

Se trata de un problema que en muchos casos no se reconoce, y se trata de manera insuficiente. Si no se aborda, afecta negativamente a la salud materna e infantil. Por ello, es necesario prevenirlo mediante la formación e información de los y las profesionales sanitarios.

En los casos en los que se hayan dado situaciones de mal trato a la madre en el entorno sanitario, se deben detectar dichas situaciones de forma temprana. Es necesario prestar apoyo psicológico a las mujeres que han sufrido violencia obstétrica durante el parto, para tratar de evitar el desarrollo de sintomatología de TEPT y/o paliar dichos síntomas si se desarrolla el trastorno.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

ANTECEDENTES

A comienzos del siglo XIX aparece el término *obstetric violence*, denunciando prácticas que se realizaba con mujeres embarazadas en esos momentos (Blundell J., 1834).

El estrés traumático tras el parto se describe en 1978 por Bydlowski y Raoul-Duval con el término de “neurosis traumática postobstétrica” (Bydlowski y Raoul-Duval, 1978).

En 1995, los estudios de Ballard identifican embarazo y parto como causa de TEPT (Ballard C. G., 1995). El estrés traumático postparto puede definirse como aquel en el que “hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé” (Beck & Watson, 2008).

Se comienza a investigar a cerca de los efectos traumáticos del parto como generador de TEPT con la publicación del DSM-IV (Marshall G.N., 2002).

En los últimos años, diversos estudios encuentran una alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático tras el parto (Olza I., 2014). Se estima que alrededor del 36% de las mujeres sufren síntomas de TEPT tras el parto (Olza I., 2014); otros estudios refieren que sería un 50% (Martínez-Vázquez S., 2021). Según Pelin D. Yildiz (Yildiz P. D., 2017) el TEPT perinatal es bastante común y afecta a entre el 4 y el 6% de las mujeres en diferentes momentos. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático parece aumentar entre uno y seis meses después del parto, por lo que es importante aumentar la concienciación y brindar una evaluación continua durante este período.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia obstétrica como el trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto; incluye el maltrato físico, la humillación, la agresión verbal, los procedimientos médicos no consentidos o

cohercitivos, la falta de confidencialidad, la falta del consentimiento informado, la negativa ante la solicitud de mediación contra el dolor o las graves violaciones a la intimidad.

La OMS refiere que el maltrato en el parto es un importante problema de salud pública y de derechos humanos, así como que el número de casos es alarmante, e insta a los gobiernos a dirigir esfuerzos a su reconocimiento, investigación y eliminación (Organización Mundial de la Salud, 2014).

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El TEPT aparece definido en 1980 a través de la American Psychiatric Association, (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1980).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ha definido como los efectos del trauma psicológico a nivel cognitivo, somático, afectivo y conductual (van der Kolk B., 1996). Se trata de un trastorno que se puede desarrollar tras vivir o presenciar un evento peligroso, impactante o que genere temor, miedo o rechazo. Las personas que desarrollan este trastorno pueden experimentar hiperactivación, miedo y otros síntomas, incluso cuando el estímulo estresor no está presente (NIMH, 2020). Para la American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, APA. 2014) es clave en su definición la reexperimentación del evento, las respuestas de evitación y la hiperactivación fisiológica.

En los últimos años, diversos trabajos de investigación relacionan situaciones traumáticas con el impacto psicológico y con el TEPT. Los resultados reflejan la relación entre el suceso traumático y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores (Martín Ayala J. L., 2004). El TEPT se asocia a disociación, somatización y una variedad de problemas con la regulación del afecto, incluyendo dificultades para modular la ira y la participación sexual (Van der Kolk, B.A., 1996).

RESUMEN DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA TEPT (APA, 2014). Trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10)

• A) Exposición a muerte, lesión o violencia sexual, ya sea real o amenaza, mediante: experiencia directa del suceso, o presenciar el suceso, o conocer que le ha sucedido a alguien cercano, o exposición a detalles repulsivos del suceso.

• B) Síntomas intrusivos. Revivir el evento de forma repetida, mediante pesadillas, sueños inquietantes, o imágenes mentales invasivas; pueden darse respuestas disociativas. Ante el recuerdo, puede haber reacciones fisiológicas (taquicardia, disnea) o tensión emocional.

• C) Conductas de evitación. Evitación de recuerdos, pensamientos, sentimientos asociados, o de recordatorios externos (lugares, personas...).

• D) Alteración negativa cognitiva y del estado de ánimo. Puede haber dificultad para recordar parte del evento traumático (amnesia disociativa). Aparecen pensamientos negativos hacia sí mismo/a, los demás o el mundo. Posible pérdida de

ISBN: 978-628-95101-6-4

interés en las actividades importantes. Sentirse desapegado/a de otras personas. Insensibilidad; falta capacidad para experimentar alegría.

• E) Alerta e hiperactivación fisiológica: irritabilidad/respuestas de rabia, conducta autodestructiva, estado de alerta, respuesta de sobresalto, problemas de concentración o alteraciones del sueño.

• F) La duración de la alteración es superior a un mes.

EXPERIENCIA TRAUMÁTICA DE PARTO Y TEPT

Es importante distinguir entre experiencia traumática del parto y los síntomas de TEPT. La experiencia de parto traumático se refiere a eventos e interacciones directamente relacionados con el parto, que causa emociones y reacciones abrumadoras y angustiantes, mientras que el TEPT postparto se refiere a los síntomas psicológicos que pueden aparecer tras el parto o como consecuencia de haber tenido una experiencia traumática (Leinweber J., 2022). El parto traumático incluye experimentar indefensión, miedo y terror; tras el evento pueden aparecer flashbacks, pesadillas, recuerdos vívidos de las escenas e irritabilidad (Olde E., 2006). Beck refiere que “el trauma del parto reside en la mirada de quien lo percibe”, puesto que la experiencia de parto puede ser traumática dependiendo de aquello que afecte y suponga un trauma para cada mujer (Beck, 2004).

FACTORES DE RIESGO DEL TEPT POSTPARTO

Las variables obstétricas consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno son: antecedentes de aborto espontáneo, embarazo ectópico previo, parto vaginal, parto instrumental o cesárea, ser sometida a la maniobra de Kristeller, un desgarro perineal de tercer o cuarto grado, una hemorragia posparto, miedo al parto, y percibir que el tratamiento recibido durante la asistencia al parto fue incorrecto. El TEPT postparto afecta negativamente a la salud mental materna, tiene consecuencias para el bebé, los padres, el entorno de la madre y el sistema familiar, lo que conlleva problemas de salud (Martínez-Vázquez S. 2021).

La misma naturaleza del parto puede suponer un disparador de recuerdos traumáticos latentes; el proceso puede reactivar estos recuerdos de traumas previos y generar sintomatología ansiosa relacionada con el parto y el trauma psicológico previo. Puede haber recuerdos traumáticos en la memoria implícita, relacionados con situaciones de agresión o de abuso, que el cuerpo recuerda; estos recuerdos o memorias somáticas pueden emerger ante la incomodidad y ansiedad excesiva respecto a las situaciones relacionadas con el parto (Martín Maldonado-Durán J., 2011).

Es probable que el recibir este mal trato tenga mayor impacto si sucede durante el parto, ya que se trata de un momento en el que el cerebro de la madre se encuentra impregnado en neurohormonas específicas que lo preparan para iniciar el vínculo (Olza-Fernández, I.2014).

ISBN: 978-628-95101-6-4

SINTOMATOLOGÍA DE TEPT POSTPARTO

Las mujeres con TEPT postparto, sufren una variedad de síntomas que a menudo incluyen fenómenos psicológicos intrusivos como pesadillas sobre el trauma o recuerdos recurrentes involuntarios; alteraciones negativas en el estado de ánimo y la cognición; y evitación de recuerdos del trauma (Dekel S., 2020). El/la propio niño/a puede convertirse en un estímulo disparador del trauma, pudiendo desencadenar angustia materna, en detrimento del niño (Ayers S.,2016; Dekel, S., 2019). El TEPT tras el parto se asocia a problemas en la formación temprana de la relación de apego madre/bebé (Dekel, S., 2019).

TERAPIA PARA TEPT Y TEPT POSTPARTO

La guía del Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) indica como tratamiento para adultos con TEPT la Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma y el EMDR. La guía refiere que es útil el tratamiento mediante EMDR para adultos con TEPT o síntomas clínicamente significativos de TEPT, entre el primer y tercer mes tras el suceso traumático, o más allá del tercer mes, siempre que no sea un trauma relacionado con conflicto bélico y si la persona prefiere este tipo de intervención. El tratamiento debe proporcionar entre 8 a 12 sesiones, o más si el paciente lo requiere; la intervención debe ser realizada por profesionales entrenados, con una aplicación gradual. Se debe incluir: psicoeducación en las reacciones al trauma, manejo de recuerdos y situaciones asociadas al trauma, identificación de los recuerdos diana en

los que se focalizará el trabajo y promover las creencias positivas alternativas (NICE, 2018).

La terapia EMDR cuenta con el apoyo de diversas entidades y organismos internacionales sobre salud mental. La Organización Mundial de la Salud recomienda el tratamiento con EMDR como método de elección ante los trastornos relacionados con el trauma (OMS, 2013). La Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático (ISTSS) lo considera del mismo modo un tratamiento de elección para el TEPT. De acuerdo con la División Clínica de la Asociación Psicológica Americana, los únicos métodos con apoyo empírico para el tratamiento de cualquier tipo de estrés postraumático son: EMDR, la terapia de inoculación de estrés y la de exposición. Un reciente metaanálisis efectuado con estudios aleatorios controlados en pacientes con TEPT confirma que el tratamiento con EMDR reduce de forma significativa los síntomas de TEPT, junto con una mejora en ansiedad, depresión y malestar subjetivo (Zorrilla I., 2018)

El Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados, publica una guía específica sobre atención de la salud mental durante el embarazo y posparto (*Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*) en 2014, actualizada en el año 2020.

En caso de un trastorno por estrés postraumático como resultado de un parto traumático, aborto espontáneo, o muerte perinatal o neonatal, el NICE incide en la importancia de aplicar una intervención psicológica de alta intensidad (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, o desensibilización y reprocesamiento por

ISBN: 978-628-95101-6-4

movimientos oculares -EMDR-), de acuerdo con las directrices de su guía sobre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (guía NICE CG26). Considera básico también el apoyo a los familiares y profesionales sanitarios (NICE, 2020).

El estudio de Marianne Sandström refleja que EMDR puede ser una herramienta útil para ayudar a mujeres que han quedado gravemente traumatizadas por el parto. Después del tratamiento, todas las participantes informaron una reducción del estrés postraumático. El seguimiento de uno a tres años después, muestra resultados positivos a largo plazo. Los síntomas de "pensamientos intrusivos" y "evitación" parecen más sensibles al tratamiento (Sandström M., 2008).

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR)

EMDR fue desarrollado en los años 80 por la psicóloga norteamericana Francine Shapiro. Es una psicoterapia integradora para el tratamiento del trauma. Se inició mediante una técnica que consistía en realizar movimientos oculares rápidos guiados por los dedos del/la terapeuta, con objeto de disminuir recuerdos traumáticos (Shapiro, 1989). Se desarrolló el marco teórico y se diseñó un método de tratamiento o protocolo EMDR (Shapiro, 1995)

Actualmente, cuenta con protocolos de tratamiento específicos y se interviene en tres vertientes: eventos pasados que causaron y mantienen los síntomas actuales, sucesos y disparadores del presente, y eventos futuros (Shapiro, 2001). Se utiliza la estimulación bilateral visual, auditiva o kinestésica, para ayudar al/la paciente a procesar los recuerdos traumáticos de forma adaptativa y disminuir la carga emocional

asociada a ellos. Durante la estimulación bilateral la persona es guiada para conectar con recuerdos, pensamientos o sensaciones somáticas y relatar su experiencia traumática pasada. El uso de la estimulación bilateral en cualquiera de sus modalidades tiene como objetivo la integración de imágenes, creencias, pensamientos, recuerdos y sensaciones somáticas, sostenidas de forma verbal y no verbal.

Mediante el tratamiento con EMDR se facilita la integración de los recuerdos traumáticos; esto se consigue a través de la activación del sistema intrínseco de procesamiento de la información del cerebro, que transforma las experiencias traumáticas en resoluciones adaptativas. Es un método eficaz con personas que tengan dificultades al expresar en palabras sus experiencias traumáticas y recuerdos de sensaciones corporales particulares asociados a estas experiencias (Zorrilla I., 2018).

En la reciente revisión sistemática publicada en la revista Frontiers in Psychology (Landin-Romero, Moreno-Alcazar, Pagani, & Amann, 2018), se exponen los resultados de 87 ensayos clínicos randomizados y controlados, que se encuadran en tres categorías, atendiendo a las tres hipótesis que explican la eficacia de EMDR:

1) Hipótesis sobre modelos psicológicos. Según esta hipótesis, nuestro “sistema ejecutivo central” integra y coordina la información en subsistemas como el bucle fonológico (que guarda la información auditiva y verbal), y la agenda visoespacial (que manipula información visual y espacial). La actividad de EMDR de sostener los movimientos oculares y la imagen del evento, agota la capacidad de la agenda

ISBN: 978-628-95101-6-4

visoespacial y del ejecutivo central; por ello el recuerdo del evento va perdiendo fuerza, reduciendo la activación emocional.

2) Hipótesis sobre modelos psicofisiológicos. Se centra en que la tarea atencional dual y los movimientos oculares generan cambios psicofisiológicos, y reducen la activación mediante el sistema nervioso parasimpático. También se plantea que los movimientos oculares generan cambios fisiológicos similares a los que se dan en la fase del sueño REM («rapid eye movement»), permitiendo la integración de las memorias del trauma.

3) Hipótesis de modelos neurobiológicos. Los estudios de neuroimagen funcional muestran una restauración del control cortical en regiones frontales, sobre estructuras subcorticales hiperactivadas del sistema límbico como la amígdala.

El tratamiento de EMDR se realiza en 8 fases: recogida de historia, preparación, evaluación, desensibilización, instalación, examen corporal, cierre y evaluación.

El siguiente cuadro resume cada una de las 8 fases del tratamiento:

Tabla 1. Resumen del tratamiento con terapia EMDR de ocho fases

Fase	Propósito	Procedimiento
1 Recogida de historia	Obtener información de antecedentes Identificar idoneidad para el tratamiento con EMDR	Cuestionarios de recogida de historia y diagnóstico. Preguntas y técnicas para identificar: 1) eventos pasados que han sentado las bases de la patología, 2) disparadores actuales, y 3) necesidades futuras
2 Preparación	Preparar para el procesamiento de dianas con EMDR	Educación sobre el cuadro de síntomas. Metáforas y técnicas que fomentan la estabilización y la sensación personal de control.

3 Evaluación	Acceder al blanco del procesamiento EMDR estimulándolos aspectos principales del recuerdo	Obtener la imagen, creencia negativa actual, creencia positiva deseada, emoción actual, sensaciones físicas y mediciones basales
4 Desensibilización	Procesar experiencias hasta su resolución adaptativa (sin angustia)	Protocolos estandarizados que incorporan movimientos oculares (o tapping o tonos) que permiten que surjan espontáneamente insights, emociones, sensaciones y otros recuerdos
5 Instalación	Aumentar las conexiones con las redes cognitivas positivas	Aumentar la validez de la creencia positiva deseada e integrar completamente los efectos positivos dentro de la red de memoria
6 Examen corporal	Completar el procesamiento de cualquier perturbación residual asociada con la diana	Concentrarse en y procesar cualquier sensación física residual
7 Cierre	Asegurar la estabilidad del cliente al completar la sesión EMDR y entre sesiones	Uso de visualizaciones guiadas o técnicas de auto-control en caso necesario Explicación sobre las expectativas e informes conductuales entre sesiones
8 Reevaluación	Asegurar el mantenimiento de resultados terapéuticos y estabilidad del cliente	Evaluación de los efectos del tratamiento. Evaluación de la integración dentro del sistema social más amplio

Extraído de Shapiro, F. (2014). El Rol de la Terapia EMDR en la Medicina.

DATOS GENERALES DE LA PERSONA

Sexo: Mujer

Fecha de nacimiento: 5/11/1992

Estudios universitarios

ISBN: 978-628-95101-6-4

Edad: 31 años.

Ocupación/Profesión: trabajadora social.

Nacionalidad: Española

Fechas de la evaluación: junio 2023.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

La violencia obstétrica es un problema actual que afecta a las mujeres en el embarazo, el parto y el postparto. El parto puede ser un evento lo suficientemente estresante como para desencadenar un trastorno de estrés postraumático (TEPT). El TEPT tras experimentar situaciones de violencia obstétrica durante el parto supone una grave afectación a la salud de las madres.

La paciente cuyo caso se expone, contacta solicitando apoyo psicológico ante sintomatología postraumática tras el parto. La mujer había dado a luz a su hijo el 4 de marzo de 2023, siendo su primer embarazo, y recibiendo la atención a través del sistema sanitario público. Su parto fue atendido en un hospital público de su cuidad. Tras tres meses de tener a su hijo, expresa su necesidad de intervención psicológica ante la experimentación de ansiedad, recuerdos intrusivos, cogniciones negativas y afectación emocional, (entre otros síntomas), que interfieren en su calidad de vida, en la crianza de su hijo y en su relación con las personas que le rodean.

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 31 años que solicita tratamiento psicoterapéutico ante presencia de síntomas de ansiedad, pesadillas, flashbacks, dificultades para dormir, cambios de humor, sentimientos de miedo, angustia, rabia y tristeza, tras tres meses del parto de su primer hijo. Refiere que estos síntomas se asocian a las situaciones vividas durante el parto. Convive con su pareja y su hijo. Los síntomas que describe le están generando alto malestar emocional y dificultades para manejar su día a día. Solicita intervención mediante EMDR para abordar su estado actual.

ANTECEDENTES

Refiere antecedentes de ansiedad en una breve etapa durante sus estudios universitarios, debido a la carga de exámenes y otras actividades, recibiendo tratamiento psicoterapéutico de corte cognitivo conductual a lo largo de unos 3 o 4 meses.

Tiene apoyo socio-familiar: apoyo de su pareja y contacto cercano con su familia de origen y con grupo de amistades. Expresa apoyo social percibido. Presenta alta motivación para la terapia.

SINTOMATOLOGÍA

La paciente refiere diversos síntomas en la entrevista y valoración inicial, que podemos organizar en:

ISBN: 978-628-95101-6-4

Síntomas intrusivos: recuerdos angustiantes de momentos del parto, en forma de flashbacks y pesadillas, que le generan malestar y gran activación. Respuestas de ansiedad y sobresalto.

Malestar emocional, experimentando miedo, tristeza, angustia, rabia y culpa. Sentimientos de impotencia y confusión. Expresa falta de capacidad para conectar con el bienestar o para disfrutar de los momentos buenos con su hijo, su marido y su familia. Falta de motivación para realizar actividades con su entorno social y familiar.

Pensamientos negativos referidos hacia sí misma: no ser capaz de manejar lo que le sucede, no estar haciéndolo bien, no estar siendo una buena madre.

Síntomas disociativos: Síntomas de desrealización y despersonalización. Describe la sensación de estar viviendo un sueño o una pesadilla; sensación de que lo ocurrido durante el parto no fue real. Sentirse desconectada: por momentos describe no sentir; sentirse rara y distinta.

Síntomas de alerta: Hipervigilancia; dificultades para conciliar y mantener el sueño; respuestas de sobresalto; respuestas de enfado y rabia en la relación con su marido y con sus padres; dificultades en la atención y memoria, refiriendo cómo esto le afecta para acompañar y atender a su hijo, y en las tereas del día a día, precisando de apoyo familiar.

Síntomas de evitación: intentos de evitación al conectar con los recuerdos del parto. Evitación de transitar cerca del hospital (si se desplazan en coche, pide no pasar

cerca del hospital) y evitación de los pensamientos relacionados con el hospital y los profesionales sanitarios.

INTERVENCIÓN

OBJETIVOS:

-Reducción de la sintomatología postraumática

-Procesamiento de las vivencias traumáticas e integración en su historia.

-Mejorar el estado emocional de la paciente y su calidad de vida

TRATAMIENTO

Se intervino desde el abordaje de EMDR a lo largo de 10 sesiones. La primera sesión constó de 90 minutos y el resto de sesiones fueron de 1 hora de duración cada una. La periodicidad de las sesiones fue semanal, excepto la sesión 10 que tiene lugar tras dos semanas. Al finalizar la intervención, se realizó un seguimiento telefónico al mes y otro a los tres meses.

La sesión 1 se centró en la entrevista y valoración de la paciente, así como la psicoeducación sobre su estado emocional actual, las experiencias traumáticas y sus efectos, violencia obstétrica, TEPT y las fases de la terapia EMDR. Se programa la intervención mediante citas semanales. Se establecen las dianas a trabajar en las vertientes de pasado, presente (disparadores) y futuro.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Las sesiones 2 y 3 se destinan a la fase 2 de EMDR: Preparación. Se prueban los distintos tipos de estimulación bilateral. La paciente prefiere utilizar estimulación visual. Se instalan recursos positivos: lugar de calma (se trabaja como lugar escogido una casa de madera en un bosque frondoso), momentos de fortaleza y seguridad, respiración y sensaciones de enraizamiento. Se indica la práctica en casa de los recursos positivos abordados en las sesiones.

Sesión 4.

Evaluación (fase 3 de EMDR). Se aborda la narrativa de todos los eventos sucedidos durante el parto en el entorno hospitalario, y se atiende a las dianas a trabajar: los momentos que para la paciente fueron los peores. Refiere momentos en los que dos profesionales sanitarias le hablan de forma agresiva y despectiva durante la fase de dilatación; también le metían “prisa” y se dirigían a ella de modo impositivo e infantilizándola. La paciente las escuchaba entre risas hablar “de los planes que tenían para después”, sintiéndose ignorada, no atendida, y humillada. La imagen identificada es la de las profesionales sanitarias y sus voces; la cognición negativa es “soy vulnerable”; la cognición positiva deseada que selecciona es “soy fuerte”. La validez de la creencia positiva (como siente de cierta esta creencia, en una escala de 1 a 7), es 1. La emoción que se activa es miedo. El malestar corporal se mide mediante la escala SUD, que va de 0 a 10; se trata de unidades subjetivas de malestar, centradas en las sensaciones físicas. En este caso, siente esta emoción en el pecho con un SUD de 8.

La segunda diana a procesar respecto a las vivencias durante el parto, es el momento en el que le efectúan la maniobra de Kristeller sin previo aviso. Sin siquiera presentarse, entran otros/as profesionales a la sala. Una de ellas, con ayuda de otra sanitaria, le practicaron esta maniobra sin hablarle ni explicarle nada. Refiere como sufría un fuerte dolor, y sentimientos de angustia; sentir que no la tienen en cuenta, como si fuera un objeto; siente miedo y peligro; expresa que sufría por ella y por su hijo.

Se procesa la primera diana mediante EMDR (momento con las dos profesionales sanitarias en la fase de dilatación): se realiza desensibilización (fase 4), mediante estimulación bilateral con movimientos oculares. Durante el procesamiento, van emergiendo otros momentos vividos durante el parto. Tras la desensibilización, se procede a la instalación de la creencia positiva (fase 5). La paciente modifica la creencia positiva seleccionada en inicio y escoge “merezco ser bien tratada”. Se instala la creencia positiva y se valora cómo de cierta la siente en una esca VOC de 1 a 7. Tras su instalación (llegando a una validez de la creencia positiva “VOC” = 7), se realiza el examen corporal (fase 6). Se conecta con sensaciones de calma. Se realiza la fase 7 (cierre), trabajando de nuevo el lugar de calma.

Se explica que durante el trabajo con EMDR, entre sesiones pueden aparecer recuerdos, en forma de flashback, sueños o pesadillas, junto con sensaciones internas y otros síntomas somáticos (activación física, cansancio, dolor de cabeza…), que pueden aparecer tras la sesión e irían disminuyendo en los siguientes días. Se le transmite que puede ir anotando estas respuestas para trabajarlo en las próximas

ISBN: 978-628-95101-6-4

sesiones. También se indica continuar con la práctica de los recursos positivos entre sesiones.

Sesión 5.

Se realiza la reevaluación (fase 8 de EMDR). La paciente refiere que el segundo día y tercero tras la sesión le venían de nuevo recuerdos de las situaciones que surgieron durante el procesamiento, junto con activación emocional y corporal. Utilizó los recursos positivos trabajados para regularse. También tuvo algunos sueños referidos a dichas situaciones. Los días siguientes expresa haberse encontrado más tranquila, reduciéndose los flashbacks y sueños del evento, y sintiendo menos activación fisiológica. Menos irritabilidad en la relación con las personas que le rodean. Al notarse más tranquila durante los últimos días, se ha sentido más presente en varios momentos en el acompañamiento y cuidado de su hijo.

Revisando el evento trabajado en la última sesión, se mantienen los resultados obtenidos, pues ya no le genera activación.

Se aborda la siguiente diana a trabajar de los eventos del parto: la imagen del evento es el momento del parto en el que le efectúan la maniobra Kristeller. La creencia negativa es “estoy en peligro”. La creencia positiva que escoge es: “estoy a salvo ahora”; la validez de la creencia positiva es 1. La emoción que se activa es angustia y miedo, sintiéndolo en el estómago con un SUD de 10. Se realiza desensibilización (fase 4), mediante estimulación bilateral con movimientos oculares. Se finaliza la sesión como “sesión incompleta” con un SUD de 6. Se realiza un ejercicio de

enraizamiento para ayudar a la paciente a terminar la sesión desde un estado de mayor regulación (cierre).

Sesión 6.

Se revisa el vento trabajado en la última sesión. La activación es de SUD=7. Se continúa con la desensibilización de dicho recuerdo. Tras llegar a un SUD=0, se instala la creencia positiva “Estoy a salvo ahora”, hasta llegar a una validez de la creencia VOC=7. se realiza el examen corporal (fase 6). Se conecta con sensaciones de tranquilidad, y se refuerza la conexión con dichas sensaciones corporales. Se realiza la fase 7 (cierre), conectando con sensaciones de enraizamiento y tras ello se trae y se refuerza un momento de fortaleza y seguridad.

Sesión 7.

La paciente refiere haber experimentado mejoría. Puede dormir mejor. No presenta recuerdos en forma de flashbacks. Refiere algunos momentos de ansiedad, pero con muy poca activación en comparación con lo que venía experimentando.

Se revisa el evento trabajado en la última sesión, y se mantienen los resultados obtenidos.

Se abordan los estímulos disparadores del presente: pensar en el hospital y en los profesionales sanitarios.

Al trabajar el disparador del hospital, selecciona la imagen del centro hospitalario. La emoción que se activa es el miedo. Lo siente en el pecho con un SUD

ISBN: 978-628-95101-6-4

de 6. La cognición negativa que se activa es “no puedo”. La cognición positiva escogida es “puedo con ello”, con VOC=3. Se precede a la desensibilización. Se instala la creencia positiva, hasta llegar a un VOC=7. El examen corporal resulta en un SUD=0.

Se dedica un espacio a practicar un ejercicio de respiración y de conexión con el presente.

Tras ello, se aborda el disparador de los profesionales sanitarios. Al pensar en ello, la paciente selecciona la imagen de aquellos/as profesionales que intervinieron en su parto con los que tuvo experiencias negativas y de mal trato. La cognición negativa es “soy vulnerable”; la cognición positiva es “puedo protegerme/ puedo poner límites”, con VOC=2. La emoción que se activa es rabia. La siente en la mandíbula y en los puños con un Sud de 7. Se procede a la fase 4 (desensibilización). En el proceso va revisando cada escena y profesionales que intervinieron durante su parto. Finalmente, conecta con aquellos momentos en los que sí se sintió acompañada, apareciendo un auxiliar y una enfermera con los que se sintió acogida; se refuerzan dichas sensaciones. Se procede a instalar la creencia positiva “puedo poner límites”, hasta llegar a un VOC=7. Al hacer la exploración corporal (fase 6), conecta con sensaciones de firmeza y fortaleza, por lo que se dedica un espacio a estar presente en ello y reforzar estas sensaciones corporales.

Se indica continuar con las pautas establecidas entre sesiones. Se le propone organizar alguna actividad con familiares y/o amigas, y de forma individual.

Sesión 8.

Se mantienen los avances y mejoras de la paciente en su día a día. Refiere estar disfrutando de momentos en familia y con amistades que tienen también bebés. Se encuentra más tranquila y conectada, y esto le ayuda en la crianza de su hijo, manejando los momentos con calma y seguridad. Está dedicando espacios a practicar relajación, a pasear y a la lectura.

Fase 8: se revisan las situaciones trabajadas en la última sesión. Se mantienen los resultados.

Se trabaja la vertiente de futuro: visualizar a futuro el quedarse embarazada y de nuevo pasar por el proceso de parto. Al explorar a futuro los eventos desde el embarazo hasta el parto y postparto, decide centrarse en pasar de nuevo por un parto. Visualizando la situación a futuro, expresa notar presión en el pecho (SUD 4-5). Se realiza desensibilización. Refiere como se suceden situaciones en las que ella expresa sus necesidades previamente y pone límites a los profesionales sanitarios. Se encuentra acompañada de su pareja, quien atiende sus necesidades y apoya y refuerza cuando lo necesita. Conecta con sensaciones de fortaleza. La creencia positiva escogida es “puedo expresarme y poner límites”. Se instala la creencia positiva con estimulación bilateral hasta llegar a VOC=7.

Se dedica un espacio a conectar con las sensaciones positivas y a realizar un ejercicio de respiración. Se recuerdan las pautas entre sesiones.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Sesión 9

La paciente refiere encontrarse mucho más regulada, pudiendo descansar, abordar las tareas del día a día, disfrutar de los momentos con su hijo, su pareja y sus familiares. Se siente más fuerte y su lenguaje interno es más compasivo y amable ("me siento capaz", "me noto más fuerte, a la vez más tranquila", "estoy viendo como también con los demás estoy expresando más lo que necesito y cómo me siento, y pongo un límite cuando me hace falta").

Se acuerda dedicar la sesión a reforzar los avances y momentos positivos. Se seleccionan como momentos a trabajar: tener a su bebé en brazos, bañar a su bebé, momento con su marido compartiendo una conversación tranquilos, merendar con dos amigas con sus bebés, momento en el campo de sus padres y momento haciendo ejercicios de relajación, teniendo a su hijo junto a ella durmiendo. Cada momento se aborda, conectando con la emoción, la localización corporal, y se busca la cognición positiva que asocia a dicho momento; se refuerzan con estimulación bilateral.

Se establece la siguiente sesión tras dos semanas.

Sesión 10.

En esta sesión se revisa el estado de la paciente las últimas semanas. Se observa que los avances se mantienen.

La paciente refiere, respecto a las vivencias experimentadas durante el parto, que lo que le ocurrió fue muy duro, pero que ahora puede mirar hacia ahí y pensar que

puede con ello y pudo superarlo. Expresa que, si vuelve a quedarse embarazada, sabe cómo abordar las situaciones durante el parto, para expresar lo que necesita desde el principio y poner límites firmes.

Se realiza una evaluación postratamiento, atendiendo a las distintas esferas de la vida de la paciente y su estado emocional. Se administra el cuestionario DTS: Escala de trauma de Davidson.

Respecto a su estado actual en su día a día, comenta que se nota que vuelve a ser “ella”, que se siente bien en su rol como madre, acompañada de su pareja y de las personas que la apoyan. Vuelve a disfrutar de las actividades tanto sola como acompañada.

Al cerrar la intervención, se recuerdan las pautas abordadas para trabajar entre sesiones, de modo que pueda mantener el trabajo en recursos positivos y hábitos de autocuidado. Se establece que se realizará un breve seguimiento telefónico al mes y a los tres meses.

MÉTODOS

El presente artículo expone un estudio de caso. Se presenta la intervención en un caso clínico, de una mujer con sintomatología de TEPT tras el parto. La paciente es atendida en consulta privada, mediante terapia EMDR. Inicia intervención en junio de 2023, finalizando en el mes de agosto de 2023. La primera sesión consta de 90

ISBN: 978-628-95101-6-4

minutos, en los que se realiza la evaluación, (mediante entrevista y cuestionario DTS -Escala de Trauma de Davidson-), y psicoeducación de la paciente. Las siguientes nueve sesiones son de 60 minutos cada una. Tras las diez sesiones realizadas, se efectúa un seguimiento telefónico de la paciente tras un mes de la intervención, y otro seguimiento telefónico a los tres meses.

TÉCNICAS

La evaluación y recogida de información se efectúa mediante entrevista y cuestionario.

Para la valoración de los síntomas, además del apoyo en el Manual DSM-V, se recogen los datos arrojados por la prueba “Escala de Trauma de Davidson” (DTS).

La “Escala de trauma de Davidson” (DTS), traducida al castellano (Bobes J., 1999) es un cuestionario autoadministrado de 17 ítems, que evalúa la presencia de síntomas de estrés postraumático en personas que han sufrido un evento estresante. El marco de referencia temporal es la semana anterior. La escala DTS valora la frecuencia y la gravedad de los síntomas. Los ítems se basan en los criterios DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16). La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan del mismo modo que la escala anterior.

Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total, que se consigue con la suma de todos los ítems, y la puntuación de las escalas de gravedad y frecuencia, que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala.

El rango total de la escala se encuentra entre 0 y 136 puntos. A mayor puntuación, mayor severidad y frecuencia. El punto de corte propuesto por los autores es 40 puntos; muestra una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83% (Davidson J. R. T., 1997). La paciente presentaba en la evaluación inicial una frecuencia de 52 y una gravedad de 48.

La utilidad de la prueba DTS reside en la valoración de la gravedad y frecuencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático, así como en la valoración de la respuesta al tratamiento, puesto que se ha mostrado sensible al cambio a lo largo del tiempo (Davidson J. R. T., 1997).

Se administró de nuevo el cuestionario DTS al finalizar la intervención, obteniendo un resultado de la escala global de 6 puntos.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Atendiendo a los objetivos propuestos al inicio de la intervención, observamos el cumplimiento de los mismos: reducción de la sintomatología postraumática, procesamiento de las vivencias traumáticas e integración en su historia, y mejora del estado emocional de la paciente y su calidad de vida.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Mediante la entrevista de evaluación post tratamiento, observando las distintas esferas de la vida de la paciente, tenemos una mejora en su estado emocional, mayor regulación emocional, cambio cognitivo (pensamientos autorreferenciales más positivos), sentimientos de mayor seguridad y fortaleza, mayor conexión y disfrute en la crianza de su bebé, mejora en la relación con su pareja y con su entorno familiar y social, y motivación para realizar actividades de ocio y tiempo libre.

La evaluación tras el tratamiento mediante la Escala de trauma de Davidson, arroja en la subescala de frecuencia un resultado de 4 puntos, y en la subescala de gravedad 2 puntos. La puntuación total en la escala es de 6. Estos resultados apoyan los observados mediante la entrevista.

Tras la intervención mediante terapia EMDR, la paciente ya no cumple criterios para diagnóstico de trastorno de estrés postraumático postparto.

En el primer seguimiento, realizado al mes de finalizar la intervención vía telefónica, la paciente refiere que mantiene los logros conseguidos en la terapia. Expresa que emocionalmente se encuentra bien; no ha vuelto a tener respuestas de ira, ni de ansiedad. No se han repetido las pesadillas ni los recuerdos intrusivos. Se siente satisfecha y acompañada en su relación de pareja. Se encuentra cómoda en su rol materno, y disfruta de los momentos con su hijo. Expresa que al pensar en tener otro/a hijo/a más adelante, se siente motivada, fuerte y capaz. Mantiene sus relaciones sociales, quedando con algunas amigas, o con amigas y sus bebés. Pasa tiempo con sus padres y se encuentra a gusto en las situaciones familiares.

En el segundo seguimiento telefónico, a los 3 meses, se mantienen los resultados mencionados. La paciente comenta que desea reincorporarse al trabajo (se encontraba de excedencia para atender al cuidado de su hijo). Realiza ejercicio físico tres veces por semana, y continúa con los ejercicios trabajados durante la terapia (respiración, conexión con recursos positivos…), que utiliza como pautas de autocuidado. Expresa que se ve a sí misma fuerte y capaz, así como agradecida por poder disfrutar de su hijo, y por contar con su pareja y sus personas allegadas significativas. Mantiene creencias cognitivas positivas hacia sí misma y hacia sus relaciones sociales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El parto para algunas mujeres puede ser una experiencia muy traumática.

El trastorno de estrés postraumático perinatal es un problema de salud pública importante que justifica la detección y el tratamiento de rutina.

Mediante el presente trabajo se ha pretendido visibilizar la violencia obstétrica, dándola a conocer y abordando cómo podemos como sociedad prevenirla y erradicarla. También se atiende a cómo es posible intervenir en caso de que se produzca sintomatología postraumática tras experimentar violencia obstétrica durante el parto.

En este estudio de caso encontramos aspectos a destacar, como son las particularidades del TEPT en el postparto, donde la sintomatología se relaciona con cómo la madre se ha sentido atendida o no atendida durante el parto, un proceso dónde

ISBN: 978-628-95101-6-4

la mujer se encuentra en una situación de vulnerabilidad y precisa de unos cuidados desde el respeto, el acompañamiento emocional y la seguridad. Las circunstancias que rodean a los sucesos traumáticos durante el parto (el entorno hospitalario, ser atendida por personas que no conoce, el proceso de parto, los cambios a nivel emocional y cerebral en la madre, enfrentarse a un parto por primera vez…), también influyen en la experiencia de parto traumático. Las situaciones en las que la mujer es tratada de forma humillante, despectiva, abusiva o infantilizándola, por parte de aquellas personas que siente que deberían acompañarla, sostenerla y respetarla, suponen un fuerte impacto en la madre a nivel emocional, cognitivo y somático.

La sintomatología, tanto de recuerdos intrusivos e hiperactivación, como las alteraciones emocionales, las dificultades para dormir, las cogniciones negativas y las respuestas de evitación, suponen un cuadro que genera un alto malestar emocional en la madre, y que afecta a una etapa crucial en el desarrollo del vínculo madre-bebé. Todo ello afecta a su vez a la relación de pareja y a sus relaciones familiares y sociales.

Respecto a la intervención realizada, se completó el tratamiento mediante terapia EMDR, obteniéndose resultados positivos, tanto en la eliminación de la sintomatología postraumática, como en la mejora del estado emocional y de calidad de vida de la paciente.

Nos encontramos ante un caso de uso de la terapia EMDR para el tratamiento de TEPT debido a violencia obstétrica durante el parto, cuyos resultados han sido muy favorables. No obstante, nos encontramos con las limitaciones que supone un estudio de caso único, pues si nos centráramos en estos únicos resultados, el tamaño de esta

muestra no es suficiente para hacer generalizaciones sobre ello. Sí podemos ver que en este caso se confirman los resultados positivos referidos por la literatura consultada, respecto a la eficacia del EMDR para intervenir en los casos de TEPT postparto.

EMDR es una terapia indicada para abordar el TEPT según la OMS, las guías NICE, la ISTSS y la APA, entre otras instituciones.

Diversos estudios apoyan el uso de EMDR para el tratamiento de TEPT (Shapiro 2001; Zorrilla, 2018), y en concreto para tratar el TEPT postparto (Sandström M., 2008).

Es de interés continuar con los estudios e investigación sobre los efectos de las experiencias de parto traumático debido a violencia obstétrica, y el abordaje de los síntomas de TEPT postparto mediante EMDR.

En cuanto a las situaciones donde se produce violencia obstétrica hacia las mujeres, es crucial modificar el modelo obstétrico en la formación de los/las profesionales sanitarios, para formar desde un enfoque de género. Se debe informar sobre este tipo de violencia ejercida hacia las mujeres desde el entorno sanitario y abogar por una atención respetuosa y empática, que parta de la atención a las necesidades de las mujeres.

Para mejorar la calidad asistencial, se debe proveer a los/las profesionales de la salud de herramientas de conocimiento y detección de la violencia obstétrica, estrategias de manejo del estrés, promover protocolos que no resulten invasivos ni dolorosos, y que las mujeres sean atendidas en los partos de forma respetuosa y con un trato humanizado. Sería recomendable fomentar espacios de comunicación abierta y fluida entre las madres

y los/las profesionales, promoviendo la elaboración de un plan de parto donde se respete plenamente la autonomía de las mujeres (Rodríguez Mira, J., 2021). Es necesario desarrollar programas que visibilicen esta realidad, fomentar investigaciones relacionadas con la violencia obstétrica y lograr intervenciones que refuercen el respeto al parto de cada mujer desde sus derechos y necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

Affairs, U. D. of V. (2020). PTSD: National Center for PTSD.

Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 16(2-3): 107-131.

American Psychiatric Association. (APA). (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3a). American Psychiatric Press.

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Araujo-Cuauro JC. Obstetric violence: a hidden dehumanizing practice, exercised by medical care personnel. Is it a public health and human rights problem? Rev Mex Med Forense. 2019;4:1-11.

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. Psychological Medicine, 46(06), 1121-1134.

Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-traumatic stressdisorder(PTSD) after childbirth. Br J Psychiatry. 1995; 166: 525-8

Beck, C. T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. Nursing Research, 53(4), 216-224

Beck, C. T., & Casavant, S. (2019). Synthesis of Mixed Research on Posttraumatic Stress Related to Traumatic Birth. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN, 48(4), 385–397. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.004

Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. Nursing Research, 57(4), 228-236

Blundell, J. (1834). Principles and Practice of Obstetricy, Londres (E. Cox), p. 255.

Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, François M, Rico-Villademoros E, González MP, Bascarán MT, Bousoño M. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28(4): 207-18.

Bydlowski, M., y Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: La névrose traumatique post-obstétricale. Perspectives Psychiatriques, 4, 321-328.

Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, Hertzberg M, Mellman T, Beckham JC, Smith RD, Davison RM, Katz R, Feldman ME. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychol Med 1997; 27: 153-60.

Dekel S., Thiel F., DishyG., Ashenfarb A. L. Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? Arch. Women's Ment. Health, 22 (2019), pp. 119-122.

Dekel S., Ein-Dor T., Dishy G. A., Mayopoulos P. A. Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. Arch. Women's Ment. Health, 23 (4) (2020), pp. 557-564,

Elmir, R. , Schmied, V. , Wilkes, L. , & Jacks o n, D. (2010). Women’s perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. Journal of Advanced Nursing, 66(10): 2142- 2153.

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica, 126(12), 445–451.

Health, N. I. of M. (2020). Trastorno por estrés postraumático. FactSheet.

Landin-Romero R, Moreno-Alcazar A, Pagani M, Amann BL. How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on

Suggested Mechanisms of Action. Front Psychol. 2018 Aug 13;9:1395. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01395. PMID: 30166975; PMCID: PMC6106867.

Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*. 2022; 49: 687–696.

Marshall, G. N., Orlando, M., Jaycox, L. H., Foy, D. W., & Belzberg, H. (2002). Development and validation of a modified version of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Psychological Assessment (Vol. 14, Issue 2, pp. 123–134). American Psychological Association.

Martín Ayala, J. L.; Paúl Ochotorena, J. Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. Psicothema, vol. 16, núm. 1, 2004, pp. 45-49 Universidad de Oviedo.

Martín Maldonado-Durán J.Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud, 2011.

Martínez-Vazquez, S.; Rodríguez-Almagro, J.; Hernández-Martínez, A.; Delgado-Rodríguez, M.; Martínez-Galiano, J.M. Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors. J. Clin. Med. 2021, 10, 488.

National Institute for Health and Care Excellence (2018).Post-traumatic Stress Disorder. NICE guideline GC116.

National Institute for Health and Care Excellence (2020). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE guideline GC192.

Olde, E., Van der Hart, O., Kleber, R. y Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. Clinical Psychology Review, 26(1), 1-16.

Olza-Fernández I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de psicosomática.

Olza-Fernández, I., Marí n Gabriel, M. A., Gi l -Sánchez, A., García-Segura, L. M., & Arévalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. Frontiers in Neuroendocrinology

Organización Mundial de la Salud (2013). Directrices para el tratamiento de las enfermedades que están específicamente relacionados con el estrés. Ginebra, OMS.

Organización Mundial de la Salud. Informe: Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, dentro del programa «Human Reproduction Programme» (HRP), 2014, págs. 1 a 4.

Pintado-Cucarella S, Penagos-Corzo JC, Casas-Arellano MA. Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. Ginecol Obstet

Mex. 2015;83:173-8.

Rodríguez Mira, J., Martínez Galdolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gac Sanit vol.35 no.3 Barcelona may./jun. 2021 Epub 20-Dic-2021

Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20, 211-217

Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Nueva York: Guilford Press.

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): basic principles, protocols and procedures. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2001.

Shapiro, F. (2014). El Rol de la Terapia EMDR en la Medicina: Tratamiento de los Síntomas Psicológicos y Físicos que Surgen de las Experiencias Vitales Adversas. The Permanente Journal, Volumen 18, No. 1.

Sandstrom, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. K., y Hogberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. Midwifery, 24(1), 62-73.

Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. The American Journal of Psychiatry, 153(7 Suppl), 83–93.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Yildiz, P. D., Ayers, S. y Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 208, 634-645.

Zorrilla, I. (2018). Tratamiento de la sintomatologia traumática con EMDR. Diseños de caso único. Tesis doctoral para la obtención del grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología UNED, Madrid.

RESEÑA AUTORA

BEATRIZ GALVÁN MARTÍNEZ

Licenciada en Psicología (UMH). Psicóloga Sanitaria. Europsy, Especialista Europeo en Psicoterapia. Especialista en apego y Trauma. Clínico EMDR, con 19 años de experiencia en psicoterapia. Dirige el centro de Psicología *Psicología Galván*, en Alicante (España).

Algunas comunicaciones y publicaciones:

- *Estar con los demás me atemoriza: EMDR en un caso de fobia social.* Galván Martínez, Beatriz. V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on public health Psychology. 2021.

- *Intervención con EMDR ante el impacto psicológico del diagnóstico*. Galván Martínez B. IX Congreso SEPO. 2021.

- *Acogimiento residencial de menores: una experiencia de intervención en tiempos del COVID-19. Galván Martínez, B. Mayo 2020*. Comunicación con mención de alidad. Publicado en Revista digital 1er Congreso Internacional V. ISEP. p 78-79. ISBN: 978-84-09-21075-6

- Capítulo de libro. *Psicooncología: El papel de la comunicación y de la información.* En: Manual SEOM de cuidados contínuos en Oncología. Galván, B. Módulo 8: Habilidades. Cap 50: p 394-398. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2019. ISBN: 978-84-09-15223-0

- *Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia*. Espada, José P.; Van der Hofstadt, Carlos J.; Galván, Beatriz. International journal of clinical and health Psychology. ISSN 1697-2600, Vol. 7, Nº. 1, 2007, p217-232.

Colaboradora en publicaciones sobre Psicología aplicada al día a día en medios como “Mujerhoy”, “Welife”, “Mujer ella”.

Intervención en jornadas, cursos y ponencias en el ámbito de la psicología, duelo, psicooncología, psicología perinatal, psicoterapia con adultos e infantojuvenil, a lo largo de los años de experiencia profesional en el ámbito privado y de asociaciones.

ISBN: 978-628-95101-6-4

RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO PARA PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

SELF-CARE RECOMMENDATIONS FOR PRIMARY CARE PROFESSIONALS

Ángela Gisselle Lozano Ruiz
Hospital Infantil Universitario de San José
Universidad Nacional Abierta y a Distancia
Colombia

Praxis Académica

RESUMEN

Los profesionales de atención primaria en salud mental enfrentan desafíos significativos que pueden afectar su bienestar emocional y su capacidad para brindar una atención de calidad. Esta guía académica ofrece recomendaciones de autocuidado basadas en evidencia científica reciente, enfocándose en estrategias individuales, apoyo social y políticas organizacionales. Se destacan prácticas como el mindfulness, el ejercicio físico regular y la búsqueda de apoyo psicológico. Además, se analizan factores de riesgo como la carga laboral excesiva y la exposición al trauma secundario.

Implementar estas recomendaciones puede mejorar la salud mental de los profesionales y, en consecuencia, la calidad de la atención proporcionada.

PALABRAS CLAVES

Autocuidado, profesionales de la salud, atención primaria, bienestar emocional, mindfulness, burnout.

ABSTRACT

Primary care mental health professionals face significant challenges that can impact their emotional well-being and ability to provide quality care. This academic guide offers self-care recommendations based on recent scientific evidence, focusing on individual strategies, social support, and organizational policies. It highlights practices such as mindfulness, regular physical exercise, and seeking psychological support. Additionally, it analyzes risk factors like excessive workload and exposure to secondary trauma. Implementing these recommendations can improve professionals' mental health and, consequently, the quality of care provided.

KEY WORDS

Self-care, healthcare professionals, primary care, emotional well-being, mindfulness, burnout.

ISBN: 978-628-95101-6-4

INTRODUCCIÓN

El autocuidado es una práctica fundamental para los profesionales que trabajan en la atención primaria de salud mental, quienes enfrentan diariamente el reto de acompañar a individuos en situaciones emocionales y psicológicas complejas. Sin embargo, con frecuencia, estos mismos profesionales se ven expuestos a altos niveles de estrés, desgaste emocional y, en muchos casos, lo que se ha denominado fatiga por compasión. Esta situación ocurre cuando, al estar en contacto constante con el sufrimiento de los demás, el profesional comienza a experimentar agotamiento mental, emocional y físico. Según la literatura, los profesionales en atención primaria de salud mental, como psicólogos, médicos y docentes, son particularmente vulnerables a estas dinámicas debido a la naturaleza de su trabajo, que requiere un involucramiento emocional profundo y constante (Maslach & Leiter, 2016).

El burnout o agotamiento profesional, la fatiga por compasión y otros trastornos derivados del estrés laboral han sido ampliamente documentados en diversas investigaciones. El modelo de burnout desarrollado por Christina Maslach en la década de los años 80 es quizás uno de los más influyentes, describiendo tres dimensiones críticas: agotamiento emocional, despersonalización y una disminución en la realización personal (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Estas condiciones no solo afectan el bienestar del profesional, sino también la calidad de la atención que brindan a los pacientes. De acuerdo con estudios recientes, el agotamiento profesional en el sector de la salud mental ha mostrado un aumento significativo en las últimas décadas, lo que

subraya la necesidad urgente de adoptar estrategias eficaces de autocuidado y apoyo organizacional (Shanafelt et al., 2015).

El contexto actual, marcado por la creciente demanda de servicios de salud mental y el impacto de crisis globales, como la pandemia de COVID-19, ha exacerbado estos desafíos. Muchos profesionales se han visto sobrepasados por la cantidad de casos, la gravedad de los mismos y la falta de recursos suficientes para hacerles frente. Como resultado, se ha generado una mayor presión sobre los sistemas de salud y los profesionales que los sostienen, lo que ha conducido a un incremento en los niveles de estrés y agotamiento en diversos entornos, desde hospitales y clínicas hasta escuelas y centros comunitarios (Pfefferbaum & North, 2020).

A pesar de la gravedad de esta situación, el autocuidado sigue siendo una práctica subestimada e infravalorada en muchos contextos profesionales. Si bien existen múltiples estrategias de autocuidado basadas en la evidencia —como la atención plena (mindfulness), la supervisión profesional y el establecimiento de límites—, no siempre se implementan de manera eficaz o consistente. Esta guía busca responder a la necesidad de herramientas claras y prácticas que los profesionales puedan adoptar en su vida diaria para prevenir el desgaste emocional y mejorar su bienestar general.

El propósito de este documento es proporcionar una guía académica basada en la literatura actual sobre las mejores prácticas de autocuidado para profesionales de atención primaria en salud mental. A lo largo de los siguientes capítulos, se revisarán estrategias individuales, sociales y organizacionales que han demostrado ser eficaces para mitigar los efectos negativos del estrés laboral y emocional. Al mismo tiempo, se

ISBN: 978-628-95101-6-4

abordarán los principales factores de riesgo que estos profesionales enfrentan, con el objetivo de promover un enfoque preventivo y proactivo en el manejo del bienestar mental.

Además de ofrecer recomendaciones prácticas, esta guía también tiene como objetivo sensibilizar a las instituciones sobre la importancia de implementar políticas de bienestar emocional para su personal. La promoción de un ambiente de trabajo saludable, el acceso a programas de apoyo emocional y la creación de una cultura de autocuidado en los espacios de trabajo no solo beneficiarán a los profesionales, sino que también mejorarán la calidad de los servicios de salud mental que reciben los pacientes. El bienestar del profesional, por tanto, debe ser visto como una prioridad tanto individual como colectiva.

En resumen, esta guía ofrece un marco de referencia integral para el autocuidado de los profesionales en atención primaria de salud mental, con el objetivo de mejorar su bienestar y asegurar una atención de calidad a los pacientes. En la siguiente sección, se presentarán las principales recomendaciones para implementar estrategias de autocuidado eficaces en el día a día laboral.

RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO

ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO INDIVIDUAL

Los profesionales en atención primaria a menudo experimentan altos niveles de estrés y fatiga debido a la exposición constante a situaciones de crisis y sufrimiento emocional en sus pacientes. Es crucial que adopten medidas para preservar su bienestar físico y mental. Las estrategias de autocuidado individual incluyen el uso de técnicas de atención plena, el establecimiento de límites saludables y la priorización del cuidado físico.

MINDFULNESS Y ATENCIÓN PLENA

El uso de la atención plena ha ganado una aceptación considerable entre los profesionales de la salud. Según Good et al. (2016), la práctica de mindfulness reduce significativamente los síntomas de estrés y mejora la resiliencia emocional en los profesionales de la salud, pues ha resultado ser una de las estrategias más eficaces para manejar el estrés con una práctica regular. Un estudio longitudinal de Westphal et al. (2021) reveló que la incorporación de mindfulness en las rutinas diarias puede reducir el riesgo de fatiga por compasión hasta en un 30% prediciendo niveles más bajos de depresión, ansiedad y deterioro social en el personal de atención de emergencias. Los resultados indicaron que el mindfulness es un fuerte predictor de resultados positivos en la salud mental, incluso después de controlar factores como eventos estresantes y apoyo social en el trabajo.

ISBN: 978-628-95101-6-4

La investigación ha demostrado que el mindfulness puede reducir significativamente los síntomas de agotamiento emocional en profesionales de la salud mental (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). Incorporar prácticas breves de atención plena al inicio o al final de la jornada laboral puede ayudar a los profesionales a desconectar de las cargas emocionales de su trabajo.

Además, el mindfulness no solo ayuda a regular las emociones negativas, sino que también incrementa la capacidad de los profesionales para mantenerse enfocados y presentes durante interacciones emocionalmente exigentes con los pacientes. Además, fomenta una mejor regulación emocional y mejora el bienestar general a largo plazo.

ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES

Es importante que los profesionales aprendan a establecer límites con sus pacientes y colegas para evitar el agotamiento. Esto incluye la gestión adecuada del tiempo, la limitación de la carga de trabajo y la separación entre el tiempo personal y profesional (Maslach & Leiter, 2016). El no establecer límites claros puede llevar a una sobrecarga emocional, afectando tanto al profesional como al paciente.

CUIDADO FÍSICO Y EMOCIONAL

La literatura sugiere que el bienestar físico está estrechamente relacionado con el bienestar emocional. Mantener una rutina de ejercicio físico regular, dormir lo suficiente y adoptar una dieta balanceada son prácticas esenciales para sostener una buena salud mental (Shanafelt et al., 2015).

Diversos estudios recientes señalan el impacto positivo del ejercicio físico en la reducción del estrés laboral. Un metaanálisis de Ricci-Cabello et al. (2020) mostró que los profesionales de la salud que integran el ejercicio regular en su vida experimentan una disminución significativa en los niveles de *burnout*. Actividades como el yoga y el ejercicio aeróbico han demostrado ser eficaces para mejorar la salud mental en este colectivo.

Además, participar en terapia psicológica o grupos de apoyo puede proporcionar un espacio seguro para procesar el impacto emocional de trabajar en salud mental. El apoyo social y profesional es un factor clave en la mitigación del desgaste emocional. Los estudios sugieren que los profesionales que cuentan con una red sólida de apoyo de colegas experimentan niveles más bajos de estrés laboral (Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010).

De este modo, los profesionales de la salud también deben buscar apoyo psicológico para procesar las tensiones derivadas de su trabajo. La autoevaluación y la asistencia psicológica periódica son esenciales para mantener una buena salud mental. Un estudio de Shanafelt y Noseworthy (2017) demostró que los profesionales que recibieron terapia regular experimentaron mejoras en su capacidad para gestionar el estrés relacionado con el trabajo.

SUPERVISIÓN Y APOYO ENTRE PARES

El apoyo entre pares y la supervisión clínica regular son herramientas efectivas para reducir el estrés emocional y mejorar el bienestar de los profesionales. Discutir

ISBN: 978-628-95101-6-4

casos difíciles y recibir retroalimentación de colegas permite desahogar la carga emocional acumulada (Ruotsalainen, Serra, Marine, & Verbeek, 2008). Instituciones de salud mental deben promover sesiones regulares de supervisión y apoyo grupal para prevenir el burnout.

Otros estudios recientes subrayan que los programas de mentoría entre pares proporcionan un espacio para compartir experiencias, obtener retroalimentación y desarrollar resiliencia (Regehr et al., 2020). Además, esta revisión sistemática muestra que las redes de apoyo son un componente fundamental para disminuir el riesgo de presentar síntomas de agotamiento. Estas redes proporcionan un espacio para el intercambio de experiencias y permiten a los profesionales sentirse comprendidos y acompañados en su labor. La supervisión permite que los profesionales aborden temas éticos, reciban orientación y compartan la carga emocional inherente a su trabajo.

PROMOVER AMBIENTES LABORALES SALUDABLES

Las instituciones juegan un papel fundamental en la creación de entornos laborales saludables. Las organizaciones que priorizan el bienestar emocional de su personal no solo benefician a sus empleados, sino que también mejoran la calidad de la atención brindada a los pacientes.

La calidad del ambiente laboral tiene un impacto directo en la salud mental de los profesionales. Instituciones que promueven un ambiente saludable, con horarios flexibles, espacios de descanso y políticas de bienestar mental, reportan menores índices de *burnout* y mayor satisfacción laboral (Welp & Manser, 2016). Las organizaciones

deben implementar políticas que promuevan un equilibrio entre la vida laboral y personal y brindar acceso a programas de apoyo emocional.

Las instituciones deben proporcionar un ambiente laboral que promueva el equilibrio entre la vida personal y profesional. Esto puede incluir ofrecer horarios flexibles, acceso a espacios de descanso y promover una cultura de bienestar. Estudios muestran que los profesionales que trabajan en ambientes saludables experimentan menos síntomas de agotamiento (West, Dyrbye, Erwin, & Shanafelt, 2016).

POLÍTICAS DE BIENESTAR

Las políticas organizacionales que promueven el bienestar mental son cruciales. Esto incluye la creación de programas de resiliencia y apoyo emocional. Las organizaciones que implementan políticas de bienestar proactivas reportan menor rotación de personal y mejor desempeño de sus empleados (Bodenheimer & Sinsky, 2014).

Además, los programas organizacionales que priorizan el bienestar mental de los empleados son fundamentales. Instituciones que ofrecen recursos como talleres de autocuidado, sesiones de apoyo psicológico y programas de resiliencia disminuyen las tasas de rotación de personal y aumentan el nivel de satisfacción en sus empleados (Reith, 2018). Las organizaciones deben trabajar en la implementación de políticas que garanticen un ambiente seguro y emocionalmente saludable para su personal.

ISBN: 978-628-95101-6-4

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESGASTE EMOCIONAL

El desgaste emocional es común en los profesionales que trabajan en atención primaria de salud mental, especialmente en contextos de alta demanda. A continuación, se destacan algunos factores de riesgo clave:

CARGA LABORAL EXCESIVA

Uno de los factores de riesgo más importantes es la sobrecarga laboral. Los profesionales que atienden a un gran número de pacientes o que tratan casos de alta complejidad emocional son más propensos a experimentar agotamiento emocional y fatiga por compasión (Maslach & Leiter, 2016).

La sobrecarga de trabajo sigue siendo uno de los principales factores de riesgo para el burnout. Los profesionales que enfrentan una alta demanda de atención en contextos de emergencia o crisis están más expuestos a síntomas de agotamiento emocional (Welp & Manser, 2016). La falta de personal adecuado y las jornadas laborales extensas exacerban este problema, dejando a los profesionales con poco tiempo para recuperarse.

EXPOSICIÓN CONSTANTE A SITUACIONES TRAUMÁTICAS

Los profesionales que están en contacto frecuente con pacientes que experimentan trauma o crisis emocional están en mayor riesgo de desarrollar síntomas de fatiga por compasión. Esto puede afectar negativamente tanto su bienestar emocional como su capacidad para atender a los pacientes de manera efectiva (Figley, 1995).

Dado que los profesionales de la salud mental están constantemente expuestos al trauma de sus pacientes, esto los hace más susceptibles al desarrollo de fatiga por compasión (Figley & Stamm, 2016). La exposición repetida a historias traumáticas, en especial sin apoyo psicológico, puede provocar un agotamiento emocional profundo y afectar la capacidad del profesional para mantener la empatía.

La exposición a trauma secundario (ETS) es el estrés experimentado por aquellos que ayudan o tratan a individuos traumatizados. Este fenómeno es común en profesionales de la salud, incluidos médicos, psicólogos, y docentes que trabajan en contextos de atención primaria. La ETS puede causar síntomas similares al trastorno de estrés postraumático (TEPT), como fatiga emocional, ansiedad, y alteraciones del sueño (Cieslak et al., 2014). En muchos casos, el impacto psicológico no solo proviene de los pacientes, sino también de la interacción con sus propias experiencias personales difíciles.

De igual modo, Sprang et al. (2019) investigaron el impacto del trauma secundario en profesionales de atención primaria y su influencia en la atención a pacientes. Los resultados mostraron que quienes han experimentado traumas personales recientes tienen una mayor susceptibilidad a desarrollar ETS y son más propensos a ofrecer un cuidado empático pero agotador. Se destaca la necesidad de apoyos estructurales, como supervisión clínica y acceso a terapia.

Además, Harker et al. (2016) destacaron cómo las experiencias personales difíciles de los profesionales de la salud afectan su capacidad para brindar una atención efectiva y empática. En su estudio sobre médicos que han atravesado crisis personales,

ISBN: 978-628-95101-6-4

se observó que, si bien algunos desarrollan una mayor capacidad de empatía, otros pueden distanciarse emocionalmente de sus pacientes, comprometiendo la calidad del cuidado.

EFECTOS DE LAS EXPERIENCIAS PERSONALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Las experiencias personales difíciles, como problemas familiares, traumas personales o enfermedades graves, pueden influir directamente en la calidad de la atención que brinda un profesional. Investigaciones han demostrado que, cuando los profesionales atraviesan crisis personales, sus niveles de estrés y agotamiento aumentan, lo que puede generar dificultades para mantener una relación terapéutica saludable con los pacientes. El burnout, la fatiga por compasión y la disminución de la satisfacción laboral son consecuencias frecuentes (Shanafelt et al., 2015).

De este modo, Shanafelt et al. (2015) realizaron un estudio extenso en el que examinaron los factores que aumentan el burnout en médicos y cómo este afecta la atención a los pacientes. Concluyeron que, aunque algunos médicos desarrollan estrategias de resiliencia, muchos experimentan una disminución en la calidad de su atención cuando se enfrentan a sus propias dificultades personales.

Igualmente, Kleim & Westphal (2016) investigaron el impacto de los traumas personales recientes en el desempeño profesional de psicólogos y trabajadores de la salud mental. Su estudio reveló que los individuos con traumas personales no resueltos

tienden a experimentar ETS de manera más intensa, lo que afecta su capacidad para separar sus emociones de las de los pacientes.

FALTA DE APOYO INSTITUCIONAL

La ausencia de sistemas de apoyo dentro de las instituciones también contribuye al desgaste emocional. Los profesionales que no cuentan con recursos de apoyo, como la supervisión regular o programas de bienestar, están en mayor riesgo de experimentar síntomas de burnout (Poghosyan et al., 2010).

Es así que, el estrés laboral en profesionales de la salud mental también se ve agravado por la falta de recursos en las instituciones. La carencia de personal de apoyo, supervisión inadecuada y la falta de programas de bienestar institucional aumentan la vulnerabilidad al agotamiento (West et al., 2018).

CONCLUSIÓN

En resumen, el autocuidado es una práctica esencial para los profesionales que trabajan en atención primaria de salud mental, no solo para su bienestar personal, sino también para garantizar que puedan brindar una atención de calidad a sus pacientes. Las estrategias de autocuidado individual, junto con el apoyo social y las políticas organizacionales, son herramientas clave para prevenir el desgaste emocional y la fatiga por compasión.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Por otra parte, la exposición a trauma secundario y las experiencias personales difíciles pueden afectar significativamente a los profesionales de atención primaria, especialmente aquellos que trabajan en salud mental. Las estrategias de autocuidado, la capacitación en manejo de ETS, y el acceso a supervisión y apoyo son esenciales para mitigar estos efectos. Las referencias proporcionadas ofrecen un sustento teórico y empírico clave para entender la importancia del autocuidado y la resiliencia en estos contextos.

Se recomienda a los profesionales que integren prácticas como el mindfulness y la supervisión clínica en su rutina diaria, y a las instituciones, que promuevan un ambiente de trabajo saludable y políticas de bienestar. Al implementar estas recomendaciones, se puede mejorar el bienestar de los profesionales y, por ende, la calidad de la atención que brindan.

En conclusión, el autocuidado y el bienestar emocional son fundamentales para los profesionales en atención primaria de salud mental. Implementar estrategias de autocuidado individual, fomentar redes de apoyo social y promover políticas organizacionales de bienestar pueden mejorar significativamente la calidad de vida de estos profesionales y, por ende, la calidad de la atención que brindan. Las instituciones deben ser proactivas en la implementación de programas que promuevan el equilibrio emocional, mientras que los profesionales deben estar dispuestos a priorizar su bienestar como parte integral de su práctica diaria.

REFERENCIAS

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. Annals of Family Medicine, 12(6), 573-576. https://doi.org/10.1370/afm.1713

Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services, 11*(1), 75-86. https://doi.org/10.1037/a0033798

Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. Brunner/Mazel Psychological Stress Series.

Figley, C. R., & Stamm, B. H. (2016). Traumatic Stress: Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization. Oxford University Press.

Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., ... & Lazar, S. W. (2016). Contemplating Mindfulness at Work: An Integrative Review. Journal of Management, 42(1), 114-142. https://doi.org/10.1177/0149206315617003

Harker, R., Pidgeon, A. M., Klaassen, F., & King, S. (2016). Exploring resilience and mindfulness as preventative factors for psychological distress burnout and secondary traumatic stress among human service professionals. *Work, 54*(3), 631-637. https://doi.org/10.3233/WOR-162311

Kleim, B., & Westphal, M. (2016). Mental health professionals' experiences of secondary trauma: Symptoms, severity, and contributory factors. Journal of Traumatic Stress, 29(1), 50-57. https://doi.org/10.1002/jts.22053

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In G. Fink (Ed.), Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior (pp. 351-357). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3

Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. Research in Nursing & Health, 33(4), 288-298. https://doi.org/10.1002/nur.20383

Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2020). Interventions to Reduce the Consequences of Stress in Physicians: A Review and Meta-Analysis. Journal of Occupational Health Psychology, 25(1), 1-17. https://doi.org/10.1037/ocp0000166

Reith, T. P. (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. Cureus, 10(12), e3681. https://doi.org/10.7759/cureus.3681

Ricci-Cabello, I., Rojas-García, A., Manzano, J., Pastor, G., & Gonçalves, D. C. (2020). Impact of Digital Interventions on Mental Health Outcomes in Health Professionals: Systematic Review. Journal of Medical Internet Research, 22(12), e18800. https://doi.org/10.2196/18800

Ruotsalainen, J. H., Serra, C., Marine, A., & Verbeek, J. H. (2008). Preventing Occupational Stress in Healthcare Workers. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD002892. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub2

Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., West, C. P., & Sinsky, C. A. (2015). Potential Impact of Burnout on the US Physician Workforce. Mayo Clinic Proceedings, 90(12), 1600-1603. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians

and the general US working population between 2011 and 2014. Mayo Clinic Proceedings, 90(12), 1600-1613. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023

Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clinic Proceedings, 92(1), 129-146. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. International Journal of Stress Management, 12(2), 164-176. https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164

Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2019). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 22(4), 259-274. https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1629792

Welp, A., & Manser, T. (2016). Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety – development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Services Research*, 16, 281. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1535-y

Westphal, M., Wall, M., Corbeil, T., Keller, D. I., Brodmann-Maeder, M., Ehlert, U., Exadaktylos, A., Bingisser, R., & Kleim, B. (2021). Mindfulness predicts less depression, anxiety, and social impairment in emergency care personnel: A longitudinal study. *PLOS ONE*, 16(12), e0260208. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260208

ISBN: 978-628-95101-6-4

West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to Prevent and Reduce Physician Burnout: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Lancet, 388(10057), 2272-2281. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X

West, C. P., Dyrbye, L. N., Satele, D. V., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2018). The Association of Perceived Medical Errors with Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study. JAMA, 320(3), 230-240. https://doi.org/10.100

TERAPIA DE REPROCESAMIENTO GENERATIVO (TRG): UNA PERSPECTIVA INTEGRAL EN SALUD MENTAL

GENERATIVE REPROCESSING THERAPY (TRG): AN INTEGRATED PERSPECTIVE IN MENTAL HEALTH

Jair Soares dos Santos
Juliana Bezerra Lima-Verde
Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT)
Departamento de Investigación
Brasil

Praxis Académica

RESUMEN

La Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) emerge como una alternativa prometedora para abordar una variedad de problemas emocionales y de salud mental, como la depresión, la ansiedad, la idea suicida y la fibromialgia. Basada en cinco protocolos únicos, la TRG busca reprocessar experiencias pasadas para promover el crecimiento personal y emocional. Su enfoque holístico reconoce la interconexión entre pasado, presente y futuro, permitiendo a los pacientes transformar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales. La TRG ha demostrado resultados

positivos en una variedad de casos clínicos, incluyendo la remisión completa de síntomas depresivos, ansiosos y de fibromialgia en un corto período de tiempo. Su eficacia se atribuye a su naturaleza ágil y eficiente, así como a su capacidad para abordar las causas subyacentes del sufrimiento psicológico. Además, la TRG ha despertado un creciente interés entre los profesionales de la salud y los pacientes, y está siendo cada vez más reconocida como una terapia viable y eficaz. Aunque aún se necesitan más investigaciones para comprender completamente su funcionamiento y validar empíricamente sus efectos, la TRG representa una alternativa prometedora en el tratamiento de problemas emocionales, ofreciendo esperanza a aquellos que no han respondido satisfactoriamente a las terapias convencionales. Su accesibilidad y potencial para proporcionar alivio duradero están impulsando su adopción en el campo de la salud mental, ofreciendo una perspectiva más holística y profunda para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVES

Reprocesamiento, salud mental, depresión, ansiedad, fibromialgia, neuroplasticidad.

ABSTRACT

Generative Reprocessing Therapy (TRG) emerges as a promising alternative to address a variety of emotional and mental health issues, such as depression, anxiety, suicidal ideation, and fibromyalgia. Based on five unique protocols, TRG seeks to

reprocess past experiences to promote personal and emotional growth. Its holistic approach recognizes the interconnection between past, present, and future, allowing patients to transform dysfunctional thought and behavior patterns. TRG has demonstrated positive results in a variety of clinical cases, including complete remission of depressive, anxious, and fibromyalgia symptoms in a short period of time. Its effectiveness is attributed to its agile and efficient nature, as well as its ability to address the underlying causes of psychological suffering. Additionally, TRG has sparked growing interest among healthcare professionals and patients alike and is increasingly recognized as a viable and effective therapy. Although further research is needed to fully understand its workings and empirically validate its effects, TRG represents a promising alternative in the treatment of emotional problems, offering hope to those who have not responded satisfactorily to conventional therapies. Its accessibility and potential to provide lasting relief are driving its adoption in the field of mental health, offering a more holistic and profound perspective to improve patients' quality of life.

KEYWORDS

Reprocessing, mental health, depression, anxiety, fibromyalgia, neuroplasticity.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental están aumentando cada vez más a nivel mundial, lo que representa un desafío creciente para los sistemas de salud pública. El aumento de estos problemas refleja no solo una mayor conciencia y diagnóstico, sino también una

ISBN: 978-628-95101-6-4

compleja interacción de factores socioeconómicos, culturales y ambientales. La demanda de servicios de salud mental está superando la capacidad de los sistemas de salud pública para proporcionar tratamiento adecuado y oportuno, creando presiones adicionales sobre los recursos existentes. Abordar esta cuestión requiere no solo intervenciones clínicas eficaces, sino también políticas públicas integrales que promuevan la prevención, el acceso equitativo a los servicios y el apoyo comunitario para las personas afectadas.

La búsqueda de nuevas alternativas más eficaces y definitivas destinadas al tratamiento de problemas mentales y psicológicos es un área de creciente interés en la salud mental. A pesar de los avances significativos en psicología y terapias convencionales, aún existen desafíos y limitaciones en el tratamiento de ciertas condiciones psicológicas. En este contexto, el desarrollo de enfoques terapéuticos alternativos surge como una herramienta prometedora y complementaria para abordar estas lagunas. Además, algunas condiciones psicológicas pueden presentar respuestas limitadas a los tratamientos convencionales actualmente disponibles. La depresión resistente al tratamiento, los trastornos de ansiedad crónica, la fibromialgia y el trastorno de estrés postraumático son ejemplos de condiciones en las que nuevas aproximaciones terapéuticas pueden ofrecer esperanza y mejoras significativas.

En este contexto emerge la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG), que puede ofrecer diferentes perspectivas teóricas y prácticas, así como protocolos innovadores que ya han demostrado ser efectivos en casos en los que los enfoques convencionales no han tenido éxito. Un aspecto importante observado en el tratamiento

con TRG es el creciente deseo de los individuos de participar activamente en su proceso terapéutico. Muchas personas buscan esta terapia porque es más centrada en el ser humano, participativa y empoderadora. Es destacable que esta terapia valora la colaboración entre terapeuta y cliente, promoviendo la autonomía, la resiliencia y la autenticidad del individuo. Este enfoque más activo en el proceso de curación puede ser altamente beneficioso para muchas personas, especialmente aquellas que buscan un enfoque terapéutico más integrador. Mientras que las terapias convencionales a menudo se centran en el tratamiento de los síntomas, la TRG busca comprender y abordar las raíces profundas de los problemas psicológicos.

La TRG fue desarrollada a partir de 2010 por el profesor Jair Soares dos Santos, psicólogo e hipnoterapeuta en ese momento, quien observó que la mayoría de sus pacientes sufrían recaídas incluso después de muchas sesiones de terapia convencional. Los pacientes sometidos a Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) pasaban años con resultados insatisfactorios y una calidad de vida comprometida. Insatisfecho, buscó desarrollar un enfoque más definitivo que permitiera a los pacientes recuperar sus vidas con más dignidad y retomar actividades anteriormente imposibles. Basada en la neuroplasticidad humana y el reprocesamiento de eventos traumáticos, la TRG fue concebida y refinada con el tiempo.

Así, con el paso de los años, la necesidad de evidencias científicas se hizo evidente, lo que llevó a la fundación del Departamento de Investigación del Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) a mediados de 2023. En 2024, se completará un gran proyecto sobre depresión que fue aprobado por el Comité de Ética

ISBN: 978-628-95101-6-4

en Brasil con el dictamen número 6.661.262. Desde entonces, hemos presentado diversos trabajos en congresos en Brasil y en el extranjero, impartido conferencias y organizado eventos para terapeutas formados, con el objetivo de concienciarlos sobre la base científica de la terapia a través de programas de formación continua. Este artículo tiene como objetivo discutir la importancia de la TRG como una herramienta prometedora y alternativa, destacando su enfoque centrado en la causa y explorando su potencial terapéutico.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN CON TERAPIAS CONVENCIONALES

Datos divulgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la depresión afecta actualmente a cerca de 322 millones de individuos, convirtiéndose en la principal causa de incapacidad a nivel mundial. Además, estos datos señalan un aumento de más del 18% en la incidencia de este trastorno entre los años 2005 y 2015. En Brasil, se estima que aproximadamente 11,5 millones de brasileños sean afectados por la depresión (OMS, 2017).

A pesar de ser estudiada durante más de dos mil años, la depresión aún carece de una explicación completa y satisfactoria para sus características intrincadas y paradójicas. El trastorno depresivo mayor (TDM) es una condición típica entre los trastornos depresivos, caracterizada, entre otros aspectos, por la presencia de humor

deprimido o pérdida de interés o placer, que puede ser episódico, único o recurrente, según el DSM-5, o "episodio depresivo" y "trastorno depresivo recurrente", según la CID-11. El TDM se caracteriza por síntomas como humor deprimido persistente, alteraciones en las funciones neurovegetativas e ideación suicida (Lacerda & Del Porto, 2019).

Según lo señalado por Powell et al. (2008), muchos pacientes enfrentan una depresión crónica y recurrente, lo que resulta en diversos síntomas residuales. Estos síntomas residuales aumentan el riesgo de recaídas y suicidio, reducen las habilidades psicosociales y aumentan la mortalidad debido a otras enfermedades clínicas. En consonancia con estas conclusiones, la OMS (OMS, 2017) destaca la urgencia de aumentar las inversiones en salud mental a nivel global, observando que incluso en países más desarrollados, aproximadamente la mitad de las personas con depresión no reciben tratamiento.

Actualmente, la depresión es una de las principales causas de incapacitación en todo el mundo. Esto se debe tanto a sus características clínicas como al hecho de que una parte significativa de los pacientes no responde satisfactoriamente a las terapias disponibles. Este cuadro clínico de falta de respuesta al tratamiento es comúnmente denominado en la literatura como depresión resistente al tratamiento (DRT). Las tasas de prevalencia de pacientes no receptivos al tratamiento varían en diferentes regiones del mundo (OMS, 2017). Por ejemplo, un estudio en Canadá en 2014 identificó que el 21% de los pacientes con depresión en atención primaria eran resistentes al tratamiento (Rizvi et al., 2014), mientras que otro estudio en Polonia informó una prevalencia del 25% (Galecki et al., 2022). Más recientemente, una investigación realizada en América Latina

ISBN: 978-628-95101-6-4

observó una prevalencia del 29% de DRT en la región, con Brasil presentando tasas aún más altas, alrededor del 40% (Soares et al., 2021).

A pesar del creciente número de estudios sobre pacientes con DRT en los últimos años, la literatura aún no tiene una definición precisa del concepto. Actualmente, el criterio más utilizado por los investigadores es la falta de respuesta terapéutica satisfactoria al uso de dos antidepresivos, en dosis efectivas, durante al menos cuatro semanas. Sin embargo, esta definición no aborda todas las complejidades que presenta el fenómeno de la resistencia al tratamiento. Se pueden encontrar diferentes conceptos en la literatura, pero hasta el momento no ha habido una evaluación sistemática de la confiabilidad, validez y utilidad predictiva prospectiva de los criterios utilizados (Rybak et al., 2021).

A pesar de los esfuerzos por desarrollar nuevas estrategias terapéuticas, solo un tercio de los pacientes logra la remisión de los síntomas de la depresión. Aunque la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la intervención farmacológica se consideran los enfoques principales, ningún estudio ha demostrado su eficacia en proteger a los pacientes a largo plazo contra recaídas (CANMAT, 2012). La TCC, con enfoque en objetivos específicos y duración determinada, busca solo reducir los síntomas predominantes y enseñar estrategias para enfrentar desafíos (Lacerda & Del Porto, 2019).

Como señalan Gonçalves et al. (2019), al abordar el panorama actual de los tratamientos para la depresión, incluida la DRT, se observa que, a pesar de la diversidad de opciones terapéuticas, la remisión de los síntomas sigue siendo baja. También

destacan la limitada disponibilidad y el alto costo de estos tratamientos para la población en general, así como las contraindicaciones y los posibles efectos secundarios asociados a ellos. Revisiones realizadas por Brunoni y Sampaio (2019) y Pereira-Júnior y Hamani (2019) ejemplifican estos tratamientos, incluida la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT), la Estimulación Transcraneal de Corriente Continua (ETCC), la Estimulación del Nervio Vago (ENV), la Estimulación Cerebral Profunda (ECP), además de procedimientos quirúrgicos ablativos. Sin embargo, a pesar de las diversas opciones de tratamiento, la tasa de remisión de los síntomas sigue siendo baja debido a la limitada disponibilidad, alto costo y efectos secundarios de los tratamientos alternativos.

El uso de antidepresivos está en aumento en Brasil y en el mundo (Lewer et al., 2015). Los datos del Reino Unido destacan que los antidepresivos fueron la clase de medicamentos con mayor aumento en la prescripción en 2016, con un crecimiento de más del 100% en su dispensación durante una década (NHS, 2016). Sin embargo, a pesar de este aumento, hay un conjunto de controversias en torno a sus beneficios y diversas críticas sobre sus indicaciones (Norman & Tesser, 2015; Moncrieff, 2018).

Una de las principales controversias es la cuestionable teoría de que la depresión es causada por bajos niveles de serotonina en el cerebro, una explicación a menudo utilizada en la publicidad de las empresas farmacéuticas, que naturalmente inducen a la prescripción de medicamentos para corregir este desequilibrio. Sin embargo, esta teoría ya no es sostenible a la luz de las evidencias científicas (Cowen & Browning, 2015; Norman & Tesser, 2015).

ISBN: 978-628-95101-6-4

Además, aunque es común la idea de subdiagnóstico de la depresión en la Atención Primaria de Salud (APS), esta tendencia parece estar revirtiéndose, yendo hacia un sobre diagnóstico, posiblemente debido al aflojamiento de los criterios en las clasificaciones diagnósticas más recientes, así como a la dificultad para distinguir entre formas graves y crónicas de depresión y síntomas depresivos autolimitados. Además, los criterios diagnósticos más sensibles pueden llevar al exceso de tratamiento de la depresión (Geraghty et al., 2019).

Un estudio realizado por Ibanez et al. (2014) con pacientes en tratamiento para la depresión utilizando farmacoterapia identificó varios desafíos enfrentados por los pacientes. Entre ellos, se destaca el desgaste emocional causado por el tratamiento medicamentoso. A pesar de la necesidad de estos medicamentos para aliviar los síntomas depresivos, no siempre los resultados alcanzados correspondían a las expectativas de los pacientes. Además, el estudio también evidenció una baja adherencia a la farmacoterapia y una falta de comprensión sobre la terapia utilizada por los pacientes, factores que dificultaron el éxito del tratamiento.

La farmacoterapia con antidepresivos, siempre recomendada para estos casos, puede causar un síndrome de apatía o embotamiento emocional en pacientes con trastornos depresivos, de ansiedad u otros trastornos psiquiátricos. Esta condición, caracterizada por falta de motivación, letargo y disminución de la respuesta emocional, puede ocurrir independientemente del resultado del tratamiento y persistir incluso después de la remisión de la enfermedad. La prevalencia del síndrome varía ampliamente en pacientes tratados con diferentes tipos de antidepresivos, y los síntomas

a menudo no son identificados por los pacientes o sus familiares, lo que resulta en consecuencias clínicas, sociales y laborales no tratadas. Algunos investigadores sugieren que la apatía puede ser un efecto secundario de los antidepresivos, mientras que otros creen que es un síntoma no detectado de la depresión (Masdrakis et al., 2023).

Los síntomas asociados con la depresión, como el estado de ánimo deprimido, la sensación reducida de control, la ideación suicida, la dificultad para concentrarse, entre otros, tienden a hacer que los pacientes deprimidos sean menos propensos a adherirse al tratamiento farmacológico recetado. Además, los pacientes sintomáticos pueden recurrir a la automedicación y, en casos extremos, incluso a intentos de suicidio con los medicamentos (Ibanez et al., 2014). Es importante destacar que la falta de adherencia al tratamiento está entre los principales factores que contribuyen a la recurrencia de los síntomas (Lafer et al., 2000).

Finalmente, los resultados clínicos del tratamiento medicamentoso son inconsistentes. Por ejemplo, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) mejoran la puntuación en la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (EADH) en solo 1,8 puntos en comparación con el placebo, mientras que un beneficio clínico significativo, según el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidados (NICE) del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS), ocurre con diferencias por encima de 3 puntos. Los antidepresivos parecen ser superiores al placebo solo en casos de depresión grave, con resultados estadísticamente significativos observados en valores de EADH por encima de 25. Sin embargo, análisis adicionales sugieren que la aparente eficacia clínica entre los pacientes gravemente deprimidos puede atribuirse a

ISBN: 978-628-95101-6-4

una disminución en la capacidad de respuesta al placebo, en lugar de una mayor capacidad de respuesta a los antidepresivos (Jakobsen et al., 2017).

2. DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD CON TERAPIAS CONVENCIONALES

La ansiedad es una respuesta fisiológica común y necesaria para la supervivencia social, motivando a las personas a prepararse para enfrentar desafíos. Sin embargo, cuando se vuelve desproporcionada y causa un sufrimiento significativo, puede volverse patológica. Esta forma de ansiedad excesiva y crónica puede afectar el funcionamiento diario y social (Lenhardtk & Calvetti, 2017).

Según Castro (2022), la ansiedad patológica se describe como una emoción dirigida hacia el futuro, caracterizada por sentimientos de falta de control e imprevisibilidad con respecto a eventos que pueden ser aversivos. Además, hay una tendencia a cambiar rápidamente la atención hacia eventos que puedan representar peligro, o hacia la propia respuesta emocional del individuo a estos eventos. La depresión a menudo se encuentra entre las variables categorizadas como medidas de resultado en estudios clínicos en individuos con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (Nasiri et al., 2020).

Esto forma parte de un amplio campo de investigación en salud mental, que se centra en la relación entre ansiedad y depresión. La comorbilidad del TAG y el TDM se informa como la más prevalente no solo entre los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sino también entre los diagnósticos del DSM-5. De hecho, hay cierto debate en

la literatura sobre si representan etapas de una sola patología, llegando a sugerir la unificación de estos diagnósticos en una nueva categoría (Watson, 2005). El TAG es una patología psiquiátrica importante, con una prevalencia a lo largo de la vida del 3,7% en todo el mundo y del 5,1% en la población brasileña, siendo este último el índice más alto en América Latina. Se considera que el TAG es un trastorno crónico e incapacitante, asociado con limitaciones significativas en la calidad de vida y altos costos en servicios de salud, y está asociado con síntomas de estrés, ansiedad y depresión (Ruscio et al., 2017).

Según el DSM-5, el TAG a menudo se manifiesta como una afección crónica, con muchos individuos reportando sentir ansiedad a lo largo de la vida. Aunque la edad promedio de inicio es a los 30 años, los síntomas pueden surgir en diferentes momentos, desde el inicio de la vida, presentándose como un temperamento ansioso. Estos síntomas tienden a ser persistentes, con períodos de remisión y recaída a lo largo de la vida, variando entre formas más graves y menos graves del trastorno (Nasiri et al., 2020).

Esta condición tiene repercusiones significativas en la vida diaria, lo que lleva a muchas personas a evitar actividades rutinarias debido al miedo a las crisis o síntomas, lo que puede impactar negativamente en la calidad de vida y en las relaciones personales y profesionales. La ansiedad anticipatoria también es una característica importante del TAG, donde el individuo comienza a sentir síntomas ansiosos antes de eventos o compromisos futuros, afectando su sueño, apetito y concentración. Además, una característica distintiva del TAG es el miedo persistente y excesivo a ser evaluado o juzgado negativamente en situaciones sociales o de desempeño, lo que lleva a evitar

actividades públicas y situaciones que puedan desencadenar estas reacciones. Estos síntomas interfieren significativamente en las actividades diarias y en las relaciones interpersonales, causando perjuicios en el trabajo y en la vida social del individuo (Castro, 2022).

El tratamiento recomendado según Clark y Beck (2014) implica psicoeducación, técnicas de relajación, psicoterapias (como la TCC), farmacoterapia (benzodiazepinas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Sin embargo, estos mismos autores informan que el miedo y la ansiedad pueden regresar en cualquier momento. Estudios indican que los trastornos de ansiedad con depresión comórbida tienen una respuesta de tratamiento menos satisfactoria, tasas de recaída y recurrencia más altas y un mayor uso de servicios en comparación con casos de ansiedad pura (Masdrakis et al., 2023). Es importante destacar que el enfoque terapéutico de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se centra en los desafíos que enfrenta el paciente en el momento en que busca ayuda, es decir, en el momento presente. El objetivo de la terapia es ayudarlo a desarrollar nuevas estrategias para enfrentar su situación actual y promover los cambios necesarios (Clark & Beck, 2014), sin investigar sus causas.

En un metanálisis realizado por D'ávila et al. (2020) sobre los tratamientos disponibles para el TAG, estos autores proporcionaron una amplia lista de posibilidades que mejoran los síntomas de este cuadro, sin embargo, no informaron la remisión de los mismos a largo plazo. Finalmente, al igual que en la depresión y otros trastornos emocionales, las terapias actualmente utilizadas para el tratamiento de la ansiedad y sus derivados son únicamente con el propósito de mejorar los síntomas. Las terapias

farmacológicas y no farmacológicas, como la TCC, aún no han encontrado un camino hacia la remisión definitiva de los síntomas, sin tener en cuenta los efectos no deseados de los medicamentos utilizados para este fin. Este hecho de solo actuar sobre los síntomas y no sobre la causa de la ansiedad, sigue siendo una laguna en la literatura científica (Soares, 2021, 2022).

3. DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMILAGIA CON TERAPIAS CONVENCIONALES

La fibromialgia (FM) es un síndrome caracterizado por la presencia de dolor muscular crónico difuso, sin signos evidentes de inflamación en las áreas afectadas. Se trata de una condición reumática no deformante. Además del dolor crónico, los pacientes a menudo presentan síntomas emocionales comprometidos, así como alteraciones en la concentración y la memoria, observadas en al menos la mitad de los casos (Martínez et al, 2017). Estos síntomas parecen estar asociados con la persistencia del dolor crónico y la consiguiente disminución en la calidad de vida de los pacientes, y no al revés. La FM afecta aproximadamente al 2,5% de la población mundial, sin distinción entre nacionalidades o condiciones socioeconómicas, siendo más común en mujeres entre los 30 y 50 años de edad. Sin embargo, las comorbilidades psiquiátricas, como la depresión en hasta el 80% de los casos y la ansiedad en hasta el 60%, están frecuentemente asociadas con la fibromialgia (SBR, 2022).

La etiología de la FM sigue siendo desconocida. Un modelo de interacción entre factores psicosociales y biológicos ha sido sugerido como predisponente para el desarrollo de este síndrome. Entre estos factores se encuentran trastornos depresivos,

factores genéticos (se observa un riesgo ocho veces mayor de desarrollar la enfermedad en familiares de primer grado de pacientes con FM), obesidad combinada con inactividad física, historial de abuso físico y/o sexual en la infancia, problemas de sueño, tabaquismo e historial prolongado de conflictos interpersonales y biológicos. Se sabe que hay alteraciones centrales en el procesamiento del dolor, reducción en la respuesta del eje neuroendocrino hipotálamo-hipofisario-adrenal al estrés y aumento en la concentración de citocinas proinflamatorias, así como alteraciones en neurotransmisores específicos, como la dopamina y la serotonina. Sin embargo, la fisiopatología específica de este síndrome aún no está completamente establecida (Loureiro & Azevedo, 2022).

El diagnóstico de la fibromialgia se basa en criterios clínicos, ya que no hay marcadores biológicos o de imagen específicos. Los criterios diagnósticos incluyen la presencia de dolor difuso durante al menos tres meses y la identificación de puntos sensibles en áreas específicas del cuerpo, con al menos 11 de los 18 puntos especificados siendo sensibles (Wolfe et al., 2010). Los pacientes con fibromialgia tienen peor calidad de vida que las personas sanas u otras con enfermedades crónicas, con una mayor desestabilización social y familiar (Lorena et al., 2016).

El tratamiento actual para la fibromialgia tiene como objetivo principal aliviar el dolor, reducir la discapacidad física y estabilizar los síntomas emocionales. Esto se logra mediante un enfoque integral que combina medicamentos, psicoterapia y ejercicios físicos. Los medicamentos comúnmente recetados incluyen antidepresivos, benzodiazepinas, analgésicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, para controlar los trastornos del sueño y los síntomas psicológicos (Okifuji et al., 2016) y

también el uso de efecto placebo (Viegas, 2016). Además, los tratamientos no farmacológicos, como los ejercicios aeróbicos y la psicoterapia, también desempeñan un papel importante en el manejo de la condición. Sin embargo, Conte et al. (2018) no observaron mejoría en la calidad de vida, el dolor y la depresión en pacientes que informaron una mayor práctica de actividad física.

Los pacientes con fibromialgia (FM) enfrentan desafíos adicionales relacionados con la identificación y gestión de sus sentimientos, lo que contribuye a una respuesta emocional inadecuada ante los estresores físicos, emocionales y ambientales. Estudios indican una asociación entre síntomas depresivos y ansiosos y el diagnóstico de FM, sugiriendo que estos síntomas pueden ser independientes de la condición dolorosa (Canzonieri, 2014). La incidencia de trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es significativamente mayor en pacientes con FM, con hasta un 46,7% de los pacientes diagnosticados con TDM y un 40,6% con TAG (Pérez-García et al., 2019). La presencia de estas comorbilidades aumenta la carga emocional sobre los pacientes, lo que requiere adaptaciones en los servicios de salud prestados (Garcia-Fontanals et al., 2016). Además, la asociación entre FM, depresión y ansiedad es consistente en diferentes grupos de edad, evidenciando la interrelación de estos trastornos (Pernambuco et al., 2017). Los estudios destacan la importancia de reconocer y tratar los trastornos mentales en pacientes con FM, dada la influencia de estos trastornos en la evolución de la enfermedad (Ramiro et al., 2014).

A pesar de que el tratamiento de la fibromialgia es integral y multidisciplinario, este solo tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, reducir el dolor crónico

y no tiene ningún resultado definitivo en la literatura (Pereira et al., 2024). Aunque algunas investigaciones han indicado resultados positivos a corto plazo con enfoques multidisciplinarios, las evidencias de beneficios a largo plazo aún son limitadas. Los estudios multidisciplinarios con seguimiento de más de seis meses reportaron efectos clínicos y estadísticos modestos, además de bajas tasas de adherencia (Jacobs et al., 2020). El fracaso en lograr resultados satisfactorios a largo plazo puede atribuirse a diversos factores, incluyendo: (a) la falta de consideración de las necesidades individuales de los pacientes al establecer los objetivos del tratamiento, (b) una alianza terapéutica frágil, (c) la baja adherencia a los programas de actividad física, y (d) la subestimación del impacto psicológico de la fibromialgia (Souza et al., 2020).

Mientras que la investigación generalmente se centra en estrategias de tratamiento después del diagnóstico de la fibromialgia, todavía existe una necesidad de investigar más profundamente las causas subyacentes del síndrome, así como un tratamiento definitivo y sin recidivas. Esta brecha en el conocimiento desafía a los investigadores a explorar nuevos caminos y comprender mejor el desarrollo de la condición (Santini et al., 2021).

4. BASES DE LA TERAPIA DE REPROCESAMIENTO GENERATIVO (TRG)

La TRG es una terapia que busca investigar y tratar las causas profundas de los problemas mentales, teniendo en cuenta las complejas interacciones entre la mente consciente y el inconsciente. En este sentido, el modelo del cerebro triuno de MacLean (1970) ofrece una estructura teórica útil para comprender las diferentes capas del cerebro y sus implicaciones en la percepción, emoción y comportamiento. Aunque la teoría no

sea un modelo perfecto e insustituible, constituye un atajo explicativo interesante, aunque pueda generar simplificaciones groseras. Lo que parece seguir siendo interesante en la teoría de MacLean es su estructura jerárquica basada en una perspectiva evolutiva (Mograbi, 2015).

Según MacLean (1970), el cerebro humano puede dividirse en tres partes principales: el reptiliano, el límbico y la neocorteza. Estos subsistemas interactúan para producir comportamiento, enfatizando una visión holística del mismo. El cerebro reptiliano, considerado el más primitivo, controla funciones vitales y responde a estímulos de peligro. Este cerebro está presente principalmente en reptiles y es responsable de comportamientos instintivos de supervivencia, como luchar o huir, y alberga valores y memorias emocionales. Es en esta parte del cerebro donde se encuentran las emociones y afectos que influyen en el comportamiento humano. Comprender esta estructura cerebral puede ayudar en la interpretación del comportamiento humano y en el desarrollo de sistemas de gestión integrados. Cada parte del cerebro tiene funciones distintas: el reptiliano para comportamientos básicos, el límbico para emociones y memorias, y la neocorteza para procesos cognitivos. El cerebro básico es responsable de comportamientos automáticos e inconscientes y controla funciones vitales como la respiración y el ritmo cardíaco. Por otro lado, la neocorteza es la parte más desarrollada del cerebro y alberga procesos cognitivos complejos, como el pensamiento lógico y la toma de decisiones. Estas diferentes partes del cerebro interactúan constantemente, influenciando el comportamiento humano de manera compleja y multifacética (Seijo & Barrios, 2012). Comprender el funcionamiento de estos subsistemas es esencial para una interpretación integral del comportamiento humano y el desarrollo de estrategias de

ISBN: 978-628-95101-6-4

intervención efectivas en la salud mental, y es en este contexto donde la TRG actúa: trabajando el inconsciente para que el consciente tome decisiones más favorables al bienestar.

La TRG se distingue por no utilizar el concepto de resignificación, sino el de reprocesamiento. Mientras que la resignificación busca atribuir nuevos significados a experiencias pasadas, el reprocesamiento busca transformar esas experiencias de manera más profunda, a través de nuevas conexiones neurales, permitiendo una reorganización emocional y cognitiva más amplia. El reprocesamiento se refiere al proceso por el cual la mente humana revisita, reevalúa y reintegra experiencias pasadas, especialmente aquellas que causaron trauma, estrés emocional o patrones de pensamiento disfuncionales. Este proceso implica la modificación de las percepciones y respuestas emocionales asociadas con esas experiencias, con el objetivo de promover la curación emocional, el crecimiento personal y la adaptación saludable a situaciones futuras. Este enfoque terapéutico innovador busca ayudar a los individuos a superar traumas, patrones de pensamiento disfuncionales y otros desafíos emocionales. La neuroplasticidad juega un papel fundamental en el reprocesamiento, ya que se refiere a la capacidad del cerebro de reorganizar sus conexiones neurales en respuesta a nuevas experiencias o aprendizaje. Durante el reprocesamiento, la neuroplasticidad permite que el cerebro forme nuevas conexiones neurales y reestructure los patrones de pensamiento y comportamiento, facilitando la adaptación y el cambio positivo. La TRG utiliza la neuroplasticidad para facilitar el proceso de reprocesamiento y promover la curación emocional y el bienestar mental (Santos & Lima-Verde, 2023a).

Según estos mismos autores, esta terapia se basa en cinco protocolos únicos, cada uno con el objetivo de reprocesar experiencias pasadas de manera que promueva el crecimiento personal y emocional. Estos protocolos se aplican de forma integrada y secuencial y pueden adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. A lo largo del proceso terapéutico, se anima a los pacientes a trabajar de manera colaborativa con el terapeuta para explorar, reprocesar y transformar sus experiencias pasadas, promoviendo así el crecimiento personal y emocional. Aquí hay una descripción detallada de cada uno de los cinco protocolos:

A. Protocolo Cronológico: En esta etapa, el enfoque está en revisitar eventos pasados de la vida del individuo, desde la infancia hasta el presente. El objetivo es explorar y reprocesar estos eventos para cambiar la visión del mundo y los patrones de comportamiento del paciente. Al revisitar eventos específicos y sus consecuencias emocionales, el terapeuta ayuda al paciente a identificar y reprocesar estos eventos y a desarrollar una nueva perspectiva sobre su historia personal;

B. Protocolo Somático: Aquí, el enfoque está en la conexión entre las emociones y las sensaciones físicas en el cuerpo. Se alienta a los pacientes a prestar atención a las sensaciones físicas que surgen en respuesta a ciertas emociones o recuerdos durante el reprocesamiento. El terapeuta ayuda al paciente a explorar estas sensaciones, identificar dónde están ubicadas en el cuerpo y aprender a reprocesarlas de manera saludable. Este protocolo ayuda a los pacientes a desarrollar una mayor conciencia corporal y a liberar la tensión emocional almacenada;

ISBN: 978-628-95101-6-4

C. Protocolo Temático: Este protocolo se centra en temas recurrentes o patrones de pensamiento que surgen durante el proceso terapéutico y que son objeto de sufrimiento para el paciente. Se anima a los pacientes a explorar estos temas y a reprocesarlos para cambiar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos de manera positiva. El terapeuta ayuda al paciente a desafiar los patrones de pensamiento negativos o limitantes y a desarrollar nuevas formas de interpretar sus experiencias;

D. Protocolo Futuro: En esta etapa, aún bajo el enfoque de sus experiencias negativas que ocurrieron en su vida, se induce al paciente a imaginar el peor futuro posible para, luego, iniciar el proceso de reprocesamiento de este futuro, de algo que aún no ha sucedido pero que causa ansiedad;

E. Protocolo de Potencialización: En esta etapa, se anima a los pacientes a imaginar una vida en la que han superado sus desafíos emocionales y alcanzado sus objetivos, la vida más perfecta posible. Después de esta última etapa, el paciente desarrolla una mayor autoconfianza y autoestima, con la capacidad de enfrentar los desafíos futuros con resiliencia y determinación.

Con el uso de estas técnicas específicas, como la visualización del pasado y la integración de recursos internos, se facilita el reprocesamiento de las experiencias pasadas y se promueve la transformación personal. Al abordar la causa de los problemas mentales, la TRG busca reestructurar las creencias limitantes, promover la resiliencia y la autorregulación emocional, y estimular el desarrollo de un sentido de identidad y propósito más saludables. Investigando los orígenes de los síntomas, la TRG ofrece una oportunidad de curación más profunda y duradera, permitiendo que las personas superen

sus dificultades emocionales y mejoren su calidad de vida de manera integral. Aunque aún se necesitan más investigaciones científicas para validar empíricamente los efectos y la eficacia de la TRG, los informes de casos positivos y la creciente popularidad de este enfoque terapéutico demuestran su potencial terapéutico. Por lo tanto, la TRG proporciona una alternativa prometedora y efectiva en el tratamiento de problemas psicológicos, ofreciendo una perspectiva más profunda y holística que busca abordar las causas subyacentes de los síntomas. Con su enfoque en el reprocesamiento de traumas y eventos dolorosos, la TRG tiene el potencial de transformar la forma en que enfrentamos los desafíos emocionales y promover el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas (Santos & Lima-Verde, 2023b).

A continuación, presentaremos una discusión con los principales resultados ya publicados a través de la utilización de la TRG como una terapia prometedora para la remisión de los síntomas y el restablecimiento de la calidad de vida de las personas con problemas emocionales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las condiciones de salud mental continúan desafiando tanto a profesionales de la salud como a pacientes en todo el mundo. A pesar de los avances en farmacoterapia y terapias psicológicas, muchos pacientes luchan por encontrar alivio duradero o sufren recaídas después del tratamiento convencional, lo que dificulta la restauración de su calidad de vida. En los últimos años, la investigación se ha centrado cada vez más en

buscar alternativas terapéuticas efectivas que garanticen la calidad de vida de los pacientes y hemos sido testigos de una serie de descubrimientos que destacan el potencial de la TRG como una alternativa prometedora para aquellos que no responden satisfactoriamente a los tratamientos convencionales, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la farmacoterapia. Además, las terapias tradicionales a menudo presentan limitaciones, incluyendo altos costos, disponibilidad limitada, tiempo prolongado para demostrar mejoras significativas y potenciales efectos secundarios no deseados, especialmente en lo que respecta al uso de medicamentos. Así, la asociación entre depresión, ansiedad e ideación suicida, incluso junto con un cuadro de fibromialgia, revela la complejidad de estos trastornos y destaca la necesidad de intervenciones definitivas y ágiles para mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes afectados (Soares, 2021, 2022).

En este contexto de insatisfacción, surge la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) como una alternativa prometedora e innovadora para abordar estas cuestiones. A diferencia de los enfoques tradicionales, la TRG ofrece una nueva perspectiva para el tratamiento de condiciones como depresión, ansiedad, ideación suicida y fibromialgia. En lugar de centrarse solo en los síntomas, la TRG busca identificar y abordar las causas subyacentes del sufrimiento psicológico, promoviendo la curación en un nivel más profundo y duradero (Lima-Verde et al., 2024).

Una de las principales ventajas de la TRG es su enfoque holístico, que reconoce la interconexión entre pasado, presente y futuro. Esto permite que los pacientes exploren y comprendan mejor los orígenes de sus síntomas, capacitándolos para transformar

patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales en una nueva perspectiva de vida. Además, la TRG ofrece técnicas terapéuticas innovadoras, como el reprocesamiento de experiencias traumáticas. Estos enfoques ayudan a los pacientes a reprocesar memorias dolorosas y a liberar emociones reprimidas, permitiéndoles avanzar hacia la curación y el bienestar. Otra ventaja significativa de la TRG es su naturaleza ágil y eficiente. A diferencia de muchas terapias convencionales, que pueden llevar semanas o meses para demostrar resultados significativos, la TRG a menudo produce cambios positivos en un corto período de tiempo. Esto es especialmente importante para pacientes que están sufriendo y necesitan alivio rápido (Santos & Lima-Verde, 2023a).

De este modo, la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) está ganando cada vez más protagonismo y reconocimiento. A medida que más profesionales de la salud se familiarizan con este enfoque y observan los resultados positivos en sus pacientes, la adopción de la TRG está aumentando rápidamente. El éxito de la TRG está impulsado por los resultados excepcionales que ofrece. Los pacientes sometidos a esta terapia a menudo experimentan mejoras significativas en su salud mental y calidad de vida, con remisión duradera de los síntomas. Con técnicas innovadoras y un enfoque holístico, la TRG permite que los pacientes reprocesen traumas, transformen patrones de pensamiento negativos y encuentren una nueva perspectiva de vida (Lima-Verde et al., 2024).

La TRG ha despertado interés como un enfoque terapéutico innovador y efectivo. Estudios recientes han demostrado que la TRG puede ofrecer resultados rápidos y

ISBN: 978-628-95101-6-4

duraderos en comparación con las terapias convencionales. Esta terapia emplea ciclos de reprocesamiento basados en cinco protocolos (cronológico, somático, temático, futuro y de potencialización). El reprocesamiento se elabora como una técnica para revisitar y neutralizar emociones vinculadas a eventos vivenciados, ofreciendo una perspectiva objetiva, ya que el procesamiento inicial implica la experiencia primaria de los hechos.

En los años 2021 y 2022 se publicaron dos libros con testimonios de personas con problemas emocionales graves de diversas naturalezas que fueron sometidas a TRG (Soares, 2021, 2022). La diversidad de casos clínicos que demuestran los beneficios de la TRG en el tratamiento de problemas emocionales es notable. Para todos estos casos presentados aquí, los pacientes completaron cuestionarios cualitativos sobre sus vidas antes y después de someterse a TRG, reportaron sus percepciones en estos dos períodos y, no menos importante, los buenos resultados persisten incluso después de dos años de finalizado el proyecto.

Para comenzar la explicación, tenemos el caso de una mujer de 25 años que, después de 20 sesiones de TRG, experimentó remisión completa de los síntomas depresivos y de ansiedad y vive sin medicación desde entonces (Santos et al., 2023). De manera similar, un paciente de 40 años, que padecía depresión, ansiedad e ideación suicida, reportó remisión de los síntomas después de solo 9 sesiones de TRG, además de pasar por una retirada gradual bajo supervisión médica de los medicamentos utilizados inmediatamente al final del tratamiento con esta nueva terapia (Santos & Lima-Verde, 2023c). Es relevante, además, el caso de una mujer de 33 años que sufría de depresión, ansiedad, ideación suicida y alcoholismo y, después de 21 sesiones, sus

síntomas desaparecieron y se suspendió su medicación de control (Lima-Verde & Santos, 2024).

Estos casos destacan el potencial de la TRG para proporcionar alivio sintomático y mejorar la calidad de vida de pacientes con depresión, ansiedad e ideación suicida. De manera similar, un joven de 22 años, después de 10 sesiones de TRG, experimentó una remisión significativa de los síntomas depresivos, ansiosos e ideación suicida, que persistieron durante varios años, incluso cuando el paciente estaba bajo tratamiento con terapias convencionales (Santos & Lima-Verde, 2023d). Un estudio que involucró a cuatro individuos con estas tres condiciones encontró que todos los participantes lograron una remisión completa de los síntomas después de un promedio de 17.5 sesiones de TRG (Santos & Lima-Verde, 2024). Otro grupo de cuatro pacientes con las mismas quejas fue estudiado antes y después del tratamiento con TRG, y todos experimentaron una remisión completa de los síntomas después de un promedio de 19.25 sesiones (Pereira et al., 2023). Además, un hombre de 52 años, que padecía depresión, ansiedad generalizada e ideación suicida, experimentó una remisión completa de los síntomas después de 30 sesiones de TRG, sin necesidad de medicamentos para este fin (Santos & Lima-Verde, 2023e).

Además de los casos de depresión, la TRG también ha demostrado eficacia en el tratamiento de pacientes que somatizan problemas emocionales en síntomas físicos, como la fibromialgia. Una paciente de 36 años diagnosticada con fibromialgia y dificultades de movilidad experimentó un alivio significativo de los síntomas después de 14 sesiones de TRG, eliminando la necesidad de medicación (Santos & Lima-Verde,

2023f). Otro caso interesante involucra a una mujer de 53 años con fibromialgia, depresión, ansiedad e ideación suicida, quien, después de 12 sesiones de TRG, ya no presentaba ningún síntoma y no necesitaba más medicación para ese fin (Pereira et al., 2024). Finalmente, el caso de una mujer de 39 años con fibromialgia asociada a la depresión tuvo sus síntomas aliviados con solo 16 sesiones de TRG y ya no usa medicación para ninguno de estos fines (Santos & Lima-Verde, 2023b). Recientemente se publicó una revisión sistemática con una presentación y discusión de todos estos casos clínicos publicados (Lima-Verde et al., 2024).

Hasta el momento actual, la TRG ha demostrado ser una psicoterapia viable y breve, de bajo costo, con bajos índices de recaída y que puede realizarse en línea. Esto significa que, tanto en condiciones de salud pública como privada, esta terapia puede llegar a miles de personas en todo el mundo. Un gran proyecto sobre la eficacia de la TRG en el tratamiento de la depresión se está llevando a cabo en Brasil bajo la licencia del comité de ética de la Plataforma Brasil con el número 6.661.262. Pronto se publicarán estos resultados en la tesis de doctorado del profesor Jair Soares dos Santos.

A medida que más evidencia de su eficacia emerge de la investigación clínica, la demanda de TRG está creciendo. Los profesionales de la salud están buscando capacitación especializada para ofrecer esta terapia en sus prácticas, y los pacientes están cada vez más interesados en explorar esta alternativa prometedora a los tratamientos tradicionales. El aumento de la disponibilidad y el acceso a la TRG se está convirtiendo en una realidad a medida que más terapeutas se especializan en este enfoque y se dedican más recursos a su desarrollo e investigación. Con esto, la TRG se

está convirtiendo en una herramienta crucial en el arsenal de tratamientos para condiciones de salud mental, ofreciendo esperanza a un número creciente de personas en todo el mundo.

Sin embargo, aún queda mucho por hacer. Aunque creemos que muchos de los casos tratados aquí tienen una causa emocional, no podemos generalizar. Hay muchas variables que necesitan ser estudiadas y evaluadas. Se necesitan muchas investigaciones en entornos controlados y con mayor uniformidad para obtener mejores indicios de cómo funciona la TRG en el cerebro de estas personas. Este es el camino que buscamos en este momento. Esta es otra alternativa que presentamos a la comunidad científica en el tratamiento de problemas emocionales.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA). (2017). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. (5. ed.). Artmed.

Brazilian Society of Reumatology (SBR). (2022).

Brunoni, A. R. & Sampaio, B. (2019). Terapias biológicas não farmacológicas não invasivas. Depressão: Teoria e Clínica. Artmed.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2012). Treating depressive disorder: relapse and recurrence. http:// www.canmat.org/cme-depression-relapse-and-recur-rence.php.

Canzonieri, A. M. (2014). Determinantes biopsicossociais, traços de personalidade e comorbidades psiquiátricas em pessoas com fibromialgia. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo.

Castro, A. G. N. (2022). Todos os dias quando acordo não tenho mais o tempo que passou": considerações sobre o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e suas repercussões nas relações do trabalho. Trabalho de conclusão de curso, Universidade de Fortaleza.

Conte, M. S., Dumbra, G. A. C., Roma, D. V. P., Fucuta, P. S., & Miyazaki, M. C. O. S. (2018). Fibromyalgia: physical activity, depression and quality of life. Medicina 51(4), 281-90. http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v51i4p281-290.

Cowen, P.J., & Browning, M. (2015). What has serotonin to do with depression? World Psychiatry. 14(2):158-60. https://doi.org/10.1002/ wps.20229.

D'ávila, L. I., Rocha, F. C., Rios, B. R. M., Pereira, S. G. S., & Piris, A. P. (2020). Pathological Process of Anxiety Disorder According to the Digital Literature Available in Portuguese – Integrative Review. Revista Psicologia e Saúde, 12(2),155-68. https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.922.

David A. Clark, D. A. & Beck, A. T. (2014). Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental : manual do paciente. Artmed.

Galecki, P., Samochowiec, J., Mikułowska, M., & Szulc, A. (2022). Treatment-Resistant Depression in Poland-Epidemiology and Treatment. J Clin Med.11(3),1-16. https://doi:10.3390/jcm11030480.

Garcia-Fontanals, A., Garcia-Blanco, S., Portell, M., Pujol, J., Poca-Dias, V., Garcia-Fructuoso, F., López-Ruiz, M., Gutierrez-Rosado, T., Goma-I-Freixanet, M. & Deus, J. (2016). Cloninger's psychobiological model of personality and psychological distress in fibromyalgia. International Journalof Rheumatic Diseases, 19(9), 852-63.

Geraghty, A.W.A., Santer. M., Beavis, C., Williams, S., Kendrick, T., Terluin, B., Little, P., & Moore, M. (2019). 'I mean what is depression?' A qualitative exploration of UK general practitioners' perceptions of distinctions between emotional distress and depressive disorder. BMJ Open. 9(12), 1-7. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032644.

Gonçalves, W. S., Appolinário, J. C., Levitan, M. N., & Nardi, A. E. (2019). Depressão resistente ao tratamento. Depressão: Teoria e Clínica. Artmed.

Ibanez, G., Mercedes, B. P. D. C., Vedana, K. G. G., & Miasso, A. I. (2014). Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. Revista Brasileira de Enfermagem. 67 (4), 556-562, 2014. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670409.

Jacobs, H., Bockaert, M., Bonte, J., D'Haese, M., Degrande, J., Descamps, L, Detaeye, U., Goethals, W., Janssens, J., Matthys, K., Muller, L., Van de Walle, H., Viane, I.,

Vlieghe, B., Grillet, M., Asher, R., & De Bacquer, D. (2020). The impact of a group-based multidisciplinary rehabilitation program on the quality of life in patients with fibromyalgia: results from the QUALIFIBRO Study. J Clin Rheumatol. 26(8), 313-319. https://doi: 10.1097/RHU.0000000000001120.

Jakobsen, J.C., Katakam, K.K., Schou, A., Hellmuth, S.G., Stalknecht, S.E., Leth-Moller, K., Iversen, M., Banke, M. B., Petersen, I. J., Klingenberg, S. L., Krogh, J., Ebert, S. E., Timm, A., Lindschou, J., & Gluud, C. (2017). Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. BMC Psychiatry. 17(58), 1-28. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1173-2.

Lacerda, A.L.T., & Del Porto, J.A. (2019). Depressão ao longo da história. Depressão : teoria e clínica. Artmed.

Lafer, B.; Almeida, O. P.; Fráguas-Junior, R.; Miguel, E. C. (2000). Depressão no ciclo da vida. Revista Brasileira de Psiquiatria. 22 (3),151-2 http://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300013.

Lenhardtk, G., & Calvetti, P. U. (2017). Quando a ansiedade vira doença? Como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cogntivo-comportamental. Aletheia 50(1-2),111-22.

Lewer, D., O'Reilly, C., Mojtabai, R., & Evans-Lacko S. (2015). Antidepressant use in 27 European countries: associations with sociodemographic, cultural and economic

factors. Br J Psychiatry. 207(3), 221-6. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.156786 PMID: 26159603.

Lima-Verde, J.B., & Santos, J.S. (2024). Depression, Neuroplasticity and Generative Reprocessing Therapy (TRG): Case Report. In: 2nd European Congress of Neurology and Neuropsychiatry, London, p.25.

Lima-Verde, J.B., Santos, J.S., & Pereira, A.G. (2024). Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. Journal of Neurology & Neuropsychiatry. 1, 5–7.

Lorena, S. B., Pimentel, E. A. S, Fernandes, V. M., Pedrosa, M. B., Ranzolin, A., & Duarte, A. L. B. P. (2016). Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. Revista Dor, 17(1), 8-11. https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160003.

Loureiro, R. M., & Azevedo, D. A. (2022). Qual o papel da quetiapina na fibromialgia? Rev Port Med Geral Fam. 38, 281-92. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i3.13178.

MacLean, P. D. (1970). The triune brain, emotion and scientific bias. The Neurosciences Second Study Program. Rockefeler University.

Martinez, J.E., Bologna, S.C.B., & El-Kadre, J.M.R. (2017). Is there a correlation between the degree of resilience and the impact of fibromyalgia on quality of life? Rev Fac Ciênc Méd. 19(1):6–9.

Masdrakis, V.G., Markianos, M., & Baldwin, D.S. (2023). Apathy associated with antidepressant drugs: a systematic review. Acta Neuropsychiatrica 35,189–204. doi: 10.1017/neu.2023.6.

Mograbi, G.J.C. (2015). Considerações sobre a teoria docérebro triuno e sua relevância parauma filosofia da mente e das emoções. Veritas. 60 (2), 222-241. https://doi.org/10.15448/1984-6746.2015.2.21861.

Moncrieff, J. (2018a). Against the stream: antidepressants are not antidepressants - an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants. Br J Psych Bull. 42(1):42-4. https://doi.org/10.1192/bjb.2017.11.

Moncrieff, J. (2018b). Research on a 'drug-centred' approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. Epidemiol Psychiatr Sci. 27(2):133-40. https://doi.org/10.1017/S2045796017000555.

Nasiri, F., Mashhadi, A., Bigdeli, I., Chamanabad, A.G., & Ellard, K.K. (2020). Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: A randomized controlled trial. J Affect Disord. 262, 405-13.

National Health Service (NHS). (2017). Antidepressants were the area with largest increase in prescription items in 2016.

Norman, A.H., & Tesser, C.D. (2015). Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. Rev Bras Med Fam Comunidade. 10(35):1-10. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011.

Okifuji, A., Gao, J., Bokat, C., &. Bradford, D. H. Management of fibromyalgia syndrome in 2016. Pain Manag. 2016;6(4):383–400. http://doi.org/10.2217/pmt-2016-0006.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates report. World Health Organization (WHO).

Pereira, A. G., Lima-Verde, J.B., & Santos, J.S. (2024). Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. J Neurol Stroke. 14(1):12–15.

Pereira, A.G., Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho. Revista de Saúde Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC. 15(28), 1-18. http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008.

Pereira-Júnior, J. F., & Hamani, C. (2019). Terapias biológicas não farmacológicas invasivas. Depressão: teoria e clínica. Artmed.

Pérez-García, L. F., Silveura, L. H., Moreno-Ramirez, M., Loaiza-Felix, J., Rivera, V., & Amezcua-Guerra, L. M. (2019). Frequency of depression and anxiety symptoms in mexican patients with rheumatic diseases determined by self-administered

questionnaires adapted to the spanish language. Revista de Investigación Clínica, 71, 91-7.

Pernambuco, A. P., Silva, L. R. T., Fonseca, A. C. S., & Reis, D. A. (2017). Clinical profile of patients with fibromyalgia syndrome. Fisioterapia em Movimento. 30(2), 287-96.

Powell, V. B., Abreu, N., De Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30(2), 73-80.

Ramiro, F. S., Lombardi-Júnior, I., Silva, R. C. B., Montesano, F. T., Oliveira, N. R. C., Diniz, R. E. A. S., Alambert, P. A., & Padovani, R. C. (2014). Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia: um estudo comparativo. Revista Brasileira de Reumatologia. 54(1), 27-32.

Rizvi, S.J., Grima, E., Tan, M., Rotzinger, S., Lin, P., Mcintyre, R. S., & Kennedy, S. H. (2014). Treatment-resistant depression in primary care across Canada. Can J Psychiatry. 59(7), 349-357. https:// doi:10.1177/070674371405900702.

Ruscio, A.M., Hallion, L.S., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Almeida, J. M. C., Demyttenaere, K., Florescu, S., Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., …, Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. JAMA Psychiatry. 74(5),465-75.

Rybak, Y.E., Lai, K.S.P., Ramasubbu, R., Vila-Rodriguez, F., Blumberger, D. M., Chan, P., Delva, N., Giacobbe, P., Gosselin, C., Kennedy, S. H., Iskandar, H., Mclnerney, S., Ravitz, P., Sharma, V., Zaretsky, A., & Burhan, A. M. (2021). Treatment-resistant major depressive disorder: Canadian expert consensus on definition and assessment. Depress Anxiety. 38(4):456-67. https:// doi:10.1002/da.23135.

Santini, Z.I., Koyanagi, A., Stewart-Brown, S., Perry, B.D., Marmot, M., & Koushede, V. (2021). Cumulative risk of compromised physical, mental and social health in adulthood due to family conflict and financial strain during childhood: a retrospective analysis based on survey data representative of 19 European countries. BMJ Global Health. 6(3), 1-19.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023a). Terapia de Reprocessamento Generativo: abordagem terapêutica alternativa e transformadora no tratamento de problemas da mente. In: Revista Medicina Integrativa. https://revistamedicinaintegrativa.com/?s=trg.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023b). Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Uma Abordagem Eficaz para Transtornos Mentais. In: I Congresso Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental na Atenção Básica, Curitiba, Paraná, p.41.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023c). Transformação Psicossocial: Como a TRG Resgatou uma Paciente com Depressão, Ansiedade e Ideação Suicida. In: I

Congresso Internacional – Saúde Mental na Contemporaneidade: Diálogos sobre o Tema Suicídio, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023d). Depression, Anxiety, and Suicidal Ideation: A Case Resolved by Generative Reprocessing Therapy (TRG). In: 4th International of Integrative Medicine, Porto, Portugal.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023e). Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. RevSALUS. 5 (3), 1-12.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023f). Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Melhoria da Qualidade de Vida de Paciente com Fibromialgia. In: 16th International Congress of Clinical Psychology, Córdoba, Espanha. Advances in Clinical Psychology, 3. p.245.

Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2024). Repensando a saúde mental: o potencial transformador da terapia de reprocessamento generativo. Revista Psicologia, Saúde e Doenças, 25, Almada, Portugal, p.102-3.

Santos, J.S., Lima-Verde, J.B., & Miranda, M.E.L.C. (2023). Generative Reprocessing Therapy (TRG): A Promising Approach in Mental Health. In: 11th European Conference in Mental Health (ECMH), Ljubljana, Eslovênia, p.175.

Seijo, C., & Barrios, L. (2012). El cerebro triuno y la inteligencia ética: matriz fundamental de la inteligencia multifocal. Revista Praxis 8, 147 – 65.

Soares, B., Kanevsky, G., Teng, C.T., Pérez-Esparza, R., Bonetto, G. G., Lacerda, A. L. T., Uribe, E. S., Cordoba, R., Lupo, C., Samora, A. M., & Cabrera, P. (2021). Prevalence and Impact of Treatment-Resistant Depression in Latin America: a Prospective, Observational Study. Psychiatr Q. 92(4), 1797-815. https:// doi:10.1007/s11126- 021-09930-x.

Soares, J. (2021). Terapeuta de Resultados - Relatos incríveis de vidas transformadas. Sodré Gráfica e Encadernadora Ltda, Vitória/Brasil, 287p.

Soares, J. (2022). O Poder de Transformação da TRG - Terapia de Reprocessamento Generativo. Sodré Gráfica e Encadernadora Ltda, Vitória/Brasil, 226p.

Souza, J. B., Bourgault, P., Charest, J., & Marchand, S. (2020). Effectiveness of the interactional and interdisciplinary school of fibromyalgia: a long-term randomized control study. Br J P. 3(2):105-12. https:// DOI 10.5935/2595-0118.20200019.

Viegas, C. R. (2016). Efeito placebo: a intervenção do farmacêutico. Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade do Algarve.

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-5. J Abnorm Psychol. 114(4), 522-36.

Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res. 62(5):600–610.

ISBN: 978-628-95101-6-4

RESEÑA AUTORES

JAIR SOARES DOS SANTOS

Brasileño, es psicólogo y doctorando en Psicología por la Universidad de Flores (UFLO) en Argentina. Es el desarrollador de la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) y presidente del Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) ubicado en la ciudad de Recife, Brasil. Ha estado perfeccionando esta técnica desde 2010 y actualmente cuenta con más de 40 mil alumnos que ejercen como terapeutas TRG en Brasil y en el mundo. Fundó el Departamento de Investigación del IBFT en el año 2023 y ha publicado varios trabajos que muestran la eficacia de la TRG en la resolución de problemas emocionales, como depresión, ansiedad, fibromialgia, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, entre otros. Además de su participación en numerosos congresos, ha publicado los siguientes artículos científicos con su equipo: 1. Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. RevSALUS. 5 (3), 1-12, 2023; 2. Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. *J Neurol Stroke*. 14(1):12–15, 2024; 3. Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC*, 15(28), 1-18. http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008 2023; 4. Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. *Journal of Neurology & Neuropsychiatry*. 1, 5–7, 2024. Também é autor dos seguintes livros sobre

TRG: Terapeuta de Resultados - Relatos incríveis de vidas transformadas (2021) e O Poder de Transformação da TRG - Terapia de Reprocessamento Generativo (2022).

JULIANA BEZERRA LIMA-VERDE

Brasileña, es terapeuta de Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) y doctoranda en Psicología por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) en Argentina. Actualmente se desempeña como directora científica del Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) ubicado en la ciudad de Recife, Brasil. Además de su participación en varios congresos, ha publicado los siguientes artículos científicos con su equipo: 1. Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. RevSALUS. 5 (3), 1-12, 2023; 2. Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. *J Neurol Stroke*. 14(1):12–15, 2024; 3. Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC*, 15(28), 1-18. http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008 2023; 4. Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. *Journal of Neurology & Neuropsychiatry*. 1, 5–7, 2024.

ISBN: 978-628-95101-6-4

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer al Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) por el apoyo financiero y tecnológico brindado para la ejecución de este y otros proyectos.

CAPÍTULO SEXUALIDAD

ISBN: 978-628-95101-6-4

TABLA DE CONTENIDO CAPÍTULO SEXUALIDAD

ESTIGMA INTERNALIZADO: EXPERIENCIAS SOBRE LA DIVERSIDAD SEXUAL DE JÓVENES UNIVERSITARIOS EN EL NORTE DEL CAUCA **632**

ANGELA YANETH MOLINA VIAFARA 632

FACTORES DE RIESGO MANTENEDORES DE UNA MUJER VIOLENTADA SEXUALMENTE POR SU PAREJA DURANTE LA RELACIÓN DE NOVIAZGO **675**

LAURA MELISA PALACIOS GARCÍA 675

ENSEÑAR SOBRE SEXUALIDAD UNA EXPERIENCIA PARTICIPATIVA **707**

JUANITA BEJARANO CELIS 707

FORO RADIOFÓNICO INCLUSIVO (PCD, EQUIDAD DE GÉNERO) RADIO ANAHUAC 1670AM **740**

SANDRA LUZ ESPINOSA ZAMUDIO 740

IMPORTANCIA DE LOS PADRES EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL **768**

MELISSA JUDITH ORTIZ BARRERO 768
DIANA CECILIA PUENTES PUENTES 768

LA MÚSICA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL **793**

ÁNGELA GISSELLE LOZANO RUIZ 793
SANTIAGO NARANJO PADILLA 793

PREVALENCIA DEL ACOSO SEXUAL UNIVERSITARIO. APLICACIÓN DE LA ENCUESTA ASIES EN UNA UNIVERSIDAD PRIVADA ECUATORIANA **816**

GRACIELA RAMÍREZ I 816
NATHALIA QUIROZ DEL POZO 816

ESTIGMA INTERNALIZADO: EXPERIENCIAS SOBRE LA DIVERSIDAD SEXUAL DE JÓVENES UNIVERSITARIOS EN EL NORTE DEL CAUCA

INTERNALIZED STIGMA: EXPERIENCES ON SEXUAL DIVERSITY OF YOUNG UNIVERSITY STUDENTS IN NORTHERN CAUCA

Angela Yaneth Molina Viafara
Fundación Universitaria de Popayán
Semillero Afrodita
Colombia

Investigación de Campo

RESUMEN

Históricamente la comunidad LGBTIQ+ ha formado parte de una minoría y serie de grupos marginados socialmente, situación proveniente de la organización estructural de un sistema patriarcal hegemónico que, a partir del amedrentamiento desde la moral y la religión, determinan el ser y actuar de los seres humanos, refiriendo castigos de exclusión social a quienes transgreden los estándares dictaminados en cada una de las culturas, generando la expresión, socialización y mantenimiento de una violencia normalizada en diversos escenarios como la familia, la educación, la religión, las relaciones interpersonales, el trabajo, etc. Por ello, se busca reconocer el discurso

universitario sobre la orientación e identidad sexual en sujetos con diversas variantes del ser de una Institución Universitaria en el Norte del Cauca, mediante una investigación cualitativa de tipo exploratorio, descriptivo e interpretativo, a través del método de estudio de casos múltiples con características fenomenológicas, donde se aplica una entrevista en profundidad y la observación directa-participante a 6 sujetos estudiantes de distintos programas de pregrado de una Institución Universitaria del Norte del Cauca. Los resultados dejan ver que, las dimensiones simbólicas y culturales relacionadas con la orientación e identidad sexual reflejan cómo las construcciones sociales relacionadas a la sexualidad influyen en la vida de los sujetos, promoviendo una cultura que prioriza la heterosexualidad, perpetua estigmas y situaciones de violencia simbólica, manifestada a través de comentarios despectivos y actitudes de exclusión que impactan negativamente la experiencia académica de los estudiantes con diversas orientaciones sexuales; sin embargo, se evidencian en los estudiantes, estrategias de autocuidado, búsqueda de apoyo psicológico y fortalecimiento de redes de apoyo para mitigar el malestar psicológico relacionado con las dinámicas sociales estigmatizantes.

PALABRAS CLAVES

Estigma internalizado; violencia simbólica; diversidad sexual; percepción y experiencias; jóvenes universitarios.

ABSTRACT

The purpose of this study is to recognize the university discourse on sexual orientation and identity in subjects with different variants of being from a University

Institution in Northern Cauca; since the LGBTIQ+ community has historically been part of a minority and series of socially marginalized groups, situation arising from the structural organization of a hegemonic patriarchal system that, through intimidation from morality and religion, determines the being and acting of human beings, assigning punishments of social exclusion to those who transgress the norms dictated in each of the cultures, generating the expression, socialization and maintenance of normalized violence in various areas such as family, education, religion, interpersonal relationships, work, etc. For this reason, qualitative research of exploratory, descriptive and interpretive type is carried out, through the method of multiple case study with phenomenological characteristics, through in-depth interviews and direct participant observation, with 6 student subjects from different undergraduate programs from a University Institution in Northern Cauca. The results show that the symbolic and cultural dimensions related to sexual orientation and identity reflect how social constructions related to sexuality influence the lives of subjects, promoting a culture that prioritizes heterosexuality, perpetuates stigmas and situations of symbolic violence, manifested through derogatory comments and exclusionary attitudes that negatively impact the academic experience of students with diverse sexual orientations; however, students demonstrate self-care strategies, search for psychological support, and strengthening of support networks to mitigate psychological discomfort related to stigmatizing social dynamics.

KEYWORDS

Internalized stigma; symbolic violence; sexual diversity; perception and experiences; young university students.

ISBN: 978-628-95101-6-4

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se desarrolla en un contexto que demanda una mayor inclusión y visibilidad para las minorías sexuales, específicamente la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transgéneros, transexuales, intersexuales, queer, entre otras identidades y/o expresiones de la sexualidad (LGBTIQ+), que continúa enfrentando desafíos significativos en diversos ámbitos sociales, incluidos los espacios educativos. En estos entornos, la heteronormatividad y el sistema patriarcal dominante limitan la plena aceptación de la diversidad sexual y fomentan la violencia simbólica, lo cual afecta profundamente la salud mental y el bienestar de los sujetos involucrados.

El problema central abordado son las manifestaciones de violencia simbólica hacia personas con diversas orientaciones e identidades sexuales en el ámbito educativo. Aunque se han implementado avances legislativos y políticas públicas de inclusión, esta forma de violencia persiste en las instituciones educativas. Diversos estudios (Choi et al., 2019; Colombia Diversa, 2019; 2020) evidencian que la violencia simbólica se expresa mediante actitudes sutiles como el rechazo, los prejuicios y la discriminación indirecta, lo que impacta negativamente la vida de los estudiantes con diversidad sexual, afectando su rendimiento académico y su salud mental, reflejándose en ansiedad, depresión, ocultamiento de su identidad y conflictos relacionales.

Este estudio, busca reconocer el discurso universitario sobre la orientación e identidad sexual de los estudiantes, identificando las representaciones simbólicas y culturales que lo sustentan. Además, se pretende explorar cómo estas actitudes hacia la diversidad sexual se manifiestan en el entorno educativo y comprender las dimensiones

subjetivas que experimentan los estudiantes en sus relaciones cotidianas. De este modo, se analiza cómo estos discursos influyen en la construcción de su identidad y la significación que hacen de sí mismos.

Abordar esta temática resulta relevante dado que, a nivel global, la comunidad LGBTIQ+ continúa siendo víctima de discriminación y violencia, lo que afecta su bienestar físico y mental. De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2022), es crucial erradicar la violencia simbólica y la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que buscan promover la igualdad y eliminar la violencia que perpetúa la invisibilidad y el sufrimiento de estas comunidades.

En Colombia, el Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2020) señala que el 30,7% de mujeres y el 33,5% de hombres estudiantes LGBTIQ+ han experimentado algún tipo de discriminación en los entornos educativos, lo cual es alarmante, considerando que estos espacios deben ser inclusivos y libres de violencia. Aunque existen políticas de protección, como indican estudios de Colombia Diversa y Sentido (2016), su implementación no siempre es efectiva, perpetuando ciclos de exclusión y estigmatización. Por ello, surge la pregunta: ¿Cuál es el discurso universitario sobre la orientación e identidad sexual en una institución del Norte del Cauca?

Comprender este discurso permite visibilizar las experiencias de aquellos que, a menudo, son víctimas de violencia simbólica y exclusión en los entornos educativos, contribuyendo a los ODS, específicamente en la promoción de una educación inclusiva y equitativa (ODS 4) y la construcción de sociedades inclusivas y justas (ODS 16). Así,

ISBN: 978-628-95101-6-4

este estudio ofrece un marco para analizar críticamente las políticas educativas y su implementación en contextos multiculturales, como el Norte del Cauca, una región diversa donde conviven identidades étnicas y culturales.

El estudio se apoya en la accesibilidad a la población objetivo, que son estudiantes universitarios, y adopta una metodología cualitativa que permite profundizar en sus narrativas y experiencias subjetivas. No obstante, se reconocen limitaciones en cuanto a la capacidad de generalización, puesto que, no se enfoca en conocer a grandes rasgos quienes están siendo afectados, sino en conocer las experiencias particulares de algunos sujetos.

Esta investigación se lleva a cabo en una institución universitaria del Norte del Cauca, una región caracterizada por su diversidad cultural, donde coexisten poblaciones indígenas, afrodescendientes y mestizas. Aunque se han realizado esfuerzos para implementar políticas inclusivas, el entorno aún es testigo de exclusión y estigmatización hacia personas con diversas orientaciones sexuales. Las tensiones generadas por ideologías influenciadas por discursos religiosos y conservadores, hacen de este contexto un escenario adecuado para analizar cómo los estudiantes enfrentan estas dinámicas de poder en su vida diaria.

Los hallazgos de esta investigación contribuyen al plano académico al enriquecer la comprensión teórica de la violencia simbólica y las construcciones socioculturales de la sexualidad y el género en los contextos universitarios. Asimismo, ofrecen insumos para el diseño de políticas educativas más inclusivas, que no solo promuevan la aceptación de la diversidad sexual, sino que también aborde las formas de violencia simbólica

presentes en los espacios educativos, con especial atención en el contexto multicultural del Norte del Cauca.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El presente marco teórico, muestra la sexualidad como una construcción sociocultural que puede adquirir cambios de acuerdo al contexto y la época; además de hacer visible la concepción y significado que se le ha dado al cuerpo culturalmente, la representación y asignación social que tiene el género, la concepción de esquema e imagen corporal, la violencia simbólica y los procesos de inclusión en los escenarios académicos; situación de gran relevancia, puesto que, la violencia simbólica es transmitida mediante la estigmatización encubierta hacia quienes transgreden la normatividad sexual y “naturalizada” afectando e influyendo en la posición subjetiva, la comprensión de sí mismos, la actitud, la forma de afrontamiento y relacionamiento con los otros en el ámbito educativo y demás entornos sociales.

De este modo, conceptos universales como el sexo, el género, la identidad sexual, la orientación y demás, corresponden a una serie de construcciones sociales e históricas de la sexualidad, guiadas por las relaciones y la interacción dentro de la cultura pre-establecida en la sociedad (Bárcenas, 2021; Gómez y Miano, 2006). A partir de dichas bases conceptuales, la sociedad establece discursos y dispositivos con el objetivo de controlar la sexualidad y garantizar la procreación mediante la promoción de la heterosexualidad, lo cual es posible con el apoyo y la participación del sistema educativo, donde se transmiten códigos de comportamientos, de vestimenta, normas y sanciones

ISBN: 978-628-95101-6-4

que conllevan a la represión social de los sujetos adoptada desde sus primeras etapas de vida (Villalobos, 2023).

De esta manera, la escuela y la cultura en representación social, adquiere un componente importante que influye en la percepción individual y social que los sujetos construyen sobre la sexualidad humana, la relación sexo/género, los roles de género, la identidad sexual, el estigma hacia lo que transgrede la norma y la violencia simbólica expresada hacia quienes no se identifican con la heteronormatividad, el binarismo de género, la heteroparentalidad, entre otros (Villalobos, 2023).

Por ello, la cultura como resultado de la experiencia personal, la memoria colectiva y las prácticas que se objetivan dentro de un espacio geográfico, han llevado a comprender la sexualidad más allá de lo natural y biológico, entendiéndola así, como un producto histórico y social, el cual es indispensables en la formación de la identidad de los sujetos y su actuación social (Collignon, 2009; Gómez y Miano, 2006).

Igualmente, Foucault (citado por Arenas y Restrepo, 2023), menciona que la sexualidad no solo es una experiencia individual sino también colectiva, cuya solidez es adquirida y mantenida mediante la dinámica cultural, donde se socializan un conjunto de reglas que aprueban y desaprueban los actos realizados en la práctica sexual pública y privada, entretejiendo la identidad y el placer de los sujetos, es decir, dando a conocer sus gustos y formas de satisfacción en el ámbito sexual con ciertas restricciones en relación a la normativa social, donde se intenta regular la experiencia y la expresión de la sexualidad.

CAPITULO SEXUALIDAD

Berger y Luckmann (1986), aluden que, culturalmente se han establecido una tipificación y significantes con relación al ser hombre y ser mujer, procesos que son externalizados constantemente en las relaciones sociales que mantienen los sujetos y luego se objetivan e internalizan, por tanto, cada persona actúa de acuerdo con el “guion comportamental” que fabrica la sociedad, el cual adquiere valor y es poco cuestionable debido a su característica de “naturalidad”.

Con respecto a esto, la relación que existe entre sexualidad y cultura, hace que la sexualidad no sea una concepción estática, permitiendo que se movilice al igual que se cuestionan, transforman y evolucionan las creencias culturales en los diferentes contextos a través del tiempo y su recorrido histórico, dando a entender que, un pequeño cambio en una determina cultura tiende a generar un efecto dominó que afecta e influye otras culturas mediante su interacción (Collignon, 2009; Perdomo, 2018; Villalobos 2023).

De esta forma, se ha logrado generar la inclusión de orientaciones e identidades sexuales no tradicionales, el reconocimiento de sus derechos y la visibilización de las minorías sexuales en territorios conservadores, donde el pilar religioso tiene el poder y aprueba la sexualidad exclusivamente con fines reproductivos.

Ahora bien, espacios de socialización como la familia, las instituciones educativas, los medios de educación y demás entornos, permiten la construcción y transmisión social de discursivas y códigos culturales que, desde la jerarquización, organizan las estructuras sociales y dictaminan los comportamientos y expectativas comportamentales que son aprendidas y asumidas como propias, adquiriendo validez y

ISBN: 978-628-95101-6-4

legitimidad a través de la interacción dentro de la sociedad, un ejemplo de ello, es la heteronormatividad instruida desde los hogares y reforzada a través de la educación basada en el binarismo de género en los entornos educativos, donde se construyen una serie de dimensiones que definen la feminidad y la masculinidad (Martínez y Ramírez, 2017).

Según Avendaño et al. (2021), en las instituciones educativas prevalecen las dinámicas de exclusión, rechazo y violencia, debido a que dentro de las enseñanzas tradicionales se encubren y comparte la estigmatización hacia ciertas minorías sociales, de forma indirecta soportan y socializan lo que se conoce como violencia simbólica, la cual, de acuerdo con Bourdieu (2000), implica concebir las expresiones de violencia desde el escenario simbólico en el que la sociedad ha construido una estructura jerárquica que enlaza, justifica y normaliza acciones de violencia acompañadas de significados culturales que coadyuvan a mantener el orden social, el poder y la dominación.

Así, “ser diferentes empieza a ser instrumento de descontento social” (Parra y Ramos, 2012, p.11), lo que permite la producción, mantenimiento y reproducción de la violencia simbólica, donde el sistema educativo propicia el escenario idóneo para intercambios intersubjetivos, en el que se instruyen a los sujetos sobre los roles de género asumidos dentro del sistema binario hegemónico (Ruíz y Evangelista, 2020), convirtiéndose en una institución sociopolítica designada a mantener y modificar los discursos culturales de forma legítima, normal y naturalizada mediante la aplicación de correctivos (Arenas y Restrepo, 2023; Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2017).

CAPITULO SEXUALIDAD

En su intento por establecer el comportamiento de los seres humanos con respecto a la sexualidad, las instituciones educativas se convierten en un escenario de violencia invisibilizada, en el que se originan acciones de tocamientos, acoso sexual, insultos, intimidación, ocultamiento y violencia física, ocasionando la violación de derechos humanos y múltiples afectaciones de tipo emocional y psicológico en el que se desencadena sintomatología depresiva y ansiosa (Gonzáles, 2019; Guevara y Aranda, 2019; Ruíz y Evangelista, 2020).

Por tal motivo, la violencia simbólica desde las instituciones educativas se convierte en una problemática de orden social, en la que desde las ciencias jurídicas y de derecho realizan políticas públicas de inclusión, protocolos de violencia y normativa asociada al cumplimiento y respeto de los derechos humanos y la no vulneración, con el objetivo de generar mayor bienestar y transformaciones sociales que direccionen a procesos de igualdad de oportunidades, tolerancia y respeto a la diferencia, dignificando la vida de los sujetos, quienes históricamente han sido violentado dentro de una sociedad dogmática, que mediante discursos y narrativas estigmatiza, excluye y transgrede a las minorías sociales por sus elecciones personales (Avendaño et al., 2021; Gonzáles, 2019).

Desde las Políticas Públicas se busca transformar la educación y la estructura política, posibilitando la disminución y eliminación de brechas que durante años han generado clasificaciones asociadas a prácticas discriminatorias (Gonzáles, 2019); puesto que, como menciona Bourdieu y Passeron (1990), la educación y el sistema en sí, es un escenario de aprendizaje y transmisión de conocimientos, por tanto, si se genera

ISBN: 978-628-95101-6-4

y se emplea una metodología reflexivo-critica que permita al sujeto pensarse y cuestionarse sobre las diferentes construcciones socioculturales que se reproducen constantemente, se logra transformar el pensamientos, las dinámicas sociales y las formas en las que se relacionan las personas en la sociedad.

Por otra parte, actualmente la comunidad LGBTIQ+ y las diferentes variantes sexuales y del ser, han posibilitado la inclusión en diversos escenarios de orden público y privado, no obstante, Veiga & Lopes (2007, como se citó en Arenas y Restrepo, 2023) enuncian que:

La igualdad de acceso no garantiza la inclusión y, en la misma medida, no quita la sombra de la exclusión. Como ya hemos comentado, la inclusión y la exclusión se dan dentro de la norma; y, en la medida en que esto se dé por sentado, esas operaciones de clasificación -aproximación, comparación y clasificación y cumplimiento de especificidades -parecen naturalmente necesarias. (p. 959)

En este sentido, la violencia emitida hacia los sujetos con diversas orientaciones e identidades sexuales, al ser receptores de discursos descalificantes y actitudes de exclusión implícita y explicita, internalizan los prejuicios que conllevan a percibirse y experimentar sus cuerpos de forma problemática, en la que se afecta la autopercepción de la imagen corporal, su bienestar emocional y psicológico, el desarrollo personal y la integración social al verse coaccionados a privilegiar las identidades sexuales tradicionales (Bonilla et al., 2023).

En relación con ello, Merleau-Ponty (1945), refiere que el cuerpo es un vehículo que cada sujeto posee para movilizarse, ser y hacer en el mundo, enlazado por un esquema sexual e individual que adquiere significación mediante un mapa de zonas erógenas, por ello, la sexualidad no debe ser comprendida de forma aislada al organismo, sino más bien integrada, puesto que es intencionada e influye en la adquisición y desarrollo de una serie de estructuras comportamentales en su relacionar con otros sujetos y el mundo que le rodea más allá del reconocimiento de la genitalidad de los cuerpos, donde el cuerpo no desarrolla un papel exclusivamente como objeto o sujeto, pues en la interacción relacional puede constituirse desde ambas posiciones según el momento.

Con respecto a ello, en lo concerniente al cuerpo y su percepción, surge el denominado esquema corporal, el cual, Dolto (1986) denomina como “una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico” (p. 18); en cuya realidad se hacen visibles experiencias y vivencias desarrolladas y emitidas desde la corporalidad, las cuales dependerán de la completud y de la integridad del organismo, es decir, como se encuentra el cuerpo del sujeto a nivel anatómico, fisiológico y neurológico.

Por tanto, si alguna de las partes que le componen no se encuentra presente o carece de un oportuno desempeño funcional, la imagen corporal, es decir la autopercepción del sujeto, es invalidada, tiende a distorsionarse y es descrita desde una visión patológica. Sin embargo, aunque el esquema corporal se encuentre incompleto o enfermo, la imagen corporal puede ser validada desde el componente emocional

ISBN: 978-628-95101-6-4

transmitido por las figuras paternas y/o cuidadores, permitiendo que el sujeto despliegue una estructura de cuerpo sano y desarrolle sus capacidades y habilidades en la misma medida que otro sujeto que se encuentre plenamente sano y completo (Pereira, 2012).

El esquema corporal permite entonces establecer una dinámica que hace constar que el cuerpo está, hace parte del mundo y entrelazándose a la sexualidad constituye en el sujeto su relación con este, donde interacciona con los demás y construye su propia historia, por tal motivo, en casos donde se halle anulada la utilización adecuada del esquema corporal, los sujetos construirán una imagen corporal negativa sobre sí mismos y sus capacidades para realizar ciertas tareas en el mundo (Pereira, 2012).

Así, la imagen corporal que posea el sujeto dependerá de sus historias, experiencias e internalización de las mismas, pues se encuentra ligada al componente emocional, y puede ser denominada según Dolto (1986) como una “encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante” la cual comienza a edificarse desde la concepción, manteniendo inconscientemente todas las memorias del sujeto con relación a sus vivencias relacionales, hasta el momento actual donde cada intento de comunicación o evitación con el otro alimentan la imagen del sí mismos.

Ahora bien, cabe destacar que, el esquema corporal se configura a través del aprendizaje y las experiencias, correspondiente al “cuerpo actual en la experiencia inmediata”, por tanto, evoluciona según el tiempo y el espacio, mientras que la imagen corporal es dada subjetivamente a partir de la comunicación en el mundo y la huella que dejan dichos discursos en el sujeto, enmarcado desde lo simbólico, que a su vez, es

conformada por “una imagen de base, una imagen funcional y una imagen de zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones”. (Dolto, 1986, p. 22)

En este sentido, la imagen de base hace referencia a una imagen estática que tiene el sujeto sobre sí, la cual es cambiante con relación a la exploración e interacción del deseo en las zonas erógenas del sujeto dirigido hacia otros conforme a su placer, mientras que la imagen funcional es aquella que mantiene el deseo de ser en el transcurso de la vida del sujeto (Dolto, 1986).

En este marco, Díaz y Rivas (2017), aluden que la cultura y las instituciones de orden social poseen cierta influencia en la percepción del esquema corporal que realiza cada sujeto, debido a que se establece como base la imagen biológica y a partir de este se establecen los símbolos que son naturalizados y posteriormente normalizados por el discurso social, donde Martínez-Barreiro (2004) enuncia que, dentro de estas dinámicas socioculturales el cuerpo y su expresión se encuentran limitadas y cohibidas por una serie de conductas enmarcadas en la cultura, las cuales deben seguirse, por tanto, lo que el cuerpo termina expresando es la presión social que debe soportar y sobrellevar ante las construcciones sociales y las transgresiones emitidas hacia sus deseos pulsionales a lo largo de su vida.

MARCO METODOLÓGICO

Se realizó una investigación cualitativa, de tipo exploratoria, descriptiva e interpretativa, a través del método estudio de caso múltiple con características

fenomenológicas, que mediante los discursos y narrativas critico reflexivas de los sujetos, permite percibir las emociones, experiencias y significados que subyacen de la interiorización de construcciones y representaciones socioculturales propias de cada contexto.

Los participantes de este estudio corresponden a seis (6) estudiantes universitarios de los programas académicos: Psicología, Trabajo Social, Licenciatura en Educación Artística y Cultural, Derecho e Ingeniería Industrial; los cuales fueron seleccionados por conveniencia, se encuentran entre los 18 a los 25 años (adolescencia tardía y adultez joven), con diferentes orientaciones e identidades sexuales elegidas propiamente por ellos desde su experiencia e identificación.

Para la recolección de información, se emplean tres (3) sesiones de Entrevista Clínica en profundidad y la observación directa-participante, como apoyo a los procesos narrativos que desde la subjetividad individual se manifiestan en el dialogo. Cabe resaltar que, para dar inició a dicho proceso, se socializaron y firmaron consentimientos informados por cada uno de los participantes; además para su identificación y protección de la misma, se establecen una serie de nombre ficticios que se emplean en la transcripción de la entrevista y la socialización de resultados, correspondientes a: Leyla, Elsa, Brenda, Ian, Santiago y Lilian.

ANÁLISIS

Se construye un diseño categorial hermenéutico, donde, a partir de los discursos de los seis sujetos participantes, se interpretan los resultados según las categorías teóricas: (1), la sexualidad como construcción sociocultural; (2), las instituciones educativas como espacio de creación, reproducción y reflexión; (3), cuerpo, esquema e imagen corporal. Posteriormente se establecen las categorías emergentes: (1), performance del género; (2), el estigma como castigo social ante la exposición del tabú; (3), violencia simbólica e inclusión sexual en el contexto educativo; (4), percepción y experiencias sobre la sexualidad; (5) comprensión de sí mismo; (6), formas de afrontamiento, mecanismos de defensa e inteligencia emocional.

PERFORMANCE DEL GÉNERO

Según Judith Butler (1998), el género se entiende como una serie de actos repetidos que generan la percepción de estabilidad en el entramado social. Con respecto a esto, los participantes relataron cómo las expectativas sociales sobre los roles de género afectan sus comportamientos y expresiones. En este sentido, mencionan que la cultura y la sociedad ejercen una presión para que se asuman los estereotipos y roles de género tradicionales.

Esta naturalización es vista como un proceso político que responde al miedo y la ansiedad transmitidos por las figuras de poder, y que, además, contribuye a la perpetuación de las representaciones de feminidad y masculinidad. En esta visión

ISBN: 978-628-95101-6-4

tradicional, la masculinidad debe representar dominio y fuerza, mientras que la feminidad se asocia con el cuidado de los sujetos y la sumisión.

Por otro lado, los participantes también señalaron que la heterosexualidad sigue siendo percibida como la norma social. Esto se destaca en los testimonios que refuerzan la presión cultural para ajustarse a este modelo. Ejemplos como “Lo normal en la sociedad es ser heterosexual” (Ian, SES1) evidencian cómo se considera que las relaciones entre hombres y mujeres son la única forma socialmente válida y natural de interacción. Asimismo, a la mujer se le asigna un rol tradicional de cuidadora, cuya responsabilidad es sostener el hogar y la familia, un papel históricamente vinculado a la sumisión y la reproducción (Lilian, SES1; Leyla, SES1).

Casos como el de Lilian, quien fue enseñada desde la infancia a mantener una relación subordinada con los hombres, reflejan la reproducción de la hegemonía patriarcal en las interacciones cotidianas. De manera similar, los testimonios muestran que los hombres, desde una perspectiva tradicional, deben ser proveedores, fuertes y emocionalmente contenidos (Ian, SES1; Lilian, SES1). Sin embargo, algunos participantes reconocen que esta concepción ha comenzado a cuestionarse, lo que sugiere un reconocimiento parcial de los cambios sociales respecto a los roles de género.

Foucault (citado por Butler, 1998) argumenta que el género es una construcción cultural vinculada a los intereses reproductivos de la sociedad. Esto se refleja en la consolidación de las relaciones heterosexuales como la única forma legítima de procreación. No obstante, los testimonios de los participantes sugieren que las concepciones sobre la sexualidad han evolucionado hacia una mayor aceptación del

placer y la intimidad, más allá de la mera reproducción (Meza, 2018). En este contexto, se señala que las diversas formas de expresión sexual deben ser respetadas, ya que influyen en la satisfacción personal y la calidad de vida.

Por otra parte, Butler (1998) propone que el género es performativo, es decir, se constituye a través de la repetición de actos que se perciben como naturales. Los testimonios de los participantes muestran cómo los roles de género se inculcan desde la infancia a través de la familia, la escuela y la religión, reproduciendo estereotipos que refuerzan la heteronormatividad (Elsa, SES2; Santiago, SES2).

Se observa finalmente que, algunos participantes han desafiado y trasgredido estas normas sociales, lo que reflejan una resistencia activa frente a las normas impuestas, pero también exponen a los sujetos a formas de castigo social como el estigma y el rechazo.

EL ESTIGMA COMO CASTIGO SOCIAL ANTE LA EXPOSICIÓN DEL TABÚ

Los resultados de la investigación reflejan que los participantes perciben y experimentan el tabú y la heteronormatividad como dispositivos sociales que regulan las conductas sexuales y de género, lo que genera consecuencias en la identidad y las relaciones interpersonales.

Freud (1913), explica que las sociedades establecen normas y prohibiciones para organizar la conducta de los sujetos, distinguiendo lo sagrado de lo prohibido. Esta dicotomía se traduce en prohibiciones que, surgen de la costumbre, la tradición y la ley,

ISBN: 978-628-95101-6-4

creando un sistema coercitivo que impone restricciones y sanciones, con la amenaza del castigo social si se accede a lo prohibido (Freud, 1913; Gutiérrez, 2023).

Los participantes revelan cómo el género y la orientación sexual son regulados por normas sociales derivadas de la religión y la moral, como señalan Ian y Santiago (SES1), quienes describen la influencia de las creencias religiosas en la construcción de la heterosexualidad como norma, relegando cualquier otra forma de sexualidad a lo “anormal” o “pecaminoso”. Este sistema de creencias organiza y clasifica las conductas humanas en lo aceptable e inaceptable.

El estigma, en este contexto, opera como un castigo social que desacredita a aquellos que transgreden las normas heteronormativas, exponiéndolos al rechazo y la violencia simbólica. En el estudio, los participantes manifestaron haber sufrido rechazo y comentarios despectivos al hacer visible su orientación sexual no normativa. El estigma es considerado un castigo impuesto por la sociedad hacia aquellos que rompen con el “tabú” de la heterosexualidad obligatoria. Este castigo se expresa en el rechazo social, el aislamiento familiar y la discriminación en entornos como la universidad o el trabajo.

En el caso de Elsa y Lilian, por ejemplo, fueron objeto de burlas y comentarios obscenos debido a su relación homosexual con otras mujeres. Este estigma social no solo afecta a nivel individual, sino que perpetúa un sistema de exclusión que castiga cualquier desviación de las normas establecidas.

Según Goffman (1968), este estigma se asocia a defectos del carácter o de conducta, como es el caso de la homosexualidad, vista como una desviación de la norma

social, donde los discursos revelan cómo el estigma se manifiesta a través de insultos y etiquetas degradantes, como “maricón”, “machona” torcida” “pecador”, lo que conduce a la exclusión social y, en algunos casos, a la violencia física.

Además, el temor a la violación del tabú y el estigma conduce a que muchas personas con una sexualidad diversa opten por ocultar su identidad sexual, adoptando vidas heteronormativas para evitar el castigo social. Como señala Elsa, algunas personas llegan a formar matrimonios heterosexuales y a tener hijos antes de “salir del clóset”, lo que refleja el poder coercitivo de la heteronormatividad (SES2).

La transmisión de los valores heteronormativos perpetúa los estereotipos de género y las expectativas sobre la sexualidad. Esto refuerza la idea de que la diversidad sexual, especialmente la homosexualidad, es inmoral, peligrosa y contagiable, como reflejan los discursos que asocian la homosexualidad con enfermedades como el SIDA o con desviaciones mentales que requieren una “cura” (Fonseca et al., 2021; Jiménez & Bahena, 2017).

Por último, se evidencia que los participantes interiorizan el estigma y el tabú, lo que genera conflictos internos y afecta su salud mental. El proceso de estigmatización y la lucha por cumplir con las normas sociales o enfrentarse al rechazo social se traduce en estrés psicológico y ansiedad (Martínez et al., 2022; Meyer, 2003).

ISBN: 978-628-95101-6-4

VIOLENCIA SIMBÓLICA E INCLUSIÓN SEXUAL EN EL CONTEXTO EDUCATIVO

La violencia simbólica, tal como lo señala Bourdieu (2000), se manifiesta de manera sutil a través de los mecanismos socioculturales que operan en distintos contextos, incluyendo el ámbito educativo. En este espacio, se refuerza la hegemonía sin necesidad de coerción física. Desde esta perspectiva, los estudiantes con variantes del ser en cuanto a su orientación e identidad sexual enfrentan expresiones de poder y exclusión que no siempre son evidentes, pero que se traducen en miradas, gestos y actos que los colocan en situaciones incómodas o de marginalización.

En cuanto a los testimonios de los participantes, estos revelan que, si bien no siempre se enfrentan a agresiones directas, el rechazo sutil está presente en el ambiente universitario. Por ejemplo, Ian y Santiago (SES3) reportan sentirse excluidos durante actividades académicas o en dinámicas de grupo, mientras que Lilian (SES3) menciona haber experimentado tanto rechazo como agresión verbal por parte de algunos compañeros. Estos actos, aunque discretos, forman parte de la violencia simbólica que configura las interacciones sociales y educativas, marcadas por la incomodidad y el distanciamiento hacia aquellos que no se ajustan a la norma heterosexual predominante (Avendaño et al., 2021).

Por otro lado, este tipo de violencia también está influenciado por creencias religiosas, las cuales actúan como mecanismos de control social que definen lo que se considera aceptable o no en términos de identidad y orientación sexual (Giddens, 2000). En este sentido, Ian (SES1) menciona que una compañera religiosa intentó corregir su

orientación y expresión sexual, reforzando la idea de que las creencias religiosas tradicionales pueden justificar la exclusión y el rechazo en entornos académicos.

A pesar de lo anterior, aunque los participantes reconocen que no existen políticas explícitas que actúen contra acciones discriminatorias en la institución educativa, también señalan la falta de medidas claras que promuevan la inclusión sexual. Leyla (SES3) indica que, si bien se percibe un ambiente relativamente abierto en la universidad, esta apertura no se traduce en políticas o prácticas inclusivas formales. Esto sugiere que, aunque la inclusión puede estar presente a nivel social, no siempre es respaldada por estructuras institucionales que garanticen la igualdad y el respeto hacia la diversidad sexual.

Así, la implementación de protocolos para abordar el estigma y la violencia simbólica ha ocurrido en ciertos casos, como relata Lilian (SES2), quien, junto a otras compañeras, experimentó una situación de acoso verbal por parte de otros estudiantes. Este caso fue gestionado por la institución mediante una conciliación, pero el manejo del problema pone de manifiesto que las respuestas tienden a ser reactivas y no preventivas.

PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD

El discurso universitario en torno a la orientación e identidad sexual ha influido de manera significativa en la forma en que los estudiantes con variantes del ser perciben y elaboran la significación de sí mismos. La sexualidad, comprendida en su complejidad y diversidad, ha sido culturalmente reducida a la atracción sexual y la conducta coital, una visión limitada que aún prevalece en muchos contextos, incluyendo el educativo (Aguilera

ISBN: 978-628-95101-6-4

et al., 2022; Silva-Brêtas et al., 2018). Según Meza (2018), esta reducción del concepto de sexualidad ha impactado las percepciones de los sujetos, quienes ven cómo se desvinculan otros aspectos fundamentales como el placer, la intimidad y la identidad de género, limitando una comprensión más rica y compleja de lo que significa la sexualidad humana.

Los participantes del estudio destacan que, aunque socialmente la sexualidad sigue siendo vista desde un enfoque centrado en el acto sexual, ellos buscan expresar y vivir su sexualidad desde una perspectiva más amplia y personal. Elsa, por ejemplo, relata cómo la bisexualidad no debería requerir una explicación constante o justificación, similar a cómo no se espera que las personas heterosexuales expliquen sus preferencias (SES1-2). Esto evidencia un conflicto entre las expectativas normativas de la sociedad y la autoidentificación que los sujetos con diversas variantes del ser elaboran a lo largo de su vida.

El discurso universitario no solo ha reforzado estereotipos relacionados con la orientación e identidad sexual, sino que ha sido una fuente de lucha y resistencia para aquellos que se identifican fuera de la heteronormatividad. La idea de ser “diverso” o “diferente” se asocia con una transgresión a las normas tradicionales, especialmente aquellas impuestas por discursos religiosos, morales y médicos que patologizan o estigmatizan las identidades sexuales no tradicionales (Espinoza & Rodríguez, 2020; Lucero, 2019). Leyla e Ian (SES1-2), al hablar de la diversidad, lo identifican como un rechazo social hacia quienes desafían las normas establecidas, reforzando la idea de

que “ser diverso” se traduce en vivir fuera de lo que la sociedad tradicionalmente considera normal.

Los participantes aluden que, la identidad sexual no se percibe como el resultado de un trauma, sino como un proceso de descubrimiento personal. Elsa y Lilian (SES2) comparten experiencias que demuestran que su orientación sexual fue algo que sintieron desde la infancia, y no un estado provocado por circunstancias externas. Este proceso de descubrimiento que los participantes señalan como personal, se encuentra influenciado por sus relaciones con otros y por la exploración de su identidad en diferentes entornos, incluidos los escenarios educativos y de medios digitales (Luisi, 2018).

El discurso universitario también juega un papel importante en la forma en que los estudiantes exploran y comprenden su identidad sexual. Leyla (SES2) menciona que, su exposición a materiales educativos, como podcasts y videos, le permitió profundizar en su autoconocimiento, algo que el sistema educativo tradicional no suele ofrecer. Este proceso de aprendizaje informal a través de fuentes alternativas revela la falta de un discurso inclusivo y comprensivo sobre la sexualidad en el ámbito universitario.

Asimismo, estudiantes como Santiago, prefieren mantener su orientación en privado para evitar comentarios negativos, lo que refleja la influencia que el rechazo social tiene en su comportamiento y percepción de sí mismos. Este conflicto entre autoaceptación y presión externa crea un ambiente emocionalmente perturbado, donde los participantes experimentan momentos de incertidumbre sobre cómo expresar su identidad sin enfrentar consecuencias negativas.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Por otro lado, se cuestionan los estereotipos que rodean la expresión de la identidad sexual, señalando que la forma en que se visten o actúan no necesariamente está vinculada a su orientación sexual o identidad de género. Leyla y Elsa (SES1-2), expresan que las expectativas sociales sobre cómo debe “verse” una persona lesbiana o bisexual son erróneas, ya que su identidad no se define por la apariencia física o la adherencia a estereotipos de género. Esta desconexión entre las expectativas sociales y la realidad personal es clave para comprender la manera en que los sujetos se significan a sí mismos y cómo desafían las construcciones tradicionales impuestas por el discurso dominante.

Finalmente, participantes como Elsa (SES1-2) y Santiago (SES2), indican que se sienten más cómodos y libres de expresar su identidad sexual en espacios donde se sienten aceptados y seguros, como con amigos cercanos o en entornos familiares donde ya conocen y respetan sus preferencias.

COMPRENSIÓN DE SÍ MISMOS

Según Urbano (2021), el cuerpo y su percepción se construyen a través de lo simbólico, donde el lenguaje y la experiencia sociocultural juegan un papel fundamental en la configuración de las subjetividades. Los participantes, al reflexionar sobre sí mismos, muestran una clara influencia de las expectativas sociales y los discursos culturales que afectan tanto su imagen corporal como la relación con su cuerpo.

Ian, por ejemplo, comunica sobre cómo su madre intentó cambiar su orientación sexual, lo que lo llevó a experimentar una profunda tristeza e incomodidad consigo

mismo. A medida que los participantes maduran y reflexionan sobre sus identidades, muchos logran aceptar quiénes son, pero el proceso es largo y difícil debido a la presión externa constante.

Del mismo modo, en muchos casos, el proceso que realizan los participantes para dotar de significado quiénes son, está mediado por una lucha entre las expectativas socioculturales y la autoaceptación. Leyla, Brenda y Elsa (SES2-3) destacan el proceso de aprender a valorarse a sí mismas y tomar decisiones sobre su cuerpo y vida sin buscar la aprobación externa, un claro reflejo de la importancia de la autonomía personal frente a los discursos normativos que intentan imponer roles de género o formas de ser. Sin embargo, la influencia de los estereotipos de belleza y las expectativas sobre la apariencia física siguen siendo una fuente de tensión, como lo mencionan Ian, Santiago y Lilian (SES2-3), quienes expresan inseguridades relacionadas con su aspecto físico, muchas veces generadas por los comentarios de su entorno.

Este proceso de autoconocimiento también está vinculado con la relación que los participantes mantienen con sus cuerpos. En varios casos, la percepción del propio cuerpo es fluctuante y depende del contexto o de las interacciones con otros. Leyla, Elsa y Brenda (SES2-3) destacan la importancia de amarse y aceptarse a pesar de las inseguridades, mientras que Ian, Santiago y Lilian refieren que sus percepciones son más inestables, a veces influenciadas por comentarios negativos que reciben sobre su apariencia física (SES2-3). Esto refleja la complejidad de la relación entre la identidad personal y el cuerpo, un espacio donde se encuentran las tensiones entre lo que se espera socialmente y lo que se desea ser.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Así, los comentarios sociales, en muchos casos, actúan como una herramienta de validación o rechazo, afectando la imagen corporal de los participantes. Como señala Elsa (SES2), aunque intenta mantener una autoimagen positiva, los comentarios ajenos, tanto positivos como negativos, pueden influir en su percepción de sí misma. Ian (SES2) menciona una dinámica similar, donde los halagos pueden elevar su autoestima, pero los comentarios críticos pueden hacer que su autoestima fluctúe. Esta influencia externa muestra cómo el discurso social, muchas veces arraigado en la universidad, puede consolidar o debilitar la percepción que elaboran los sujetos sobre sí mismos.

Por otro lado, cabe rescatar que, la relación con el cuerpo también se expresa en términos de autocuidado, tanto físico como emocional. Varios participantes destacan que el autocuidado mental es prioritario para ellos, ya que les permite mitigar los efectos de los comentarios negativos y manejar mejor las presiones sociales. Leyla, Brenda, Elsa y Lilian (SES2-3) resaltan la importancia de la terapia psicológica y el apoyo emocional como herramientas para construir una relación más positiva consigo mismas, mientras que Santiago e Ian (SES2-3) reconocen que aún tienen dificultades en desarrollar prácticas de autocuidado consistentes, tanto a nivel físico como emocional.

En último lugar, los participantes indican que el autoconocimiento es clave para aceptarse y sentirse satisfechos con su vida. Sin embargo, este proceso es continuo y está lleno de desafíos. Elsa (SES2-3) menciona que todavía está aprendiendo a poner límites y decir “no”, un reto personal derivado de su pasado complaciente. Santiago (SES2), por otro lado, describe su autopercepción como incierta y en constante cambio, lo que genera frustración y dificulta su capacidad para trazar metas claras.

FORMAS DE AFRONTAMIENTO, MECANISMOS DE DEFENSA E INTELIGENCIA EMOCIONAL

Los participantes refieren que enfrentar la vida con una orientación sexual o identidad de género diferente a las normas socioculturales establecidas requiere una serie de estrategias de afrontamiento, las cuales permiten mitigar los efectos del estigma y la discriminación. Estas estrategias, según Goffman (1959) y Lazarus y Folkman (1986), se configuran en un proceso dinámico donde las emociones, cogniciones y comportamientos de los sujetos se ven constantemente influenciados por las circunstancias internas y externas.

En primer lugar, los participantes mencionan que aceptarse a sí mismos y ser valientes frente a las situaciones de exclusión son elementos clave para sobrellevar los conflictos que surgen a raíz de su identidad o preferencia sexual. Leyla (SES1-3), por ejemplo, destaca la importancia de confiar en uno mismo y quererse, pues eso permite reducir el impacto de las críticas externas. Para ella, amarse se convierte en una forma de resistencia frente a los juicios sociales que privilegian la heterosexualidad como norma. Este proceso, aunque no exento de desafíos, es visto como una vía para reafirmar su identidad y mantenerse firme ante la presión social.

En contraposición, otros participantes, como Elsa (SES1-3), relatan una encrucijada emocional. Se sienten atrapados entre el deseo de agradar a los demás y la necesidad de ser auténticos. Elsa (SES2) describe cómo, al intentar ajustarse a las expectativas de diferentes grupos sociales, terminó perdiendo el sentido de quién era realmente. Este proceso la llevó a alejarse de muchas personas para centrarse en

ISBN: 978-628-95101-6-4

quienes la aceptan tal como es, destacando que su círculo social se redujo, pero que ganó en autenticidad y bienestar emocional. Esta búsqueda de congruencia entre el ser y el actuar revela cómo las estrategias de afrontamiento también implican un proceso de ajuste social, donde el sujeto decide con quién compartir su verdadero ser.

Por otro lado, las reacciones emocionales como la ira y la tristeza también se destacan como respuestas frecuentes ante el rechazo y la estigmatización. Ian (SES2), por ejemplo, menciona cómo la ira y el llanto son formas de desahogarse frente a la exclusión que experimenta debido a su orientación sexual. Estas emociones se relacionan con la frustración de no ser aceptado en ciertos espacios sociales, lo que genera un malestar significativo.

De manera similar, Lilian (SES1-3) también menciona que, ante situaciones de estigmatización o rechazo por parte de su familia, prefiere evadir las confrontaciones, evitando asistir a reuniones para no exponerse a comentarios homofóbicos. Santiago (SES1-3), por su parte, decide evitar todo tipo de confrontación sobre su identidad sexual, asumiendo una postura neutral en los distintos escenarios sociales, especialmente con su familia. Esta estrategia de evitación, que según Lazarus y Folkman (1986) es común para evitar conflictos, permite a los participantes lidiar con situaciones de malestar emocional temporalmente sin confrontaciones.

No obstante, algunos participantes optan por enfrentar activamente las situaciones de rechazo o discriminación. Elsa (SES1-2) relata cómo, ante los comentarios despectivos de su padre sobre su orientación sexual, decidió enfrentarlo directamente, reafirmando su identidad y rechazando sus críticas. Esta actitud de

confrontación, acompañada de una clara reafirmación de su identidad, no solo le permitió marcar límites, sino que también le proporcionó una forma de empoderamiento frente a las expectativas heteronormativas. Elsa menciona que responder de manera afirmativa a los comentarios negativos le ha permitido desactivar las críticas y reafirmar su identidad sin sentirse afectada por las opiniones ajenas.

Además, los participantes subrayan la importancia de contar con redes de apoyo emocional que les permitan sobrellevar los efectos del estigma y la exclusión. Leyla y Brenda (SES2) mencionan que su grupo de amigos ha sido fundamental en su proceso de aceptación, brindándole un acompañamiento para no dejarse afectar por los comentarios despectivos. De igual manera, Ian (SES2) señala que, a pesar de las críticas sociales, ha encontrado en sus amigos un refugio emocional que le ha permitido manejar mejor las situaciones de exclusión. Para Lilian, el apoyo de su pareja ha sido clave para afrontar el rechazo que experimenta en su entorno familiar, proporcionando un espacio seguro donde puede expresar sus emociones y recibir comprensión (SES1-3).

Es relevante señalar que, el proceso de afrontamiento no siempre implica la evasión o la confrontación directa, sino que también puede adoptar la forma de autocuidado emocional y mental. Leyla (SES2-3), por ejemplo, menciona la relevancia de la terapia psicológica como una herramienta para procesar las emociones y fortalecer su autoestima frente a los comentarios externos.

Mediante este proceso, los participantes no solo enfrentan los desafíos derivados de su identidad sexual, sino que también buscan formas de crecer y aprender, con el fin de mantener su bienestar emocional. En este sentido, la inteligencia emocional les

ISBN: 978-628-95101-6-4

permite no solo lidiar con la exclusión, sino también desarrollar una mayor resiliencia y autoafirmación de quienes son.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La investigación realizada ha permitido visibilizar las complejas dinámicas que envuelven la construcción de la sexualidad y el género, así como la forma en que los participantes experimentan estas dimensiones en un entorno académico y social permeado por la heteronormatividad. A partir de los resultados obtenidos, es posible destacar varios puntos que permiten comprender mejor el fenómeno estudiado.

En primer lugar, los hallazgos evidencian que la sexualidad y el género son construcciones socioculturales, tal como lo plantean Bárcenas (2021) y Gómez y Miano (2006). Estas construcciones se transmiten y perpetúan a través de normas y discursos profundamente arraigados en el sistema educativo, así como en otros entornos sociales como la familia y la religión (Villalobos, 2023). Los participantes del estudio reportaron sentir una presión constante para ajustarse a los roles y estereotipos de género tradicionales, además de adherirse a la heterosexualidad como norma. Este hallazgo refuerza las teorías de Foucault y Butler, quienes sostienen que tanto el género como la sexualidad son performativos, es decir, se construyen a través de actos repetidos y normas sociales impuestas.

Otro aspecto relevante es que la estigmatización y el rechazo hacia quienes transgreden estas normas se manifiestan principalmente a través de la violencia

simbólica. Este concepto, desarrollado por Bourdieu (2000), describe una violencia que, aunque sutil, tiene un impacto significativo en la vida de los individuos. En el contexto educativo, esta violencia se transmite de manera encubierta pero eficaz, generando sentimientos de exclusión y afectando la autopercepción y el bienestar emocional de los participantes (Avendaño et al., 2021). Los discursos recabados afirman que la violencia simbólica es expresada a través de miradas, comentarios despectivos y actitudes de exclusión, tal como lo describe la literatura.

A su vez, los resultados subrayan que los procesos de autoaceptación de los participantes se encuentran influenciados por los comentarios y las expectativas del entorno. Esto tiende a problematizar la percepción del propio cuerpo y de la identidad personal. Con respecto a lo referido por por Collignon (2009) y Dolto (1986), se observa que las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes varían entre la evitación de conflictos y la confrontación directa. Sin embargo, en todos los casos, el apoyo social y la terapia psicológica han sido elementos fundamentales para disminuir el impacto del estigma y la discriminación.

Asimismo, es importante señalar que, para futuras investigaciones, sería valioso explorar el papel de las políticas públicas y las intervenciones educativas en la creación de entornos educativos seguros y equitativos para sujetos con diversas orientaciones e identidades sexuales.

Por otro lado, teóricamente, los resultados reafirman y amplían las nociones de género y sexualidad como construcciones socioculturales, aportando nuevos ejemplos de cómo estas construcciones se manifiestan en la vida cotidiana y afectan a los

ISBN: 978-628-95101-6-4

individuos. Mientras que, en términos prácticos, se destaca la necesidad de crear entornos educativos inclusivos que no solo reconozcan la diversidad sexual, sino que adopten medidas reflexivo críticas de re-construcción social en el ámbito educativo y estrategias proactivas para prevenir y disminuir las consecuencias de la violencia simbólica y el estigma.

En cuanto al ámbito de la psicología clínica y educativa, los hallazgos también resaltan la importancia de ofrecer recursos y apoyo emocional a los jóvenes que enfrentan conflictos relacionados con su identidad sexual y de género. De esta manera, promover la inteligencia emocional y el autocuidado como estrategias de afrontamiento puede ser una herramienta clave en los programas de bienestar estudiantil.

No obstante, también se presentan algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. Al tratarse de un estudio cualitativo, los hallazgos se centran principalmente en las experiencias individuales y subjetivas, lo que limita la capacidad para establecer patrones universales. Además, la falta de acceso a una mayor diversidad de instituciones educativas superiores impidió obtener una visión más completa sobre cómo se abordan las cuestiones de género y diversidad sexual en distintos contextos educativos del Norte del Cauca.

BIBLIOGRAFÍA o REFERENCIAS

Aguilera, R. P., Sánchez, A. C., Andino, E. E., Llerena, Á. G., Torres, R. E. (2022). Percepción sobre la sexualidad en los estudiantes universitarios. *Revista Eugenio Espejo, 16*(1), 59-67. https://doi.org/10.37135/ee.04.13.07

Arenas, V., y Restrepo, J. A. (2023). Sexualidad y educación sexual desde la perspectiva Foucaultiana, un artículo de revisión. *Plumilla Educativa, 31*(1), 33-58. https://doi.org/10.30554/pe.1.4793.2023

Avendaño, W. R., Linares, M., y Morales, M. E. (2021). Violencia simbólica en instituciones de educación superior. Experiencia de docentes en una universidad pública. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 12*(1), 140-164. I: https://doi.org/10.21501/22161201.3392

Bárcenas, K. (2021). La violencia simbólica en el discurso sobre la “ideología de género” una perspectiva desde la dominación simbólica a través del pánico moral y la posverdad. *Intersticios sociales,* (21), 125-150. https://www.redalyc.org/journal/4217/421766332006/html/

Berger, P. L., y Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores.

Bonilla, C. I., Rivera, S., Velasco, P. W., y González, A. I. (2023). El significado psicológico de la homofobia. *Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, 9*(17), 225-252. https://doi.org/10.32776/arcsh.v9i17.354

Bourdieu, P. (2000). *Sobre el poder simbólico*. En Intelectuales, política y poder (A. Gutiérrez, Trad.). UBA/Eudeba

Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1990). *Reproduction in education, society and culture (Vol. 4)*. United Kingdom: Sage. https://monoskop.org/images/8/82/Bourdieu_Pierre_Passeron_Jean_Claude_Reproduction_in_Education_Society_and_Culture_1990.pdf

Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. M. Lourties (trad.). *Debate feminista, 18,* 296-314. https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80594

Choi, S.K., Divsalar, S., Flórez-Donado, J., Kittle, K., Lin, A., Meyer I. H., y Torres-Salazar, P. (2019). Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia: resultados de una encuesta nacional. *Los Ángeles, CA: The Williams Institute*, 1-89. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Academics/1912_C olombia_Report_Spanish_FINAL.pdf

Collignon, M. M. (2009). Construcción social de la sexualidad y el SIDA en el México Contemporáneo. *Renglones, Revista Arbitrada en Ciencias Sociales y Humanas,* (60), 1-15. https://rei.iteso.mx/xmlui/themes/Mirage2/bookview/template.html?path=/bitstream/handle/11117/248/maria_martha_collignon.pdf?sequence=2&isAllowed=y#page=1

Colombia Diversa. (2019). *¡Es ahora! Investigación de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de personas afrodescendientes e indígenas LGBT, en cinco municipios de Colombia*. https://colombiadiversa.org/colombiadiversa2016/wp-content/uploads/2019/05/Informe_Es_Ahora_2019_alta_fin-1.pdf

Colombia Diversa. (2020). *Nada que celebrar, informe de derechos humanos de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en Colombia 2020*. https://colombiadiversa.org/c- diversa/wp-content/uploads/2021/06/Nada_que_celebrar_cifras-asesinatos_personas_-LGBT_2020.pdf

Colombia Diversa y Sentiido. (2016). *Encuesta de clima escolar LGBT en Colombia 2016. Mi voz cuenta experiencias de adolescentes y jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y trans en el ámbito escolar*. https://colombiadiversa.org/colombiadiversa2016/wp-content/uploads/2016/11/IAE-Colombia-Web-FINAL-2.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (DNP, 2020). *Documento de diagnóstico sobre la situación de discriminación de la población LGBTI en Colombia*. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/Documentos/Diagnostico- sobre-situacion-discriminacion-de-la-Poblacion-LGBTI-en-Colombia.pdf

Díaz, N., y Rivas, F. (2017). Construcción social del cuerpo, co-constitución de opresiones y control-poder institucional: Elementos teóricos para el análisis del esquema corporal en mujeres Mapuche y no Mapuche de la región de la Araucanía. El aborto, un estudio de caso. *Revista Venezolana de estudio de la*

mujer, *22*(49), 115-151. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/14528

Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo* (I. Agoff, Trad.; 1a ed, castellana). Ediciones Paidós. (Trabajo original publicado el 1984).

Freud, S. (1913). *TOTEM Y TABÚ. Algunos aspectos comunes entre la vida mental del hombre primitivo y los neuróticos*. Amorrortu Editores. https://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/TOTEM%20Y%20TABU.pdf

Espinoza, M. A., y Rodríguez, J. R. (2020). Estudiantes LGBT+ y profesores universitarios. Prácticas de inclusión y exclusión en la educación superior. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación, 11*(2), 7-29. https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/vys/article/view/7719/8266

Fonseca de Freitas, D., Silva, C., & Coimbra, S. (2021). Discrimination and Mental Health: Mediation Effects of Coping Strategies in LGB and Heterosexual Youth. *Psykhe, 30*(1), 1-18. https://doi.org/10.7764/psykhe.2018.22185

Giddens, A. (2000). *Sociología*. Alianza Editorial. https://ifdc6m-juj.infd.edu.ar/aula/archivos/repositorio/0/140/Giddens-_Sociologia.pdf

Goffman, E. (1968). *Estigma: la identidad deteriorada.* Penguin Books.

Gómez, A. y Miano, M. (2006). Dimensiones simbólicas sobre el sistema sexo/género entre los indígenas zapotecas del Istmo de Tehuantepec (México). *Gazeta de Antropología, 22*(23). http://hdl.handle.net/10481/7102

Gonzáles, B. D. (2019). Educación LGB+. El derecho fundamental a educación básica contra la discriminación por orientación sexual. *IUS ET VERITAS*, (59), 28-55. https://doi.org/10.18800/iusetveritas.201902.002

Guevara, M. A., y Aranda, L. C. (2019). Revisión de literatura: Afectaciones psicológicas y discriminación por preferencia e identidad de género [Trabajo de grado de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repository UCC. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/15274/1/2019_afectaciones_psicolo gicas_discriminacion.pdf

Gutiérrez, J. (2023). Tabúes, prescripciones y presagios, según género, en Colpapampa-Vilcas Huamán. Arteritas. *Revista de Estudios Socioculturales Andino Amazónicos*, (13), 55-79. https://revistas.unsch.edu.pe/index.php/alteritas/article/view/512/404

Jiménez, J. D., y Bahena, M. (2017). Entre la ciencia y la cultura: La conformación de discursos médicos sobre la homosexualidad en el contexto del surgimiento del VIH/sida en Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos, 43*, 419-445. http://dx.doi.org/10.15517/aeca.v1i1.28906

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.

Lucero, J. (2019). Percepciones de la sociedad boliviana acerca de la comunidad LGBT. *Revista Orbis Tertius UPAL, 3*(5), 157-173.

https://libros.cecar.edu.co/index.php/CECAR/catalog/download/62/119/1724-1?inline=1

Luisi, V. (2018). Sexualidad, género y educación sexual. *Extramuros*, (17), 97-107. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7862367

Martínez-Barreiro, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Papers: Revista de *sociología*, (73), 127-152. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1075020

Martínez, C., Tomicic, A., Domínguez, M., y Spuler, C. (2022). Internalización del estigma en personas LGB: Análisis de su impacto sobre la salud mental y la búsqueda de ayuda psicoterapéutica en Chile. *Terapia Psicológica, 40*(1), 49-69. http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082022000100049

Martínez, I., y Ramírez, G. (2017). Des-patriarcalizar y Des-colonizar la Educación. Experiencias para una Formación Feminista del Profesorado. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social (RIEJS), 6*(2), 81-95. https://doi.org/10.15366/riejs2017.6.2.005

Martínez-Guzmán, A. y Íñiguez-Rueda, L. (2017). Prácticas Discursivas y Violencia Simbólica Hacia la Comunidad LGBT en Espacios Universitarios. *Paidéia, 27*(1), 367-375. https://www.scielo.br/j/paideia/a/4NmySrm55Hhgpn5y3RBqmmz/?format=pdf&lang=e

Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenología de la percepción*. https://monoskop.org/images/9/9b/Merleau-Ponty_Maurice_Fenomenologia_de_la_percepcion_1993.pdf

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*, 674– 697. http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Meza, J. A. (2018). *El tabú sexual más allá de la moral*. Universidad Santo Tomas. https://repository.usta.edu.co/handle/11634/10077

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2022). *A/77/235: Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, Víctor Madrigal Borloz.* https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/a77235-report-independent-expert-protection-against-violence-and

Parra, Y., y Ramos, L. A. (2012). *Huellas de la violencia simbólica en la población LGBT: Implicaciones sociales* [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios-UNIMINUTO] Repositorio Uniminuto. https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/1271

Perdomo, A. (2018). Signos de la construcción social de la sexualidad femenina. *Revista Venezolana de estudios de la mujer, 23*(50), 73-87. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7137176

Pereira, O. J. (2012). *Cuerpo e identidad. Estereotipos de género, estima corporal y sintomatología psiquiátrica en una población universitaria* [Tesis doctoral, Universidad Ramon Hull] Dialnet. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=103461

Ruíz, A. G., y Evangelista, A. A. (2020). LGBT-D en las trayectorias escolares: mecanismos cotidianos de vigilancia, castigo y reproducción en la escuela. La ventana, (52), 268-299. https://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v6n52/1405-9436-laven-6-52-268.pdf

Silva-Brêtas, J. R., Moraes, S. P., y Zanatta, L. F. (2018). Sexualidad y juventud: experiencias y repercusiones. *Alteridad revista de educación, 13*(2), 192-203. https://www.researchgate.net/publication/326001903_Sexualidade_e_juventude_experiencias_e_repercussoes

Urbano, C. A. (2021). *Devenires del Yo: constitución subjetiva, narrativas del sí mismo y re-significación identitaria*. Editorial Teseo. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/234699/CONICET_Digital_Nro.8b135ef6-dea8-4dd3-a589-f12622407308_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Villalobos, S. A. (2023). Desafíos, perspectivas críticas, y rol docente en la construcción social de la sexualidad en la escuela: una revisión sistemática de literatura. *Revista Educación las Américas, 13*(1), 1-16. http://portal.amelica.org/ameli/journal/248/2484774004/

RESEÑA AUTORA

ANGELA YANETH MOLINA VIAFARA

Psicóloga y joven investigadora del programa de Psicología de la Fundación Universitaria de Popayán. Entre las temáticas abordadas se encuentra la estigmatización, las violencias basadas en género y las construcciones sociales.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la Fundación Universitaria de Popayán (FUP), al Sistema del Investigación (SIDI) y al programa de psicología, que fueron quienes se encargaron de financiar, direccionar y supervisar el presente proyecto.

ISBN: 978-628-95101-6-4

FACTORES DE RIESGO MANTENEDORES DE UNA MUJER VIOLENTADA SEXUALMENTE POR SU PAREJA DURANTE LA RELACIÓN DE NOVIAZGO

RISK FACTORS THAT MAINTAIN A WOMAN WHO IS SEXUALLY VIOLATED BY HER PARTNER DURING THEIR DATING RELATIONSHIP

Laura Melisa Palacios García
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Rectoría Antioquia y Chocó
Sede Bello (Antioquia)
Programa Psicología

Investigación Cualitativa

RESUMEN

La violencia sexual en el noviazgo es una problemática necesaria de abordar en cuanto al malestar que genera alguno de los miembros de la relación al ejercer control en el otro, con el fin de generar un desgaste emocional abarcado en miedo, vergüenza, culpa o daño físico y psicológico. En esta investigación un gran número de mujeres, en todo el mundo sufren de violencia sexual en el contexto de pareja. Esta violencia es un problema salud pública y seguridad social. Dentro de esta problemática cometida por una persona que ha estado en una relación romántica o intima con la victima independientemente del sexo no merece ser hostigada en la duración de la relación o su

desarrollo social o emocional. El objetivo de la investigación está orientado a analizar los factores mantenedores en una mujer joven/adolescente violentada sexualmente por parte de su pareja durante el noviazgo. Esta investigación se desarrolla mediante un estudio de caso con enfoque cualitativo y alcance descriptivo donde se permitirá ahondar en el análisis de esta problemática.

PALABRAS CLAVE

Violencia sexual, mujer joven/adolescente, factores mantenedores, noviazgo, desgaste emocional, relación romántica, miedo, vergüenza, culpa, victima.

ABSTRACT

Sexual violence in dating is a problem that needs to be addressed in terms of the discomfort that one of the members of the relationship generates by exercising control over the other, in order to generate emotional exhaustion encompassed by fear, shame, guilt or physical harm. and psychological. In this research, a large number of women around the world suffer from sexual violence in the context of a relationship. This violence is a public health and social security problem. Within this problem committed by a person who has been in a romantic or intimate relationship with the victim, regardless of sex, they do not deserve to be harassed for the duration of the relationship or their social or emotional development. The objective of the research is aimed at analyzing the maintaining factors in a young woman/adolescent sexually violated by her partner during

courtship. This research is developed through a case study with a qualitative approach and descriptive scope which will allow us to delve deeper into the analysis of this problem.

KEYWORDS

Sexual violence, young woman/adolescent, maintaining factors, dating, emotional exhaustion, romantic relationship, fear, shame, guilt, victim.

INTRODUCCIÓN

La violencia en el noviazgo hace referencia a la violencia cometida por una persona que está o ha estado en una relación social de naturaleza romántica o íntima con la víctima y donde la existencia de dicha relación se determina, en los siguientes factores: la duración, él tipo y la frecuencia e interacción entre las personas involucradas en la relación (Benítez Camacho, 2017). Según, Rey Anacona (2008), se considera que esta forma de violencia incluye actos de agresión física como cachetadas, puños, patadas, empujones, sofocaciones, ataques con un arma, etc., así como agresiones verbales y emocionales, como intimidaciones; denigraciones; humillaciones; amenazas; llamar a la otra persona con nombres peyorativos, insultarla y devaluarla constantemente; culparla por situaciones negativas, minimizarla o ridiculizar sus necesidades, y realizar actos que puedan atentan contra sus derechos sexuales y reproductivos, como las relaciones sexuales forzadas, el uso del sexo como forma de presión y manipulación, y las críticas por el desempeño o la apariencia sexual. En ese sentido, el propósito de la siguiente ponencia es realizar una revisión desde la psicología

social a la relación de la violencia sexual en el noviazgo, donde la mujer es víctima por parte de su agresor siendo el mismo la pareja, para encontrar así desde la pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores de riesgo mantenedores de violencia sexual en una mujer entre los 12 y 29 años de edad violentada sexualmente por su pareja durante la relación de noviazgo?

De esta manera, la investigación brinda un interés importante en relación a analizar los fenómenos que enmarcan la violencia sexual en parejas jóvenes, en torno a la misma, la estructura familiar se encuentra como la fuente principal que inculca valores para la socialización del sujeto en la cultura; como objeto de ideas este proceso permite integrar en la niñez factores decisivos que generan tensión por las influencias del medio en la relación de las parejas jóvenes y adolescentes. según, Velásquez Rivera (2011), La violencia que se da desde la niñez es la semilla que en la vida adulta genera diversas manifestaciones, así como la incapacidad de resolución y negociación de conflictos en las relaciones interpersonales (P.41-42). (…) en medio del mismo, esta situación de violencia se hace crítica en la actualidad, porque se encuentra mayor relevancia en el origen del estilo de crianza, pues los padres aún desconocen los cambios de los tiempos antiguos a la vida actual de sus hijos, el cambio de ritmo y las influencias de los entornos donde se constituye la familia nos llevan al final a entender que la violencia sexual esta permeada y es causada especialmente en mujeres en la etapa del noviazgo.

Desde este punto de vista, Capponi (2014) plantea el enamoramiento como este estado emocional, afectivo, que se construye desde una necesidad, desde un deseo. Por medio del cual, la mente busca, vincula, relaciona y construye la forma de integración en

el otro desde el deseo, desde la necesidad. Esto constituye que el enamoramiento es una búsqueda de algo que a mí me falta. Una vez pasado el periodo de enamoramiento, los rasgos de carácter afectivo que fueron la unión para llegar a la atracción en la relación de pareja, se transforman en la fuente de la discordia. Parece que nos enamoramos de un otro distinto, o sea, complementario, el estilo distinto del otro represente un desafío personal para mostrar el complemento de la integración a lo diferente de la cual carecemos y de cuya integración nos enriqueceremos durante el noviazgo.

De acuerdo con el Informe Forense del Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses (INMLCF) como se citó en Tobar-Lasso, MJ., Nieto-Betancourt, L., Arias-Rodríguez, GM., (2023), en 2020 Colombia presentó 3.0558 casos de violencia de pareja, donde las mujeres aparecen como víctimas en 2.6470 de los casos registrados, mientras los hombres, en 4.088. Las edades de mayor denuncia comprenden los 25 a 29 años, con 6073, seguida de los 20 a 24 años, con 5.271 casos. Esta forma de violencia se observa también en menores de edad y llama la atención que entre las edades de 10 a 17 años se efectuaron 577 denuncias sobre violencia de pareja a nivel nacional (pp. 3).

En Colombia, según los Institutos Nacionales de Salud - SIVIGILA, de enero a septiembre de 2021 se registraron un total de 74.528 casos de violencia de pareja, con los índices más altos de violencia: física (75,1%), sexual (33,6%) y psicológica (12,5%). Cabe mencionar que, entre los meses de enero y septiembre de mismo año, se alertó que los médicos forenses registraron 15.422 denuncias de delitos sexuales, siendo el

83% de las víctimas son jóvenes, además de, 162 víctimas de violencia de pareja (INS, 2021., INML, 2021, como se citó en Manrique, V., Lozano, B., Moreno, B., 2022).

Teniendo en cuenta estas cifras, y sustentado por el código civil, generalmente la violencia en esta población joven que va desde las edades de 12 a 29 años, especialmente en mujeres, se puede encontrar que particularmente algunas de ellas sufren de excesos y abusos por parte de sus parejas; la violencia en parejas adolescentes y adultos jóvenes permite asociar factores de riesgo a través de problemas cotidianos donde los efectos nocivos se manifiestan en distintos ámbitos basados en aspectos individuales, familiares y sociales que predomina en los celos, nivel económico, consumo de sustancias, violencia física – psicológica y el contexto social. Donde a su vez, esta dimensión implica llegar al propósito que es analizar y delimitar la búsqueda entorno a la violencia sexual.

Instituciones como la ONU mujeres (2019), como se citó en el Dane, (2020) han dado a conocer la prevalencia de rango de edades que sufren de violencia de pareja. Las cifras globales son irrefutables y alarmantes. De acuerdo a los datos se estima que 15 millones de adolescentes (entre 15 y 19 años) de todo el mundo han sido obligadas a mantener relaciones sexuales forzadas (coito u otras prácticas sexuales forzadas) en algún momento de sus vidas. En la inmensa mayoría de los países, el principal riesgo para las adolescentes es verse forzadas por su pareja o expareja, ya sean novios, compañeros sentimentales o maridos, a tener relaciones sexuales no deseadas, no consentidas (pp. 124).

ISBN: 978-628-95101-6-4

Investigaciones de países latinoamericanos como el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), dan a conocer que, en este país, 30% de las jóvenes entre los 12 y 29 años de edad han sufrido conductas violentas durante el noviazgo. Esta agresión en mujeres a nivel internacional nos demuestra que la violencia no es inmersa a los continentes y regiones en el mundo, en este sentido México ocupa el décimo cuarto lugar en donde nueve de cada diez mexicanas de entre 12 y 19 años de edad han sido agredidas durante sus noviazgos, de las cuales sólo 5 están conscientes de ello. En razón a esta problemática mexicana es de suma importancia adentrarse en entender ¿Qué estaría pasando en medio de la mente de estas 5 mujeres para no ser conscientes de la situación que estaban viviendo? En medio de las investigaciones en un estudio que realizó la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), fue posible afirmar que entre los 15 y los 19 años, el 32% de los jóvenes sufre violencia emocional, en el rango de los 20 a los 24 años de edad, la cifra aumenta a 41%. Y el 39% de los jóvenes de ambos sexos, de entre 15 y 24 años de edad, que tienen una relación de noviazgo, también sufren violencia emocional. (Valenzuela-Varela A. y Vega-López M. G, 2015)

Cabe mencionar que informes investigativos como los anteriores, ayudaron a determinar el rango de edad por el cual se centra la investigación en relación a la existencia actual de la violencia mediante el noviazgo donde las mujeres sufren daños mediante la violencia sexual por parte de su pareja.

En este estudio, la presente ponencia y basado en la investigación nacional como la planteada por Gutiérrez, N., y Cano, T. (2019), afirma que:

Paralelamente, la violencia sexual en Medellín aumentó en 2018 con relación a 2017: «Se presentaron 2.326 casos por violencias sexuales en la ciudad, valor que representa un aumento del 10 % si se compara con los 2.124 reportes registrados para el mismo periodo durante el 2017». Además, «Medellín representa el 45,5 % del total de casos de violencia sexual de todo el departamento». Con respecto al 2019 hay una disminución del 14 % de casos de violencia sexual, comparado con el año anterior; sin embargo, las violencias sexuales no registradas y en consecuencia invisibles las viven en su cotidianidad las mujeres de la ciudad: «Estas expresaron que, con el acoso sexual callejero, especialmente con los piropos, se sienten insultadas y avergonzadas» (p.6).

La violencia sexual en esta población juvenil abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física. Pero la violencia en el sentido más amplio puede ejercerse con el consentimiento de la víctima, contemplado en el caso de los menores de forma muy concreta, y en relación a las mujeres donde puede ocurrir, que la víctima no sea consciente de serlo, por razones socioculturales, contextuales (como las relaciones de manipulación llamadas 'tóxicas'), o personales, en este sentido las causas en esta población pueden cobijar a la dependencia, por miedo, amor, familia y dinero. (Rubio Gil & Sanz – Diez, 2018).

En términos generales, cuando se habla de violencia sexual puede encontrarse a las parejas heterosexuales y homosexuales como las víctimas que ejercen con frecuencia este tipo de violencia, aunque en la exposición de este escrito solo se tendrá en cuenta a las mujeres como víctimas, en la aparición de ambos sexos se han podido

ISBN: 978-628-95101-6-4

encontrar tácticas similares para mantener relaciones sexuales con la pareja, mediante las cuales muchas de ellas llegan a sobre pasar los límites de la fuerza o actitud negativa. Dichas tácticas pueden presentarse por medio de la seducción, la manipulación verbal, las amenazas, las mentiras, el chantaje emocional, el uso de ciertas drogas, las caricias, las conductas amables y afectuosas para poder conseguir una relación sexual con su pareja, a pesar de que esta no esté totalmente de acuerdo. Por lo tanto, los comportamientos coactivos pueden ser bidireccionales, aunque es de suma importancia mencionar que, en lo cifrado anteriormente, este tipo de violencia sobre la pareja se presenta en mayor medida a las mujeres, donde el hombre puede hacer uso de ciertas estrategias para poder conseguir una relación sexual forzada sin el consentimiento de su pareja (Planes et al., 2013, como se citó en Celis-Sauce & Rojas-Solís, 2015, pp.87).

En este alcance de investigación propiamente dicha yo Laura Melisa Palacios en mi posición como autora de esta ponencia, informó que el propósito central del presente escrito cualitativo está orientado a analizar los factores mantenedores en una mujer joven/adolescente violentada sexualmente por parte de su pareja durante el noviazgo, por medio de otras investigaciones y resultados es importante considerar describir las características de los factores mantenedores individuales inmersos en la violencia sexual, en este sentido la agresión y las diversas formas de relacionarse entre los adolescentes y adultos jóvenes permite entender que la violencia no es propensa a los contextos socioculturales, retomando esto es necesario comprender que por medio de las objetivos de investigación podemos identificar los factores de riesgo familiares en una mujer víctima de violencia sexual, en la existencia estos factores por ende pueden estar (relacionados a las influencias de la vida). A través de la misma la violencia de pareja

permite tener una estructura amplia sobre las causas que conllevan al agresor a cometer faltas en relación al amor mediante la violencia sexual donde hacen parte las representaciones sociales, la psicología será el actor principal que ayudara en cierta medida a conocer porque toma tanta fuerza la relación si es gracias a la interacción o modos de socialización entre estas partes. Por ello, la importancia de acceder a esta investigación incide en la construcción y los métodos de la población y el tipo de violencia a tratar donde por medio de lo estudiado se puedan determinar los factores de riesgo mantenedores establecidos en la dinámica de las relaciones de violencia prolongadas durante el noviazgo para clarificar el ligue de la violencia en los participantes a entrevistar. A esto se le otorga el abordaje de la investigación cualitativa donde genera interés que la violencia sexual en el noviazgo frecuentemente parece que pasa desapercibida en el ámbito social donde por medio de esta problemática la información no genera mucha relevancia, para ello y dada la gravedad de este tipo de violencia registrada en la realidad cotidiana, es necesario analizar sobre que pasa actualmente con los jóvenes en sus primeras relaciones afectivas y cómo actuar en estos casos donde la mujer víctima de violencia sexual sufre de innumerables actos perpetuados y padecidos por su pareja durante la relación.

Es importante mencionar que en lo anterior se realizó un rastreo documental por medio de las bases de datos disponibles como lo son (Google académico, scielo, Redalyc.org, Ebscohost, Dialnet, y repositorios universitarios nacionales e internacionales) además, de motores booleanos (AND, NOT) que permitieron llenar el vacío de conocimiento, por medio de investigaciones que resaltan la realidad de las vivencias de las relaciones de pareja por medio de las influencias de la vida.

ISBN: 978-628-95101-6-4

MARCO REFERENCIAL

En este apartado se encuentran descritos los conceptos principales como pilares para el desarrollo de esta investigación, las cuales permiten que se comprenda de una manera más clara los objetivos. por esto se decide realizar un abordaje desde los factores mantenedores dentro del marco teórico.

FACTORES DE RIESGO MANTENEDORES

Ahora bien, los factores mantenedores de una relación de pareja - violenta por lo general hacen que una persona (la víctima) sea tolerante a las agresiones en una relación hallando a: la dependencia económica, el temor a las represalias del agresor, la idea de que la persona que ejerce la violencia dejará de cometerla y la falta o poca red de apoyo a la víctima dando a entender que la pareja siempre tendrá el papel fundamental en el orden de ser hombre y la mujer estar fallando en la relación de pareja. (Bedoya & Mujica, 2017, como se citó en Balta-silva y Giraldo-Echeverry, 2020, p.12).

En tanto a las palabras citadas por los autores, es necesario sustentar que debido al rol activo la mujer victima puede encontrarse atada a una cadena en el deber de la estructura familiar donde por medio de la subsistencia el hombre debido al dinero pueda faltar al orden y se remita a la violencia en el espacio compartido con su pareja para tener el poder en la sumisión en la cual la mujer opte por poner los limites o se remita a la conservación del daño para no afectar su relación de pareja.

VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual se puede definir como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el trabajo”.

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

La violencia en el noviazgo se percibe como un fenómeno con niveles, donde lo más grave pareciera ser el maltrato físico y lo más sutil se mueve en el nivel verbal y psicológico. Sin embargo, en esta violencia también aparecen otros factores, que pueden ser discernieses a la perspectiva de la pareja, donde se amplían fenómenos subjetivos y complejos en la forma de relacionarse durante el noviazgo. (Jaramillo Jaramillo, C. A., Holguín Osorio, H., Ramírez Ramírez, L. P, 2015)

JUVENTUD Y ADOLESCENCIA

La etapa de la juventud y la adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo humano, en esta fase los individuos experimentan cambios significativos a nivel físico, emocional, cognitivo y social, es una etapa de exploración, autodescubrimiento y desarrollo de la identidad personal. Durante la adolescencia y juventud los seres humanos comienzan a descubrir sus propios sentimientos románticos y sexuales, así como establecer conexiones emocionales con otros. La etapa del noviazgo en jóvenes y adolescentes destaca inmersas situaciones donde la relación

ISBN: 978-628-95101-6-4

puede verse influenciada por diversos factores como la presión social, normas culturales, educación sexual, comunicación familiar, experiencias personales, y la inmadurez emocional que puede desempeñar un papel importante dado al manejo que se lleve a cabo para mantener la relación de pareja en los jóvenes y adolescentes. (Toncel Jiménez, L. & Mira Herrera, M, 2023, p.11)

MARCO METODOLÓGICO

ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolla mediante un estudio de caso con alcance descriptivo, como lo describe el autor Ramos Galarza, (2020). En este alcance de la investigación, ya se conocen las características del fenómeno y lo que se busca, es exponer su presencia en un determinado grupo humano (P.2).

Desde el estudio de caso en la investigación cualitativa podemos describir, comparar y evaluar la naturaleza de la entrevista planteada, como lo indica (Walker, 1983, p. 45) «el estudio de casos es el examen de un ejemplo en acción. El estudio de unos incidentes y hechos específicos y la recogida selectiva de información de carácter biográfico, de personalidad, intenciones y valores, que permite al que lo realiza, captar y reflejar los elementos de una situación que le dan significado... (Existe en el estudio de casos) una cierta dedicación al conocimiento y descripción de lo idiosincrásico y específico como legítimo en sí mismo».

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En primera instancia se lleva a cabo una entrevista estructurada a la profesional que nombraremos como PF para crear un encuentro donde se prepara un guion de preguntas sobre los factores mantenedores en una mujer violentada sexualmente durante el noviazgo, dando respuesta a las preguntas abiertas que hace el investigador para que el informante pueda expresar sus opiniones por medio de la experiencia profesional, para dar respuesta a las preguntas presentes en el objeto de estudio.

Preguntas iniciales

Desde el alcance de la investigación que se presenta en la tabla 1, se quiere dar inicio a la matriz categorial para visualizar la primera fase de la investigación mediante un inventario inicial de preguntas las cuales se le realizaron a la profesional.

Tabla 1. Preguntas Iniciales

1. ¿Cuáles cree usted que son los factores mantenedores en una mujer para permanecer en una relación de noviazgo donde se genera violencia sexual?
2. ¿Describir brevemente las características de los factores mantenedores?
3. ¿Qué factores familiares pueden ser factores mantenedores?
4. ¿Mencione los factores de riesgo que pueden llevar a una mujer a mantenerse en una relación de violencia sexual?

TABLA 1. DISEÑO PROPIO

Se toma como referencia la matriz categorial para ampliar mediante el profesional la experiencia a la naturaleza de la investigación sobre los factores mantenedores.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Matriz de objetivos

Tabla 2. Relación objetivos-categorías de análisis

Objetivos	Categoría de análisis
Analizar los factores mantenedores en una mujer joven/adolescente violentada sexualmente por parte de su pareja durante el noviazgo.	- Mujer joven/adolescente - Factores mantenedores - Violencia sexual
Describir las características de los factores mantenedores individuales inmersos en la violencia sexual durante la relación de noviazgo.	- Características de factores mantenedores - relación de noviazgo
Identificar los factores de riesgo familiares en una mujer víctima de violencia sexual.	- Factores de riesgo familiares - Mujer victima
Determinar los factores de riesgo mantenedores establecidos en la dinámica de las relaciones de violencia prolongadas durante el noviazgo.	- Factores de riesgo mantenedores - Relaciones de violencia - Noviazgo

TABLA 2. DISEÑO PROPIO

A través del material obtenido, la investigación busca elaborar un análisis crítico y resumen analítico del escrito, para llegar a los resultados solidos que permitan dar respuesta a las categorías que propiamente centran la investigación.

Este proceso metodológico es esencial para la construcción de un estudio de caso bien fundamentado, que permita profundizar en la problemática de los factores de riesgo mantenedores durante la relación de noviazgo, desde este contexto particular se puede recopilar información importante en relación a la mujer como víctima de violencia sexual.

La investigación acerca de los factores mantenedores en una mujer joven/adolescente violentada sexualmente durante el noviazgo centró la selección y recopilación mediante una entrevista estructurada. Por lo tanto, la información obtenida mediante las categorías me da pie para centrarme en las categorías principales, tales como:

FACTORES MANTENEDORES

- **CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES MANTENEDORES**
- **FAMILIA**
- **VIOLENCIA SEXUAL**

FACTORES MANTENEDORES

El objetivo principal de la respuesta a la pregunta inicial presenta varios puntos de referencia sobre las categorías de análisis donde la profesional, ahondo en temas que perpetúan en el tiempo.

El termino factor forma parte de disposiciones de carácter psicológico o personal, los cuales tienen una carga en la persona de orden afectivo por medio del cual se satisfacen necesidades tales como: amor, tendencia sexual, alimenticia, necesidad de ser amado o frustración para formar la personalidad interior del individuo. En otra definición del concepto psicológico podemos encontrar como el mismo termino se diferencia en torno a la primera definición, observamos que los factores mantenedores, refieren aquella acción o efecto que refuerza el problema interno o lo mantiene en el tiempo por medio de las influencias de carácter familiar o personal que impiden que desaparezca (Compañy López, 2015).

Según, PF “en una mujer violentada por su pareja la dependencia emocional, la economía, la familia, el control, la intimidación o la dominación pueden ser en este caso el principal factor mantenedor para que entorno al noviazgo la mujer como víctima sea

ISBN: 978-628-95101-6-4

sometida mediante conductas o comportamientos activos por miedo al abandono o a la pérdida del otro”.

CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES MANTENEDORES

EL CONTROL

Según, PF “el control, que sería en este paso el primer factor mantenedor, es que en este caso la pareja entra por medio de la vigilancia, los celos, la desconfianza, el maltrato físico, entra pues como a controlar a su pareja y de alguna manera entran también estos deseos e ideas que se imponen a tener una relación sana, impactando esto tanto la autonomía de la víctima en sus diversos ámbitos relaciones, ¿cierto?, como en sus finanzas, en el tiempo que dedica para sí misma o para los demás, aquí para los demás estoy hablando del tiempo que invierte en su familia, porque la aísla totalmente para mantenerla controlada y manipulada y no permitir pues de que ella tenga algún tipo de relación social. Y adicional pues estas conductas se esconden detrás de buenas intenciones como interés de cuidado”.

INTIMIDACIÓN

Según, PF “otra seria pues como la intimidación o la dominación, estas tienen pues como objetivo, causar terror en la victima y frecuentes periodos de vigilia, si, entonces empiezan de alguna manera a intimidar, si te veo hablando por teléfono, entonces te cojo y te pego, si te veo que le estas contando a tu mama lo que está pasando, entonces vas a tener un problema conmigo, entonces empiezan a entrar esas conductas de alguna manera psicológicas, también podríamos decir intimidación

psicológica que agrede a la mujer indirectamente ¿cierto? Empiezan los chantajes, las amenazas económicas, entonces si vas donde tu mama y tu papa, entonces no te sigo dando para el mercado, te echo para la calle, también entran pues como de alguna manera estas amenazas emocionales o de daño físico contra la victima o contra alguna persona cercana o inclusive contra sí misma. Amenazas que de alguna manera trascienden el lenguaje verbal haciendo usos de gestos, señas u objetos violentos, entonces ahí es donde se empieza a dar de alguna manera pues como la agresión física y todo lo mencionado anteriormente".

DEPENDENCIA EMOCIONAL

Bueno, según PF, "otro de los factores mencionados anteriormente en la primera pregunta es la dependencia emocional que de alguna manera es una consecuencia del dominio y de la manipulación de la pareja violenta, ya que estas crean pues una verdadera adicción que se puede explicar por mecanismos neurobiológicos y psicológicos que intentar sin éxito disminuir, el sufrimiento del miembro de la pareja que sufre los abusos".

ECONOMÍA

"¿Qué más podría darte desde mi punto de vista? Bueno, yo podría decirte Laura y podría aportar que la consecuencia principal pues de la violencia económica es impedir, que la víctima se pueda alejar de la relación abusiva. ¿cierto? Al no ser autosuficiente económicamente se ve enfrentada a distintas barreras al querer terminar con la relación" (Según, PF).

ISBN: 978-628-95101-6-4

FAMILIA

¿Qué otros factores pueden verse como permeados, pero en la familia? Que estén inmersos en la familia.

Según, PF “bueno que estén inmersos en la familia, pues yo creo que en el enfoque sistemático la familia con estructura violenta puede ser la prueba de aprendizaje por imitación, ¿cierto? Desde el marco del factor mantenedor, podría decir que se puede encontrar primero pues a la economía, el consumo de spa, falta de educación roles pertenecientes a la época, figura de autoridad masculina, generadora pues de relaciones de poder, ¿cierto? Creencias o estereotipos familiares como un observador interno y externo para someter a la pareja. Vemos mucho que cuando hay familias o la dinámica de la familia, se basa desde la violencia ya sea física o psicológica, esos patrones conductuales de alguna manera tienden a repetirse en las parejas de los mismos integrantes de la familia, permitiendo que de alguna manera no haya como un fin en esas relaciones, sino que se continue precisamente porque ya hay como tal, se ha venido teniendo esas mismas conductas a nivel generacional. Entonces es algo que se viene dando y se repite y se repite sin pararlo o sin permitir que no suceda”.

VIOLENCIA SEXUAL

Según, la organización mundial de la salud (OMS, 2003) “ la violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo incluyendo el uso de la fuerza física, las tentativas de tener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados

incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afectan la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad". (P.1)

Según, PF "claro que sí, yo podría decir que en este caso la duración de la relación tiene que ver mucho, ¿cierto?, con esa pregunta. También el nivel de compromiso que se tiene entre la pareja, la consolidación o de alguna manera pues la seriedad con la que tomen esa relación, ¿cierto? De esta y la edad de los integrantes, que estos tengan, si es pareja joven, menores de edad, si tienes 15 y 18 años, que todavía son personas que están empezando a madurar o si ya es una pareja que ya conoce, ha vivido, tiene experiencias con otro tipo de pareja, eso tiene que ver mucho, también la antigüedad de la relación, la intimidad sexual y de alguna manera el estatus económico. Podría decir pues que en este caso es uno de los factores mantenedores que incrementa el riesgo de agresión sexual, es la violencia de las relaciones de la pareja, sobre todo desde el ámbito psicológico, donde la relación pues sentimental genera episodios de violencia por los cuales la víctima no sea consciente del daño y esto pueda llevarla a permanecer en una relación violenta".

RESUMEN ANALÍTICO DEL ESCRITO

El presente análisis de investigación busca determinar cuáles son los factores de riesgo mantenedores para una mujer permanecer en una relación de violencia sexual durante el noviazgo. Para ello, se siguió un trasteo documental y se realizó previamente

una entrevista con alcance descriptivo. Este proceso incluye trascripción de la entrevista al profesional y la selección de fuentes confiables. A través del análisis crítico del material obtenido, se buscará profundizar en la problemática de los factores de riesgo mantenedores en la relación de noviazgo, desde este contexto particular se puede recopilar información importante en relación a la mujer como víctima de violencia sexual. El objetivo de este análisis busca identificar las características más relevantes de los factores mantenedores en relación a la mujer joven/adolescente y las dinámicas en los contextos individual y familiar. Se pudo recopilar por medio de la entrevista un contexto problematizador que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. El permanecer en una relación violenta, genera consecuencias emocionales, físicas y psicológicas a largo plazo. En particular, las mujeres en relaciones de parejas jóvenes pueden experimentar diversas situaciones que pueden afectar su capacidad para relacionarse de manera saludable con los demás.

En este sentido, el análisis a continuación tiene como objetivo identificar los principales factores mantenedores que se presentan en las relaciones de pareja durante el noviazgo. A través de una revisión de documentos y entrevista estructurada, se busca contribuir un llamado del vínculo de las relaciones de pareja para que se pueda abordar por medio de otras investigaciones de manera efectiva estos factores mantenedores y se promueva una recuperación integral en las mujeres como víctimas de sus parejas. En el rastreo de la investigación se evidencian los factores mantenedores presentes en mujeres víctimas de violencia sexual, es por esto por lo que, en la investigación se describieron, clasificaron y analizaron temas principales como factores de riesgo. Por lo

tanto, se clasificaron 4 categorías principales: factores mantenedores, categorías de los factores mantenedores, familia y violencia sexual.

Es decir, se buscó por medio de otras investigaciones una definición que permitiera analizar y unificar la respuesta mediante la entrevista con las 4 categorías principales mencionadas, para así tener una idea de cómo se están llevando a cabo las investigaciones que buscan abarcar los factores mantenedores para una mujer permanecer en una relación donde es violentada sexualmente por su pareja durante el noviazgo.

TABLA 3.

RESULTADO DE LAS CATEGORÍAS

Categorías	Problemáticas de las categorías principales
- **Factores mantenedores**	- Dependencia emocional, la economía, la familia, el control, la intimidación o la dominación
- **Características de los factores mantenedores**	- Control: vigilancia, celos, maltrato físico, desconfianza - Intimidación: terror y amenaza - DP: dominio y manipulación - Familia: aprendizaje por imitación, poder, permanencia - Economía: auto insuficiencia
- **Familia**	- la economía, el consumo de spa, falta de educación, roles pertenecientes a la época, figura de autoridad masculina, creencias
- **Violencia sexual**	- Edad, duración, antigüedad de la relación, economía, intimidad sexual, agresividad

Tabla 3. Diseño propio

ISBN: 978-628-95101-6-4

INTERPRETACIÓN: La frecuencia de aparición de distintas categorías relacionadas con los factores mantenedores en las relaciones de pareja violenta durante el noviazgo. pretenden demostrar que la problemática de la categoría principal más frecuente fue "economía", como un factor importante que siguiere que las víctimas de violencia sexual podrían estar experimentado problemas por medio de las manipulaciones o creencias sobre el dinero como uno de los impedimentos para salir de una relación de pareja violenta. La segunda categoría en frecuencia fue "el control, la intimidación, la dependencia emocional y la familia", lo que indica que la víctima experimenta estos problemas en relación al noviazgo como evento catastrófico de la vivencia con el otro. La categoría de "Familia" fue la tercera en frecuencia lo que sugiere que la víctima permanezca en un entorno hostil de violencia por medio de la estructura familiar de su niñez y el aprendizaje por medio de la imitación al ser minimizada por el otro. Por último, la violencia sexual como problemática, indica que la mujer como víctima no sea consciente del daño que le genera su pareja en torno a la economía, la duración de la relación o agresión violenta que genera el otro sobre ella para permanecer en medio de un noviazgo violento que no le percibe ver un panorama completo de su situación. En general, estos resultados sugieren que la mujer como víctima de violencia sexual puede experimentar varios factores de riesgo mantenedores que pueden afectar la relación consigo misma o su entorno. Estos hallazgos pueden ser útiles para el desarrollo de nuevas investigaciones que permitan centrar y analizar temas que se centren en las relaciones de pareja durante el noviazgo y los factores mantenedores para ayudar a las víctimas a conocer sobre este tema.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Código Deontológico del Psicólogo, Ley 1090 (2006) Según el código deontológico del psicólogo, ley 1090 (2006) Principalmente, este código hace énfasis en que los profesionales de psicología son totalmente responsables en cuanto a el cuidado, la reserva de la información y la revelación de resultados de algún tipo de trabajo investigativo donde el objeto de estudio y los participantes sean seres humanos, ya que debe asegurarse el bienestar físico y mental de la persona, respetarse su dignidad e integridad moral, así mismo su participación en las pruebas aplicadas (artículo 2, numeral 6). Se guardará completa reserva de la institución en la que tendrá desarrollo dicho estudio, de la identidad de los participantes, de la información recolectada a partir de las pruebas y confidencialidad con relación en el análisis de los resultados. El participante tendrá derecho a recibir información del proceso en cuento lo desee y tendrá la autonomía de retirarse de dicha investigación en el momento preciso o aun cuando éste le apetezca.

A continuación, se agruparán las consideraciones éticas que hacen parte de la investigación:

SECRETO PROFESIONAL

La persona tiene derecho a actuar como objeto de estudio de una investigación bajo privacidad y anonimato, por tanto, durante el proceso investigativo se actuará bajo total confidencialidad con la información obtenida de los participantes.

ISBN: 978-628-95101-6-4

DIVULGACIÓN

Los resultados obtenidos de este estudio serán únicamente informativos y publicados en artículos académicos que estarán regidos bajo el principio de confidencialidad.

RIESGOS

Bajo la reglamentación de la ley 008430 del 4 de octubre de 1993, esta investigación corresponde a un estudio sin riesgo, ya que no expone ni la salud física, psicológica o emocional de los participantes. Ley 008430, (1993).

Artículo 6. Los estudios investigativos que se vayan a realizar se deben regir bajo los siguientes criterios: Contará con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. Se podrá iniciar la investigación cuando se tenga autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación, el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, por el cual el participante autoriza su participación en dicho estudio y de estar en pleno conocimiento con capacidad de elección con referencia a los beneficios, procedimientos y riesgos que la investigación tenga.

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá tener la presente información,

con el objetivo de brindar explicación de todos los procedimientos que se llevarán a cabo, ya sea al participante o al representante legal de forma que lo presentado sea comprendido de forma clara.

CONCLUSIONES

Para concluir la investigación sobre los factores mantenedores en una mujer violentada sexualmente por su pareja durante el noviazgo, se puede decir que, la presencia de estos factores mantenedores pueden afectar significativamente la percepción de las víctimas en cuanto a su situación de violencia y posibles mejores a la misma. Los factores mantenedores pueden hacer que la víctima llegue a permanecer en la relación sin distorsionar la gravedad de la situación, por lo cual la misma justifique la conducta violenta de su agresor o incluso se culpe a sí misma por la violencia sufrida.

Es importante destacar que estos factores pueden afectar negativamente el proceso de la relación de la víctima y su capacidad para buscar ayuda por medio de redes de apoyo. La realización de la entrevista, nos permitió comprender desde otra perspectiva la importancia de identificar qué factores mantenedores se encuentran arraigados en las parejas jóvenes/adolescentes. Por medio de esta entrevista se permitió identificar las categorías más frecuentes en los factores mantenedores, tales como la economía, familia, dependencia emocional, el control, la intimidación o manipulación, la edad, entre otras. El análisis de estos hallazgos permitió el desarrollo eficaz que nos ha brindado una valiosa información para la comprensión de un tema tan importante como

ISBN: 978-628-95101-6-4

es la violencia sexual y la necesidad de abordarla de manera integral y efectiva mediante los factores mantenedores. Estos hallazgos pueden ser útiles para nuevas investigaciones.

En resumen, la investigación demuestra que las víctimas de violencia sexual experimentan varios factores mantenedores, esto permitiría ver desde otros puntos de vista una comprensión más completa del fenómeno para lograr intervenir y conocer las necesidades de las mujeres víctimas. La violencia sexual en el contexto familiar puede generar entornos de aprendizaje por imitación donde la permanencia y la culpabilidad en las mujeres jóvenes/adolescentes víctimas, no comprendan lo que dificulta su proceso de recuperación y amor propio para no permitir más estos actos.

La violencia sexual ejercida hacia mujeres adolescentes puede tener un impacto profundo en su manera de percibir y procesar las relaciones interpersonales. En los factores mantenedores la visión del amor puede alterar la forma en que la otra persona percibe el mundo y la relación de noviazgo. por ello es de gran importancia aportar a la víctima un apoyo psicológico, donde se perciba la realidad y se logre identificar en la mujer los patrones más comunes que se repiten en su historia que pueden orientar la elaboración de intervenciones terapéuticas efectivas para resolver estos problemas. En este sentido, es importante destacar la necesidad de brindar un acompañamiento psicológico adecuado a las mujeres víctimas de violencia sexual, especialmente en el caso de mujeres jóvenes/adolescentes.

REFERENCIAS

Balta Silva, L. E. y Giraldo Echeverry, Y. A. (2020). Perfil criminológico de la violencia de pareja, una visión desde la psicología [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. https://repository.ucc.edu.co/items/56b3eff4-ac83-40e7-a6f6-9bb25a35781d

Barrero, D. (2023). Investigación Cualitativa en Psicología. Universidad pontificia de salamanca, psicoactiva. https://www.psicoactiva.com/blog/investigacion-cualitativa-psicologia/

Benítez Camacho, F. (2017). Violencia Sexual, Violencia en el Noviazgo, Acoso y el Discrimen por Sexo (VAWA - Título IX). Docplayer, pp. 1-20. https://docplayer.es/11860110-Violencia-sexual-violencia-en-el-noviazgo-acoso-y-el-discrimen-por-sexo-vawa-titulo-ix.html

Bolívar Arango, L. M. y Convers Duran, A. M. (2012). Factores de riesgo asociados al maltrato infantil. Universidad de la Sabana, pp. 1-77. https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3377/laura_maria_bolivar_arango.pdf;jsessionid=73766264C381B022CE6E017D9DFF9CEB?sequence=1

Capponi, R. (2013, May 1), 131-147. ¿Puede durar el amor? Conferencia. Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. https://www.estudiospublicos.cl/index.php/cep/article/view/248/297

Celis, A., & Rojas, J. (2015). Violencia en el noviazgo desde la perspectiva de varones adolescentes. Informes psicológicos, 15(1), pp. 83-104. https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/936/761

Compañy López, M. (2015). Diseño de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria, dspace.umh, pp. 1-71. http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2226/6/Company%20Lopez_Micaela.pdf

Gutiérrez, N., & Cano, T. (2019). Gestión pública de la seguridad de mujeres en Medellín 2019. http://oppcm.concejodemedellin.gov.co/sites/oppcm/files/seguridad_de_las_mujeres.pdf

Guglielmucci, A. (2017) «El concepto de víctima en el campo de los derechos humanos: una reflexión crítica a partir de su aplicación en Argentina y Colombia», *Revista de Estudios Sociales*, 59, 83-97. https://journals.openedition.org/revestudsoc/608#:~:text=En%20este%20sentido%2C%20la%20v%C3%ADctima,para%20que%20su%20condici%C3%B3n%20sea

Jaramillo Jaramillo, C. A., Holguín Osorio, H., Ramírez Ramírez, L. P. (2015). Algunas representaciones sociales sobre la violencia en los noviazgos juveniles heterosexuales en el Valle de Aburrá - Colombia. Fondo Editorial institución Universitaria de Envigado. https://bibliotecadigital.iue.edu.co/handle/20.500.12717/2971

Manrique Velásquez, D. L., Lozano Buitrago, E. M., Moreno Bustos, G. (2022). Violencia de pareja en jóvenes universitarios. Universidad Cooperativa de Colombia, pp. 1-77. https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/3cfb8482-2223-424a-8150-80bb4bd01a75/content

Merino Dorantes, A. y López Barajas, P. (2020). Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia, asociación DANE y ONU MUJERES. Phoenix desing AID, pp. 1-244. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-genero-colombia-informe.pdf

Organización mundial de la salud. (2003). Documento de orientaciones de política para la promoción de derechos y la prevención, detección y atención de las violencias en la escuela. Informe mundial sobre la violencia y salud. Washington DC. pp. 1-16. https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-322244_archivo_pdf_violencia_sexual.pdf

Rey Anacona, C. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura, repositorio institucional de la universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Vol. 26(2) /pp. 227-241. http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v26n2/v26n2a9.pdf

Rubio, G., & Sanz, D. (Jun, 18). Violencia sexual contra las mujeres jóvenes: construcción social y autoprotección. Revista de estudios de juventud, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. URJC. N.º 120 (3), pp. 47-65.

https://www.injuve.es/sites/default/files/2018/47/publicaciones/3._violencia_contra_las_mujeres_jovenes._construccion_social_y_autoproteccion.pdf

Tobar-Lasso, MJ., Nieto-Betancourt, L., Arias-Rodríguez, GM., (2023). Revisión de literatura sobre violencia en el noviazgo de jóvenes en Colombia y América Latina, 2016-2020. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2023;41(1): e347319. https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/347319/20810091

Toncel Jiménez, L. & Mira Herrera, M. (2023). Violencia de género hacia la mujer en relaciones de pareja jóvenes y adolescentes, [Trabajo de grado profesional]. Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia. https://repository.ucc.edu.co/items/91226ea3-53ba-4ccd-aa1b-d770c66af881

Universidad de la sabana. (2023). Ley 1090 del 2006. Diario oficial edición nº 46383. pp 1-27.

https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf

Valenzuela-Varela, A. y Vega-López M. G. (2015). Violencia en el noviazgo en adolescentes. Un problema de salud pública. RevSalJal. Nº3, pp. 164-168. https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2015/sj153g.pdf

Velásquez Rivera, G. (2011). La violencia durante el noviazgo en adolescentes. *Elementos: ciencia y cultura*, *19*(82), pp. 39-43. https://www.redalyc.org/pdf/294/29418148007.pdf

Walker, R. (1989). Métodos de Investigación para el Profesorado. Madrid: Morata https://books.google.com.co/books?id=puPDRIcNk8wC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

ISBN: 978-628-95101-6-4

ENSEÑAR SOBRE SEXUALIDAD UNA EXPERIENCIA PARTICIPATIVA

TEACHING ABOUT SEXUALITY A PARTICIPATORY EXPERIENCE

Juanita Bejarano Celis
Facultad de Psicología
Universidad Católica de Colombia
Bogotá-Colombia

Praxis Académica

RESUMEN

La formación en temas relacionados con la sexualidad humana es oportuna cuando hay vacíos en el conocimiento o incluso de manera acrítica se asumen posturas que interfieren en el quehacer profesional. La responsabilidad de la Educación Superior radica en que el profesional logre de manera integral asumir una postura basada en la evidencia y desde los referentes más legales, éticos y teóricos para mantener altos estándares éticos en su praxis. Este documento presenta la sistematización de la experiencia sobre la enseñanza de la Sexualidad Positiva propuesta como asignatura de posgrado en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia. En un

principio, se explicita la reflexión pedagógica al asumir como docente esta asignatura, posteriormente se describe en qué consistió el trabajo con los estudiantes y se amplifica la percepción de ellos con la descripción general de su experiencia y aprendizajes en el curso. Se concluye la importancia de trabajar el tema en la formación de pregrado y posgradual para que siga fomentándose una cultura del autocuidado y hetero cuidado desde un enfoque diferencial y de derechos en los que se propicie el diálogo de saberes.

PALABRAS CLAVE: Educación para la Sexualidad, didáctica, reflexión pedagógica. Pedagogías activas, formación en psicología.

ABSTRACT

Training on issues related to human sexuality is appropriate when there are gaps in knowledge or even critical positions are assumed that interfere with professional practice. The responsibility of Higher Education lies in the professional being able to comprehensively assume a position based on evidence and from the most legal, ethical and theoretical references to maintain high ethical standards in their praxis. This document presents the systematization of the experience on the teaching of Positive Sexuality proposed as a postgraduate subject in the Faculty of Psychology of the Catholic University of Colombia. At first, the pedagogical reflection is made explicit when taking on this subject as a teacher, then what the work with the students consisted of is described and their perception is amplified with the general description of their experience and learning in the course. The importance of working on the topic in undergraduate and

postgraduate training is concluded so that a culture of self-care and heterocare continues to be promoted from a differential and rights-based approach in which the dialogue of knowledge is encouraged.

KEY WORDS

Sexuality Education, didactics, pedagogical reflection. Active pedagogies, training in psychology.

INTRODUCCIÓN

Cuestionarse sobre la práctica educativa implica estar al tanto del quehacer como docente, preguntarse los presaberes y abordajes que se han planteado y revisar teórica y empíricamente qué existe sobre la asignatura que se va a impartir. Resulta oportuno trabajar en la reflexión en la práctica y en ser críticos frente a los propios elementos que constituyen la praxis.

En este sentido se propuso cuestionarse sobre el curso Sexualidad Positiva y la pregunta que orientó la reflexión fue ¿Qué mencionan los estudiantes frente a la experiencia pedagógica y didáctica del curso de Sexualidad Positiva ofertado por la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia? Esto atendiendo a la pertinencia de describir la experiencia de los estudiantes que cursaron la asignatura de sexualidad positiva a fin de detectar si los elementos pedagógicos y didácticos contribuyeron en la formación.

CAPITULO SEXUALIDAD

A continuación, se presenta la reflexión sobre la propuesta pedagógica enmarcada en el contexto educativo de la educación superior. Se describen los elementos de análisis y la percepción de los estudiantes frente a la consecución de los objetivos del curso, así como la pertinencia de la propuesta didáctica y teórica y las limitaciones de la misma. Lo anterior, bajo el marco de la sistematización en la práctica bajo un enfoque cualitativo, descriptivo y hermenéutico. Se plantean consideraciones importantes a nivel teórico y práctico para la enseñanza de la Sexualidad Positiva atendiendo al enfoque diferencial y de derechos.

LA REFLEXIÓN EN LA PRÁCTICA

La pedagogía permite la reflexión sobre la práctica educativa, en este sentido cuando se va a trabajar en un escenario educativo las preguntas sobre el quehacer son pertinentes entre ellas están: ¿Qué se enseña? ¿quién enseña? ¿dónde, por qué, para qué? ¿qué sabe quién enseña? ¿qué se aprende? ¿quién lo aprende? ¿por qué y para qué? ¿Cómo se aprende? (Morgade, et.al, 2011, p, 202).

Con estas preguntas abordo, como docente asumí en el 2023-3 el curso electivo denominado *Sexualidad Positiva* dirigido a los estudiantes de las especializaciones en Psicología Organizacional, Clínica, Educativa y Jurídica y La Maestría Innovación Psicosocial de la Universidad Católica de Colombia. Este reto no es menor y requiere una comprensión del contexto para considerar los aspectos que los profesionales deben asumir al abordar el tema en sus respectivos campos de desempeño en donde existen

desafíos y avances en los temas relacionados con la Sexualidad, lo que a su vez es expuesto como uno de los objetivos de desarrollo sostenible (Naciones Unidas, 2015).

Es así como se les sugieren a los profesionales que trabajen en la garantía de una vida sana y en la promoción del bienestar de todos y todas (ODS 3), promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas (ODS 5). Sin embargo, esto no se logra mientras el mismo profesional no se permita trabajar en sí mismo, por lo que en la medida en que fue avanzando la construcción de este escenario académico, se consolidó la pertinencia de crear conciencia en los mismos estudiantes sobre la manera en que su historia personal ha sido permeada por otras, por discursos y sesgos que de no ser críticos frente a ellos pueden afectar su práctica.

Para este caso, se requería el diseño de una asignatura que incorporara pedagogías participativas, orientadas no solo a la transmisión de elementos teóricos relevantes, sino también a promover la reflexión crítica de los estudiantes sobre su propia vida y los desafíos que enfrentarán en su desarrollo profesional. Este enfoque busca integrar el aprendizaje académico con la experiencia personal, facilitando un espacio de diálogo que vincule el conocimiento teórico con las realidades prácticas que se presentan en el ámbito profesional.

Al mismo tiempo, se requiere que los proyectos pedagógicos propicien la argumentación y el diálogo, reflexionen sobre los prejuicios y preconceptos, y sean contrastados con la evidencia científica, lo que requiere propiciar ambientes de confianza para que los estudiantes hagan preguntas de manera abierta y puedan desarrollar

habilidades y construir sus propios conocimientos (Ministerio de Educación Nacional y UNFPA, 2008).

Es importante destacar que la pertinencia de abordar la sexualidad humana con profesionales ha sido un tema ampliamente discutido en diversos contextos académicos, clínicos y sociales. Esta discusión abarca la necesidad de incluir perspectivas integrales que permitan a los profesionales no solo adquirir conocimientos teóricos, sino también desarrollar habilidades para manejar estos temas de manera ética, pertinente y contextualizada. El debate incluye la formación profesional de calidad en la que se incluya un enfoque interdisciplinario, reconociendo su complejidad y su impacto tanto en la salud física como emocional de las personas. A saber, en Bogotá, D.C se investigó el papel de la formación médica en la garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos; el estudio generó reflexiones sobre los temas álgidos a los que se enfrenta un profesional y su posición para asumir e involucrarse de manera eficiente en temas propios del ser humano. Las autoras proponen que la enseñanza de la salud sexual y reproductiva debe abarcarse en todo el ciclo vital así como transversalizar los temas relacionados con la sexualidad humana (Vargas-Trujillo, et.al, 2012),

En relación con la formación en psicología, se destaca el caso de Sergio Urrego que impactó en varios escenarios de la vida pública y profesional por cuanto una colega estuvo involucrada y fue sancionada su praxis. A continuación, se describen algunos de los hechos señalados en la Sentencia T 478-2015 en la que se dio a conocer un caso de discriminación. Estos muestran que dos estudiantes de un colegio de la ciudad de Bogotá Colombia, tienen manifestaciones homosexuales. En los hechos se destaca que tanto

ISBN: 978-628-95101-6-4

los docentes, los directivos y la psico-orientadora se encuentran implicados en el caso. Los hechos se describen a continuación:

Una compañera del estudiante S le toma una foto en la que se está besando con H. La foto fue tomada bajo el consentimiento de los dos menores. Luego, el profesor de educación física decomisó el celular de la estudiante que tomó la foto y la ve. Días posteriores son llamados por la psicóloga del colegio porque según ella habían cometido una falta grave según lo plantea el manual de convivencia “Artículo 6.2.1.2.13. Faltas Graves. Las manifestaciones de amor obscenas, grotescas o vulgares en las relaciones de pareja (de forma exagerada) y reiterativa (sic) dentro y fuera de nuestra institución o portando el uniforme del mismo, estas relaciones (sic) de pareja deben ser autorizadas y de pleno conocimiento de los padres, en este caso, nuestro colegio se exime de toda responsabilidad a ese respecto”.

La psicóloga les mencionó que no deben seguir incurriendo en esta falta por lo que ellos firmaron un documento en el que debían mantener distancia. El estudiante S comentó en una de las reuniones que se sentía discriminado por las constantes llamadas ante la psicóloga. Como requisito para regresar al colegio, se le solicitó asistir a un psicólogo externo. La madre de S no residía en la ciudad de Bogotá con su hijo, sino que él estaba viviendo con su abuela materna, por lo que el colegio le interpone una acción legal mencionando que abandonó el hogar. La madre comparece y en esas fechas se percata que su hijo está muy afectado, comentó que lo encontró llorando en el baño (31 de julio de 2014).

La madre de S, regresó a la ciudad de Bogotá, luego de buscar a su hijo recibió un mensaje el 4 de agosto de 2014, una llamada de la clínica Shio, en la que se le informó que su hijo se encontraba en estado crítico luego de lanzarse por la terraza de uno de los centros comerciales cercanos a la zona, no se recuperó de la caída. Ella interpone una acción de tutela a nombre propio y de su hijo fallecido.

Lo anterior, permite evidenciar las limitaciones en la comprensión de las diversidades y las fallas bioéticas existentes. En este caso particular, la psicóloga incurrió en un acto de discriminación lo que atenta contra el artículo 13 de la constitución de Colombia que profesa “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”.

También atentó contra uno de los principios generales dispuestos en el título II artículo 2 del código deontológico del psicólogo en Colombia (Ley 1090 de 2006) que menciona “Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona o a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad”.

Al respecto, no hay que desconocer que se ha evidenciado que algunos profesionales tienen escasos conocimientos sobre Salud y Derechos Sexuales

Reproductivos (SDSR), por lo que es probable que su falta de competencia afecte la calidad de los servicios lo que puede traer consecuencias negativas para la Sociedad. En específico para los programas de psicología se evidenció que en el silabo hay una representación baja o nula sobre SDSR, lo que sugiere incrementar las oportunidades de aprendizaje incluyendo la posibilidad de trabajar de manera interdisciplinar (Areskoug-Josefsson, et.al, 2019).

Continuando con la discusión del caso, la colega aceptó los cargos por discriminación y falsa denuncia, y fue condenada a una pena de 35 meses de prisión y el pago de 8.49 salarios mínimos legales vigentes. Ella el 11 de febrero de 2020 asumió los hechos excusándose por los actos de discriminación en los que incurrió, además por el mismo hecho de informar a los padres por la orientación sexual, lo que interfiere con la confidencialidad y la aceptación a la diversidad.

El contexto educativo no solo es un espacio para la construcción del conocimiento, sino también para la promoción de determinados valores. Por ello, es fundamental conocer las actitudes de estudiantes, maestros, administrativos y la comunidad académica en general sobre temas relevantes para una población diversa.

En un estudio específico, se midieron las actitudes de los estudiantes de Psicología frente a la homosexualidad. Se encontró que, entre 751 estudiantes de Psicología, en edades entre 16 y 59 años, los hombres presentaban más actitudes homófobas en comparación con las mujeres. Sin embargo, estas actitudes disminuían si tenían amigos homosexuales. La evidencia indicó que las personas que no interactúan con personas homosexuales tienden a reforzar estereotipos y la discriminación. Esto

también se atribuye a pautas de crianza asociadas a la familia tradicional y a principios heterosexistas y hegemónicos sociales y culturales (Rincón-Araque, 2020).

Con lo descrito, se destaca la creciente necesidad de profesionales que consideren las diversas áreas de ajuste del ser humano, incluyendo la sexualidad, para identificar aspectos que puedan representar una amenaza o bienestar para las personas. Asimismo, es crucial reconocer la importancia de una praxis ética, en la que se deben tener presentes los principios éticos y las directrices del código deontológico. Además, es fundamental saber cómo actuar en casos en los que el profesional no se considere competente, garantizando así la beneficencia (Ética psicológica, s.f).

Ahora bien, frente a la educación la Constitución Política de Colombia en su artículo 67 establece que la Educación es un Derecho de las personas y en la Ley 115 de 1994 en el artículo 12 se estipula que “Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable”. implica trabajar en todos los niveles de la educación sexual, respetando las delimitaciones propuestas.

En este contexto, se destaca que la Corte Constitucional define la Sexualidad humana como un componente esencial de la vida psíquica y cimiento de la personalidad. La educación sexual se considera un esfuerzo consciente de comunicación transparente entre las diferentes generaciones que contribuye al armonioso desarrollo (Sentencia T 440/1992). A su vez, el Ministerio de Educación Nacional establece la obligatoriedad de

ISBN: 978-628-95101-6-4

la Educación Sexual en todos los establecimientos educativos (Resolución 3353 de 1993).

En términos legales la ley 1146 de 2007 declara que “Los establecimientos de educación media y superior deberán incluir en sus programas de estudio, con el propósito de coadyuvar a la prevención de las conductas de que trata la presente ley, una cátedra de educación para la sexualidad, donde se hará especial énfasis en el respeto a la dignidad y a los derechos del menor.” Del mismo modo, esta Ley promovió la creación del Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual.

En tanto el Decreto 1695/2013 reglamenta el funcionamiento del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la prevención y mitigación de la Violencia Escolar, los lineamientos generales bajo los cuales se deben ajustar los manuales de convivencia de acuerdo con lo planteado por la ley 1620 de 2013 expedida por el Congreso de la República; “Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar.” En este caso explicita que se den concretar proyectos pedagógicos en relación con la sexualidad, los derechos humanos y la prevención de la violencia sexual.

Por su parte, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 asume la definición de sexualidad propuesta por la OMS, a saber:

un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (p. 23).

En este sentido, se debe trascender el modelo médico-preventivo y se debe trabajar desde el sistémico que le implique al profesional considerar las múltiples facetas del ser humano y analizar las diferentes esferas en las que este se desenvuelve para ampliar su comprensión sobre la Salud Sexual y reproductiva.

En específico, el contexto educativo ha trabajado desde diferentes frentes para desarrollar una educación integral en sexualidad. En esta línea se destaca la propuesta del Fondo de Población de Naciones Unidas, en el que implementan actividades fuera de la escuela formal pensando en las niñas, niños y mujeres jóvenes con diferentes tipos de discapacidad o aquellas que atraviesan por crisis humanitarias, población indígena y se incluyen las diferentes ideologías de género (UNFPA, 2024)., lo que permite delimitar que no solo en el contexto formal de la educación se requieren de programas que promuevan la comprensión de los derechos sexuales y reproductivos, sino también demanda que otros abarquen el tema y lo trabajen con las comunidades.

ISBN: 978-628-95101-6-4

En síntesis, la educación para la sexualidad debe proveer elementos para la toma de decisiones conscientes y responsables basadas en la reflexión y claridad que contribuyan al derecho a la intimidad y el libre desarrollo de la personalidad. En coherencia la educación no solo será impartir conocimientos, sino lograr que sea parte esencial de la conducta humana general y que contribuya a la paz y la convivencia por esto que, en la educación se ha propuesto que las instituciones se obliguen a desarrollar programas que se involucren en los proyectos educativos transversales (Resolución 3353 del 2 de Julio de 1993).

La propuesta anterior queda clara para algunos colegios (ver ejemplos: Centro Educativo Paulo Freire, Abril 30 de 2006, Galán Florida Blanca, Febrero 08 de 2021, Instituto Proinapsa UIS, septiembre 08 de 2023), en especial los públicos, quienes han venido desarrollando en el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) con el fin de hacer de la vida cotidiana el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

El programa fue evaluado por Vargas-Trujillo, et.al (2014) y se halló que en las instituciones educativas en las que se ha implementado el PESCC se evidencia que los estudiantes y los docentes muestran mejores conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la sexualidad. Lo que sugiere que se siga trabajando en el mejoramiento de la calidad educativa mediante el fortalecimiento de este programa.

Por lo anterior, se requiere que exista una propuesta clara para el abordaje de la sexualidad desde un ejercicio que implique la Educación Integral de la Sexualidad (EIS) que busca que se informe y se formen actitudes, creencias y valores. Bajo esta línea, se

consideró plantear un curso electivo sobre sexualidad positiva, sobre el que a continuación se precisará más información.

SOBRE EL CURSO SEXUALIDAD POSITIVA

El curso de sexualidad positiva, como históricamente ha sido marcado, es un curso optativo (Molle, et.al, 2020), que busca mejorar las actitudes, conocimientos y proporcionar herramientas para que los profesionales aborden desde una perspectiva sistémica la sexualidad y con ella los derechos sexuales y reproductivos, así como las políticas públicas vigentes en Colombia como lo son las relacionadas con la educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía (Diseño de asignatura sexualidad positiva, 2022).

En el diseño de la asignatura se delimitan temas relacionados con la historia de la sexualidad, desde las diferentes épocas, como parte de la introducción al estudio de la temática, se precisan algunos conceptos básicos sobre la sexualidad, se trabaja el modelo sistémico de la sexualidad, se explicitan los antecedentes y propuesta de los derechos sexuales y reproductivos y su aplicación, se consideran las políticas públicas en educación integral de la sexualidad y se presenta el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudanía (PESCC) (Diseño de asignatura sexualidad positiva, 2022).

El curso S*exualidad Positiva* es ofertado para estudiantes de los posgrados de psicología de la Universidad Católica de Colombia de la facultad de psicología. Este es

ISBN: 978-628-95101-6-4

un curso presencial, con una tradición mayor a dos años y diseñada e impartida por maestros diferentes. El cambio de docente en el segundo semestre de 2023, implicó que asumiera la asignatura y que trabajara un tema que previamente había desarrollado cuando estuve como estudiante en un curso de sexualidad en el que sin duda aprendí sobre temas muy interesantes, escuchando a los compañeros y leyendo sobre sexualidad humana, desde ese momento me percaté que existen preconceptos del profesional que afectan la manera en que se orientan a las personas.

Se destaca que, al abordar el trabajo desde los Derechos Sexuales y Reproductivos con un enfoque diferencial y de derechos, se incluyó también lo expuesto respecto a los derechos de personas de diferentes etnias (Profamilia, 2023). Esto ha contribuido a la discusión sobre las barreras en el acceso a la salud y la necesidad de plantear diálogos interculturales pertinentes. Lo que se articula con lo planteado en la literatura frente a la capacitación en personas que históricamente no han estado representadas en cursos de sexualidad, para enfatizar situaciones de estigmatización, privilegios y violencias estructurales (Mollen, et.al, 2020).

Al iniciar el curso los estudiantes refieren que en sus colegios y en sus familias poco y nada se abordaba el tema sobre sexualidad. En el primer contexto, ocasionalmente el profesor de biología precisaba temas sobre la fertilización, en otras ocasiones se plantea el tema del cuidado para evitar el embarazo no deseado o la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y no trasciende al modelo biologicista o el biomédico. Además, en su formación de pregrado era electivo o el tema es trabajado de manera incipiente en algunos cursos como psicología evolutiva.

Lo anterior, aunque no es un panorama completo sobre lo que sucede en los colegios de la ciudad o en los programas de pregrado, si indica que pese a lo que se estipula frente a la necesidad, pertinencia y exigencia de la cátedra sobre el tema, a estos estudiantes no les correspondió estudiarlo con los lineamientos que presenta el Ministerio de Educación y diferentes instancias gubernamentales que abogan por una comprensión más amplia del tema. Aspecto que sigue siendo imperante para que se sigan promoviendo espacios de formación tanto para estudiantes de colegios, como normalistas y profesores en general. Para continuar con la reflexión y la mejora de la práctica se realizó la sistematización de la experiencia del curso con los estudiantes que inscribieron el grupo electivo en el primer semestre de 2024.

METODOLOGÍA

Para dar inicio con la sistematización, se consideró consultar a los estudiantes que habían inscrito el curso en el 2024-1. Se trabajo bajo un enfoque cualitativo, descriptivo y hermenéutico de manera que se pudiera tener un acercamiento a las vivencias del grupo de estudiantes.

PARTICIPANTES

Los estudiantes que respondieron la encuesta (21) pertenecen a las especializaciones ofertadas por la facultad de psicología, uno de ellos está inscrito a la maestría en innovación psicosocial, la mayoría de ellos son psicólogos.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Tabla 1.

Estudiantes que participaron en la sistematización

Posgrado al que pertenece	No de estudiantes	Profesión
Especialización en Psicología Clínica	8	Psicólogo/a
Especialización en Psicología Educativa	5	Psicólogo/a
Especialización en Psicología Jurídica y Criminológica	2	Psicólogo/a
Especialización en Psicología Organizacional	6	Psicólogo/a (4)/ Otros (2)
Maestría en Innovación Psicosocial	1	Psicólogo

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En un cuestionario de outlook fue recopilada la información sobre la experiencia de los estudiantes en el curso. Los estudiantes que participaron en la electiva respondieron un cuestionario que pretendía recuperar su percepción sobre la experiencia una vez finalizaron el curso para evaluar qué tanto cumplió con la propuesta pedagógica y qué tanto la didáctica facilitó el aprendizaje de los Resultados de Aprendizaje propuestos. A continuación, se presentan los principales hallazgos.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA EXPERIENCIA

Ante la Afirmación: Antes del curso yo…los estudiantes mencionaron que desconocían sobre el tema de la sexualidad más allá de la Salud Sexual y Reproductiva, así como algunos conceptos, la normatividad y el enfoque diferencial, además percibían barreras para abordarlo a nivel profesional. También afirmaron tener ideas erróneas,

tabús y creencias que les limitaba su abordaje. Otro estudiante mencionó estar “estresado”. Por último, algunos consideraban que se iba a trabajar desde un enfoque religioso. En la figura 1 se presentan las palabras más frecuentes que surgieron de la pregunta planteada.

Figura 1.

Percepción de los estudiantes antes de iniciar el curso

Como se mencionó el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos del paciente está determinado por la importancia percibida por parte del profesional, así como sus actitudes, creencias y conocimientos (Vargas-Trujillo, et.al, 2012) es por esto que se requieren de espacios en los que haya una disertación sobre las problemáticas que enfrentan las diferentes comunidades y proporcionar herramientas para su abordaje.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Las afirmaciones sobre la pretensión del curso y el grado en que se cumple lo que se ha descrito para la formación de los profesionales fueron evaluadas. De este modo en la tabla 2 se presentan las respuestas de cada uno de los estudiantes. La escala que se utilizó iba de 1 a 5 siendo 1= no cumple y 5= cumple.

Se observa que los estudiantes mencionaron que hay una comprensión sobre los conceptos básicos relacionados con la sexualidad, asimismo perciben relación entre la historia de la sexualidad con la vida cotidiana, además la aplicación de los derechos sexuales y reproductivos en poblaciones específicas y desde un enfoque de derechos en situaciones reales.

Tabla 2.

Respuesta sobre el cumplimiento de los objetivos del curso

Criterios a evaluar	**Puntaje**
Comprende los conceptos básicos en sexualidad y los asocia con el sistema sexual humano.	5.0
Se promueve la discusión y puesta en común con los estudiantes, tratando de asociar esta historia con situaciones de la vida cotidiana para demostrar la utilidad de estos saberes.	4.9
Conoce la historia de los derechos sexuales y reproductivos y su aplicación a poblaciones concretas.	4.8
Aplica el enfoque de derechos a situaciones de la vida real y promueve la restitución de los mismos.	4.8

Los contenidos de la electiva proponen mejorar las actitudes, conocimientos y herramientas para abordar desde diferentes perspectivas la sexualidad	4.7
Comprende en profundidad los elementos básicos de la sexualidad y los derechos humanos sexuales y reproductivos	4.7
Implementa metodologías y técnicas en educación integral de la sexualidad en el ámbito en el que se desempeña.	4.5
Comprende los principales supuestos de la educación integral de la sexualidad a nivel nacional e internacional	4.4

En la tabla 3 se aprecia la opinión que tienen los estudiantes en relación con las afirmaciones sobre los temas propuestos en el curso. La pregunta fue: ¿Qué tan de acuerdo está con que los temas de clase…? Las respuestas se presentaban en la siguiente escala. 1: Totalmente en desacuerdo; 2: En desacuerdo 3: Ni de acuerdo ni el desacuerdo; 4: De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo.

Tabla 3.

Porcentajes de respuestas obtenidas frente a los temas propuestos en clase.

	1 (%)	2(%)	3(%)	4 (%)	5(%)
Se abordaron desde una postura critica	9			24	67
Se analizaron desde las desigualdades	10			38	52
Contemplan prácticas discriminatorias	10		5	9	76
Contemplaron la normatividad	10			19	71

ISBN: 978-628-95101-6-4

existente para el abordaje de los temas				
Promueven el conocimiento sobre una sexualidad sana, responsable y placentera.	9	5	19	67
Exploran y cultivan los valores y actitudes positivos hacia la Salud Sexual y Reproductiva	9	10	10	71

Los porcentajes obtenidos permiten identificar que la mayoría de estudiantes perciben que los temas dan cuenta del abordaje de los temas desde una postura crítica, así como, la inclusión de la normatividad vigente, aunque las opiniones están divididas frente a la inclusión de los tratos discriminatorios. Lo que pudo suceder es que aún falta trabajar sobre los indicadores de salud en el que se marquen las desigualdades porque como lo plantea el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, mayo 1 de 2024) “los sistemas políticos y políticas de salud mundiales dejan de lado a los más vulnerables”.

En nuestro contexto, se ha evidenciado que se ha restringido la autonomía sobre los propios cuerpos de mujeres, niñas y personas LGBTIQ+ y se normaliza tener relaciones sexuales con menores de edad que pertenecen a comunidades étnicas. A esto se suman las barreras para acceder a los servicios de salud porque hay dificultades geográficas, los medios de transporte requeridos, la falta de fortalecimiento institucional y la ausencia de espacios en los que se pueda brindar apoyo psicosocial de manera segura. De este modo se debe ser más contundente en la reflexión sobre los estadísticos presentados sobre la vulneración de derechos a diferentes poblaciones en las que son

violentadas sexualmente, en donde se reportan embarazos a temprana edad, uniones tempranas forzadas, así como las recomendaciones para acelerar las acciones de prevención (UNFPA, 2024).

En relación con la promoción del conocimiento sobre una sexualidad sana, responsable y placentera, y la exploración y cultivo de valores y las actitudes positivas hacia la salud sexual y reproductiva, los estudiantes también tuvieron opiniones divididas, lo que se pude deber a que no se planteó de manera abierta lo relacionado con cada aspecto, sino que se plantea implícitamente, lo que se corrobora cuando mencionaron que se trabaja en la eliminación de tabús, por ejemplo.

En relación con los elementos educativos los estudiantes evaluaron el nivel de cumplimiento de estos en el curso en una escala de 1 a 5 siendo 1= no cumple y 5= alto nivel de cumplimiento. En general, se observa que ellos mencionaron que hubo un alto cumplimiento cuando la propuesta pedagógica requería que ellos argumentaran, reflexionaran en un ambiente de confianza y el desarrollo de habilidades mediante el aprendizaje activo.

En relación con los elementos pedagógicos y didácticos descritos las metodologías activas (Asunción, 2019) que se plantearon permitieron dar cumplimiento con los objetivos del curso. A continuación, se describen los que se utilizaron con mayor frecuencia:

ANÁLISIS DE CASO: se expusieron situaciones reales sobre discriminación, tratos inequitativos, en el que los estudiantes debían analizar los hechos claves, el

ISBN: 978-628-95101-6-4

contexto, la normativa existente y escuchar a su grupo de pares para plantear propuestas de mejora.

ENSEÑANZA BASADA EN PREGUNTAS: para promover la capacidad crítica y evaluar los aprendizajes previos, se procedió a plantear preguntas específicas con las que ellos mismos cuestionaban su historia y aprendizajes previos.

APRENDIZAJE ENTRE PARES: la propuesta de cada actividad implicaba que entre estudiantes se escucharan y plantearan sus puntos de vista. Se sugería trabajar con el grupo de pares, para que lograran compartir sus aprendizajes de acuerdo a la especialización que estaban inscritos. Además, en la plenaria se escuchaban y lograban contrastar sus apreciaciones.

CLASE INVERTIDA: los estudiantes de manera autónoma prepararon las exposiciones, mientras la docente guiaba la consecución de los objetivos que se proponía. Esto incluyó la revisión de la literatura, videos y otros elementos para la argumentación de las propuestas.

DEBATE: a partir de un caso, los estudiantes debían plantearse cuestionamientos sobre el mismo y de manera estructurada participaban en la discusión con base en fuentes confiables iban sustentando su postura y contrargumentando el diálogo expuesto.

APRENDIZAJE BASADO EN PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN: a partir del análisis de un contexto particular, los estudiantes presentaron temáticas a trabajar en

contextos específicos y a partir del análisis critico de situaciones lograban propiciar escenarios para el aprendizaje.

En la tabla 4 se expone la percepción de los estudiantes frente al cumplimiento de los elementos educativos mediados por las estrategias pedagógicas descritas.

Tabla 4.

Porcentaje de cumplimiento de los elementos educativos.

	4 (%)	**5 (%)**
Argumentación y el diálogo, a partir de compartir dilemas cotidianos, se promueve la toma de decisiones con autonomía.	10	90
Fomenta la reflexión sobre preconceptos y prejuicios y se facilitan formas de cotejarlos con información empírica y científica.	10	90
Genera ambientes de confianza, basados en relaciones de afecto, horizontales, en las que se valoren y tengan en cuenta todas las experiencias, las preguntas, los aportes y las necesidades.	5	95
Desarrolla habilidades, a partir de una educación activa se propicia que las y los estudiantes construyan nuevos conocimientos, significados y posibilidades de vida.	19	81

Fuente: Ministerio de Educación Nacional y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2008)

Frente a la afirmación después del curso los estudiantes refirieron tener otra concepción acerca de la sexualidad, concebir que aprendieron sobre términos, la diversidad, el respeto por la diferencia y lograr flexibilizarse frente al tema lo que les permitió incluirlo en su quehacer profesional porque perciben que cuentan con las habilidades para hacerlo. Un estudiante refirió estar tranquilo.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Figura 2.

Percepción de los estudiantes luego de haber cursado la asignatura

Por último, se hace un llamado a las personas que formamos estudiantes de psicología y de otras disciplinas para que pensemos en asociarnos con corporaciones, otras universidades en las que se promueva el trabajo interdisciplinar, así como apoyar la promoción de conocimientos y concretar acciones de intervención pertinentes para garantizar la calidad de los cursos (Mollen, et.al, 2020). En esta oportunidad, el curso cierra con actividades pedagógicas para promover los Derechos Sexuales y Reproductivos, así como la convivencia en diversas poblaciones, pero se queda en una actividad de clase y no trasciende.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este orden de ideas se percibe que el aprendizaje sobre la sexualidad permite eliminar algunas barreras sobre el conocimiento y abordaje en la práctica profesional al mejorar las actitudes, creencias y los valores sobre el tema (Vargas-Trujillo, et.al, 2012, Mollen et.al, 2020). De esta manera se sugiere trabajar en la formación de profesionales a quienes a través del conocimiento y de herramientas concretas puedan abordar en su práctica cotidiana temas específicos siendo más críticos sobre su historia personal y poniendo en perspectiva sus preconcepciones para que no afecte el bienestar de las personas a las que dirige su quehacer.

Además, la práctica docente demanda preguntarse acerca de los conocimientos, valores y debe ampliarse a comunidades que han sido discriminadas y quienes no gozan de derechos sexuales y reproductivos de manera eficiente por la falta de diálogos interculturales que limitan los procedimientos frente al tema (Profamilia, 2023).

Finalmente, el docente debe generar un espacio de confianza, en el que prime el debate y la argumentación promoviendo la participación de todos los estudiantes y fomentando el pensamiento crítico, intercultural y autocritico para lograr transformación en la consolidación de saberes (González-Gómez, 2015).

Como limitaciones se evidencia falta de tiempo para desarrollar los temas a profundidad, la limitación de diálogos interdisciplinares que enriquezcan las perspectivas y que existan espacios de práctica para que los estudiantes estén más confiados en el abordaje de temas relacionados con la sexualidad. De otro lado, se sugiere que en cada

especialización se aborde el tema atendiendo a los perfiles de formación y pertinencia curricular.

Los estudiantes que han completado el curso manifestaron una percepción altamente positiva sobre su experiencia, destacando varios aspectos clave. En primer lugar, resaltaron el valor de las pedagogías participativas utilizadas, las cuales facilitaron no solo la adquisición de conocimientos teóricos, sino también el espacio para la reflexión personal y profesional sobre los desafíos contemporáneos que enfrentan en su campo. Asimismo, apreciaron la estructura del curso porque permitió conectar los conceptos teóricos con la realidad práctica, fomentando un ambiente de diálogo e intercambio de ideas. Este enfoque no solo mejoró su comprensión de los contenidos, sino que también impulsó el desarrollo de habilidades críticas y su capacidad para aplicar lo aprendido en contextos reales.

REFERENCIAS

Areskoug-Josefsson, K., Schindele, A. C., Deogan, C., & Lindroth, M. (2019). Education for sexual and reproductive health and rights (SRHR): a mapping of SRHR-related content in higher education in health care, police, law and social work in Sweden. *Sex Education*, *19*(6), 720-729.

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). ***Constitución Política de Colombia*.** http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html.

Asunción, S. (2019). Metodologías Activas: Herramientas para el empoderamiento docente. *Revista Docentes 2.0*, *7*(1), 65-80. https://ojs.docentes20.com/index.php/revista-docentes20/article/download/27/53

Congreso de la República (2013). Ley 1620 de 2013 (marzo 15): Por la cual Crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Diario Oficial No 48733. Recuperado de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52287

Congreso de la República de Colombia. (1994). ***Ley 115 de 1994 (Febrero 8): Por la cual se expide la Ley General de Educación*.** Diario Oficial No. 41.214. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf.

Congreso de la República de Colombia. (2006**). *Ley 1090 de 2006 (Septiembre 6): Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*.** Diario Oficial No. 46.383. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Congreso de la República. (2007). Ley 1146 de 2007 (julio 10): por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. Diario oficial No. 46685.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Corte Constitucional de Colombia (1992). *Sentencia No. T-442/92. Bogotá, Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-442-92.htm*

Corte Constitucional de Colombia. (2015). *Sentencia T-478/15*. Bogotá, Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co

Decreto 1695 de 2013. (11 septiembre). Por el cual se reglamenta la Ley 1620 de 2013, que crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Diario official No 48910. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=54537

Ética Psicológica. (s.f) *Principio de beneficiencia.* https://www.eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/18-principio-de-beneficencia

Fondo de Población Para de las Naciones Unidas (UNFPA, 2024) Semana Andina. Prevención del embarazo en la adolescencia Chocó 2024. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2024-09/infografia-UNFPA-choco%CC%81.pdf

Fondo de Población Para de las Naciones Unidas (UNFPA, mayo 1 de 2024) Estado de la población mundial 2024 - Vidas Entrelazadas, Hilos De Esperanza [Archivo de video] https://youtu.be/cBKA-YAyxJ8

Galán Florida Blanca (08 febrero 2021). Proyecto de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía (soy ciudadano Bacano) [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=x3LhqPlcz6M

Gómez, Y. G., & Torres, V. L. (2015). Significados acerca de la sexualidad en estudiantes de psicología en Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (21), 136-153.

González Gómez, Y. (2015). El papel del docente en la educación para la sexualidad: algunas reflexiones en el proceso educativo escolar. *Actualidades Investigativas En Educación*, *15*(3). https://doi.org/10.15517/aie.v15i3.20335

Instituto Proinapsa UIS (08 septiembre 2023). Generalidades del Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=gDccji3evhg

Ministerio de Educación Nacional República de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2008) *Programa Nacional de Educación para la sexualidad y Construcción de Ciudadanía: Módulo 2: El Proyecto Pedagógico y sus hilos conductores.* Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-171578_doc_modulo2.doc

Ministerio de Educación Nacional. (2 de julio, 1993). Resolución 3353, Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES). Bogotá, Colombia: Diario Oficial de Colombia.

Ministerio de Salud. (2024). *Sexualidad y derechos*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/sexualidad-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social (Abril 2022). Plan Decenal de Salud Pública (2022-2031). https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf

Mollen, D., Burnes, T., Lee, S., & Abbott, D. M. (2020). Sexuality training in counseling psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, *33*(3), 375-392.

Morgade, Graciela, Baez, Jesica, Zattara, Susana y Díaz, Gabi. (2011). Pedagogías, teorías de género y tradiciones en "educación sexual". En Graciela Morgade (Coord.), Toda educación es sexual. Hacia una educación sexuada justa (pp. 22-51).. Buenos Aires: La Crujía https://www.bba.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/esi_18_morgade___toda_educacion_es_sexual.pdf

Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

Paulo Freire (30 abril 2016). Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=LriYKkxtq4o

Profamilia (2023). Necesidades y experiencias en salud sexual y salud reproductiva de las personas negras, afrocolombianas e indígenas en Buenaventura y Popayán. https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2023/08/Entre-Saberes-Informe-FINAL-1.pdf

Rincón Araque, M. A. (2020). Actitudes de homofobia en estudiantes de Psicología en Bogotá. *Horizontes Pedagógicos, 22* (1), 12-24. https://horizontespedagogicos.ibero.edu.co/

Sentencia T-440 de 1992. (1992, 2 de julio). Corte Constitucional (Eduardo Cifuentes Muñoz, M. P.). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-440-92.htm

Unesco. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad*. Unesco. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335

Vargas Trujillo, E., Jaramillo Sierra, I. C., & Trujillo Maza, E. M. (2012). *Médicos y derechos: el papel de la formación médica en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos*. Ediciones Uniandes-Universidad de los Andes.Bogotá-Colombia.

Vargas-Trujillo, E. (2007). *Sexualidad... Mucho más que sexo. Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Vargas-Trujillo, E., Ibarra, M., Flórez, C. y Cortés, D. (2014). Evaluación del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía - PESCC. (Informe Final)

ISBN: 978-628-95101-6-4

RESEÑA DE LA AUTORA

JUANITA DEL PILAR BEJARANO CELIS

Psicóloga de la Universidad de los Andes, especialista en pedagogía y magister en educación. Actualmente es docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Ha escrito sobre temas relacionados con la educación de personas con discapacidad, sobre los simuladores en psicología educativa y sobre la educación en salud.

FORO RADIOFÓNICO INCLUSIVO (PCD, EQUIDAD DE GÉNERO) RADIO ANAHUAC 1670AM

INCLUSIVE RADIO FORUM (PWD, GENDER EQUITY) RADIO ANÁHUAC 1670AM

Sandra Luz Espinosa Zamudio
Universidad Anáhuac México
México

Investigación Explicativa

RESUMEN

En los años sesenta, los Women's Studies en universidades americanas introdujeron el concepto de género como una categoría crítica en las investigaciones sociales. Estos estudios examinaron aspectos como la división sexual del trabajo, los estereotipos de género, la violencia y la feminización de la pobreza, revelando que incluso el desarrollo científico puede estar sesgado por supuestos androcéntricos.

Jane Flax destaca que el dominio masculino ha oscurecido la problemática de las relaciones de género y que los hombres, como grupo privilegiado, tienen menos incentivos para cuestionar las injusticias de estas relaciones.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Una dificultad en la evolución de los estudios de género fue separar claramente el concepto de género del sexo biológico. Inicialmente, "género" se usaba como sinónimo de "sexo", lo que generaba confusión. Jane Flax explica que esta confusión hace que el género se perciba erróneamente como una simple extensión de diferencias anatómicas, en lugar de una construcción social. Por tanto, el género es una construcción histórico-social que influye en todos los aspectos de la vida, no una derivación de la biología.

Simone de Beauvoir, en *El segundo sexo*, afirma: “No se nace mujer, se llega a serlo”. Ella explora por qué las mujeres tienen menos capacidad para realizar sus proyectos existenciales y concluye que la cultura patriarcal las ve como “las otras”, relegándolas a un rol subordinado.

De Beauvoir critica cómo desde la familia y la educación se inculca a las mujeres la obediencia y la subordinación. Ella sostiene que la identidad femenina no se basa en diferencias biológicas, sino en un conjunto de prácticas y convenciones sociales que interpretan estas diferencias anatómicas. Como dice: “Ningún destino biológico, psíquico, económico define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana”.

La teoría queer surge como una crítica a las identidades estigmatizadas y busca reafirmar el derecho a la diferencia al cuestionar las normas sexuales tradicionales. Los estudios queer analizan cómo el género influye en la regulación de la sexualidad y en la exclusión de ciertas prácticas.

CAPITULO SEXUALIDAD

Judith Butler, en *Gender Trouble* (1990), plantea que tanto el sexo como el género son categorías construidas socialmente. Inspirada por Rubin, Foucault y Austin, Butler desarrolla la idea de género como performance.

En *Gender Trouble*, Butler combina la crítica feminista con reivindicaciones posmodernas para superar la dicotomía masculina/femenino, cuestionando la visión del género como simple interpretación cultural del sexo biológico. El sexo, como hecho biológico, se convierte en un punto de referencia para justificar significados culturales que sostienen la opresión de las mujeres. Para Judith Butler, el sexo también es una construcción social.

El término "género", introducido por las investigaciones feministas para cuestionar el patriarcado, se estableció en el ámbito académico en la segunda mitad del siglo XX y se incluyó en documentos de la ONU desde 1995. Según Ángela Aparisi Miralles, el "discurso de género" ha demostrado que la identidad sexual no se basa únicamente en la biología, sino en la libertad y la cultura.

Sin embargo, desde los años 80-90, la noción de género ha evolucionado hacia posiciones más radicales, en algunos casos reemplazando el término "sexo" y minimizando el soporte biológico de la diferencia sexual.

Por encima de cualquier Institución, incluso de cualquier ideología, está el ser humano que siempre tiene la misma dignidad, que es la misma esencia con independencia de los accidentes que le acompañan

ISBN: 978-628-95101-6-4

El foro radiofónico es para abordar estos temas incluyendo a las personas con discapacidad. La estación es 1670AM en Radio Anáhuac, estación de la Universidad Anáhuac México

PALABRAS CLAVES

Androcentrismo, violencia, desigualdad, transversalidad de género, sociedad, dicotomismo sexual, insensibilidad de género, feminidad, masculinidad, doble parámetro, sobregeneralización, sobrespecifidad familismo.

ABSTRACT

The radio forum offers a historical and critical view on the concept of "gender," its evolution in the academic field, and its distinction from biological sex. It highlights how gender studies, which emerged in the 1960s, have allowed for the analysis of issues such as gender inequality, violence, and the feminization of poverty. It is noted that, initially, "gender" was confused with "sex," creating misunderstandings about its nature as a social construct.

The work of thinkers like Jane Flax and Simone de Beauvoir is central to the analysis of patriarchy and power relations between men and women. De Beauvoir argues that one is not born a woman but becomes one, emphasizing that female identity is a cultural construction, not a biological issue.

Additionally, we address queer theory, which emerges as a critique of traditional sexual norms, defending diversity and the right to difference. Judith Butler, one of the main queer theorists, argues that both sex and gender are social constructions and proposes that gender is a "performance" or representation.

The concept of gender, initially a critical tool within feminism, has been adopted by international organizations and continues to evolve, sometimes separating from the biological aspect of sex to focus on culture and individual freedom.

In summary, the text reflects on how the concept of gender has transformed social and cultural studies, subverting the idea of a fixed and universal human nature. The radio forum is meant to address these issues, including people with disabilities. The station is 1670AM on Radio Anáhuac, a station of the Anáhuac University in Mexico. Let me know if you need further revisions!

KEYWORD

Androcentrim, Violence**,** Inequality, Gender mainstreaming **(o** Gender transversality**,** Society, Sexual dichotomy, Gender insensitivity, Femininity, Masculinity, Double standard, Overgeneralization**,** Overspecificity, Familism.

INTRODUCCIÓN

El análisis de la equidad de género es fundamental para entender las dinámicas de justicia social y los derechos individuales en una sociedad moderna. La noción de

ISBN: 978-628-95101-6-4

género, surgida a partir de investigaciones académicas, ha servido para desentrañar las estructuras culturales y políticas que perpetúan la desigualdad entre hombres y mujeres. A través de obras influyentes como "Política sexual" de Kate Millet y "La dialéctica de la sexualidad" de Sulamith Firestone, el patriarcado se ha revelado como una estructura de poder que subordina a un género sobre otro. Este análisis, basado en la diferencia entre sexo biológico y género como construcción cultural, ha permitido reinterpretar la situación de la mujer dentro de una red de relaciones de dominación masculina. Así, las cuestiones de género no pueden separarse del marco de los derechos humanos y de las culturas en las que estos valores se implementan, convirtiéndose en un tema central para el desarrollo integral de las sociedades democráticas.

FORO RADIOFÓNICO

La autora Sulamith Firestone dirige su crítica a la familia biológica tradicional y su impacto en la sociedad, ella argumenta que: La desigualdad entre hombre y mujer no solo se debe a la injusta distribución de derechos y oportunidades, sino y, en primer lugar, surge a causa del ejercicio del poder masculino que permea toda la estructura social donde se encuentran insertas las mujeres. En segundo lugar: la diferencia reproductiva natural entre sexos conduce a la división sexual del trabajo. Y en tercer lugar: esta división se convierte en la base para estructuras políticas, jurídicas e idelógicas que oprimen a las mujeres.

CAPITULO SEXUALIDAD

El concepto de género como categoría de análisis en al ámbito de las investigaciones sociales comenzó a emplearse en los años sesenta en las universidades americanas a través de los *Women's Studies* cuyo objetivo consistía en revisar críticamente los soportes teóricos de la concepción del patriarcado e introducir nuevos conceptos que permiten abordar las experiencias de las mujeres desde las facetas que hasta ahora no fueron considerados por las ciencias, como por ejemplo: la división sexual del trabajo, los estereotipos sociales sobre el rol de la mujer, la violencia y la feminización de la pobreza. Estos estudios revelaron entre otras cosas que los mismos desarrollos científicos se llevan a cabo en el horizonte de los supuestos androcéntricos que comprometen su objetividad e imparcialidad.

En relación a esto Jane Flax escribe: "La misma existencia del dominio masculino ha oscurecido la naturaleza problemática de las relaciones de género. Los hombres, como grupo relativamente privilegiado, aunque con diferencias internas, tienen menos que ganar al cuestionar la arbitrariedad y los aspectos injustos de las relaciones de género". (p. 80) Y más adelante la autora señala:

Otra dificultad que surgió en el proceso de evolución de los *gender studies* fue relacionada con la necesidad de reformular la noción de género para referirla a lo cultural y con esto distinguirla con claridad y precisión de lo biológico. La palabra "género" solía usarse como equivalente a la del "sexo", lo cual generaba confusiones conceptuales y obstaculizaba los esfuerzos por explicar el origen de la desigualdad entre hombres y mujeres.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Jane Flax lo puntualiza de la siguiente manera: El género es una construcción social e histórica que: influye en la dimensión biológica y se refleja en lo político, lo económico, lo religioso y lo cotidiano, cada cultura y momento histórico lo define: significado de diferencias biológicas entre h9ombres y mujeres e identidad masculina y femenina. Tiene sus implicaciones: El género no es fijo, sino dinámico y cambiante, la identidad de género es construida socialmente, no biológicamente determinada.

Podemos estar de acuerdo con la autora Carmen Ramos Escandón (1997) quien señala que “el género es una categoría subversiva, porque pone en tela de juicio las convicciones fundamentalistas de que existe una naturaleza única, inamovible y más allá del tiempo y del espacio” El origen de esta idea se remonta a la célebre declaración de Simone de Beauvoir: “No se nace mujer, se llega a serlo”. En su libro *El segundo sexo* Simone de Beauvoir se pregunta ¿Qué es lo que impide a las mujeres crear y realizar sus propios proyectos existenciales? ¿Por qué su capacidad de trascender a través de estos proyectos está muy mermada? En su búsqueda de las respuestas dirige su análisis hacia el valor que confiere la cultura a los géneros diferentes y llega a la conclusión que la cultura patriarcal concibe a las mujeres como “las otras”, como personas de segunda clase, otorgándoles un estatus subordinado y unos roles secundarios frente a los varones.

Lo que especialmente llama la atención de la autora de *El segundo sexo* es el hecho que a las mujeres les inculcan la obediencia y la subordinación desde todas las instituciones sociales, empezando por la familia y la educación donde se les preparan para servir y atender a los varones. La conclusión de Simone de Beauvoir es

contundente: la identidad femenina no se puede comprender refiriéndose únicamente a la diferencia anatómica entre uno y otro sexo; lo que comúnmente se acepta como lo femenino y se asocia con su aspecto biológico, en realidad, alude al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y convenciones sociales que surgen en virtud de una interpretación simbólica de esta diferencia anatómica entre hombres y mujeres. (Beauvoir, 2006: 371).

Junto con los planteamientos desarrollados en los textos de Simone de Beauvoir, las investigaciones de Margaret Mead frente a las visiones predominantes en su tiempo introducen la idea novedosa y original según la cual “los papeles y las conductas sexuales varían según los contextos socio-culturales” (Mead, 1935 citada en Stolcke, 2004: 82). Mead ha estudiado las concepciones acerca de lo masculino y lo femenino en diferentes sociedades del Pacífico Sur y según sus propias palabras:

A partir de la década de los cincuenta en Estados Unidos con el resurgimiento del movimiento feminista el término *gender* empieza a usarse en los ámbitos de psicología y la sexología para distinguir entre el sexo anatómico y el sexo social. El psicólogo y médico estadounidense John Money en lugar de hablar de *sex roles* utiliza el término *gender roles* para resolver las dificultades conceptuales al describir los casos tradicionalmente identificados como hermafroditismo. (Bogino Larrambebere, M. & Paloma Fernández Rasines. (2017). Asimismo, Robert Stoller, psiquiatra y psicoanalista, en su libro *Sex and Gender* (1968) utiliza la expresión *gender identity* con el propósito de diferenciar la transexualidad de la homosexualidad y con esto desligar los deseos de ser

ISBN: 978-628-95101-6-4

hombre o mujer de la orientación sexual. (Bogino Larrambebere, M. & Paloma Fernandez Rasines. (2017).

El feminismo norteamericano adopta y expande el concepto de género pretendiendo con su ayuda elaborar una “antropología de las mujeres” en contraposición a los modelos androcéntricos convencionales en la disciplina. Con esto se abre la posibilidad, por un lado, de derribar el argumento hasta entonces aparentemente inexpugnable de que hay espacios y ocupaciones propios de cada sexo “por naturaleza” y, por el otro, de descubrir el verdadero origen de la subordinación y exclusión de la mujer. Según V. Stolke, (2004)

La incorporación del concepto de género como categoría de análisis a la teoría feminista suele atribuirse a Gayle Rubin, quien en 1975 en su artículo *The traffic in women: notes on the “political economy” of sex* define el género como el sexo socialmente construido. No obstante, antes de abordar la postura de Gayle Rubin, cabe reconocer la aportación teórica de Kate Millett quien fue una de las primeras de recurrir a la noción de género, todavía de corte psicoanalítico, para explicar los orígenes del patriarcado. En su libro *Sexual Politics* en 1969 Millett rechaza que el patriarcado tenga raíces biológicas y afirma que esta forma de dominación sexual masculina es un comportamiento aprendido a través de la educación y a través de las costumbres adoptadas por la sociedad.

El patriarcado es una estructura de poder que define las relaciones entre hombres y mujeres y asigna a estas últimas su estatus subordinado. Según Millett, el patriarcado es una suerte de “colonización interior” que legitima la desigualdad y opresión de las

mujeres: “Aun cuando hoy día resulte casi imperceptible, el dominio sexual es tal vez la ideología más profundamente arraigada en nuestra cultura, por cristalizar en ella el concepto más elemental de poder” (Millett, 1995, p. 70).

Con los trabajos de las autoras feministas, como de K. Millett entre otras, arranca lo que suele calificarse como versión “fuerte” del género que comprende este último como un producto discursivo, esto es, como fruto de una determinada organización social de poder que autoriza y legitima la interpretación “correcta” de las diferencias anatómicas entre los sexos.

Precisamente el género, según Rubin, se debe considerar como elemento clave de un sistema binario “sexo-género” que organiza toda la vida social convirtiendo la materia prima, esto es, el sexo en un universo cultural de representaciones, creencias, normas, prohibiciones y formas de comportamiento:

Desde la formación antropológica Rubin retoma el conocido planteamiento de Levi-Strauss sobre las relaciones de parentesco e interpreta estas relaciones como “formas empíricas y observables de sistemas sexo/género” (Rubin, 1986, p. 106). Según Levi-Strauss, las relaciones de parentesco representan un sistema de intercambio donde el objeto de intercambio son las mujeres.

Así, pues, el sistema sexo/género es un mecanismo cultural que modifica la sexualidad biológica en usos y costumbres sociales otorgando a los machos y hembras humanas su condición de hombres y mujeres con sus respectivas características.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Lo que quiere decir Rubin es que la división de sexos impuesta socialmente no solo forja las identidades masculina y femenina, sino suprime lo que hay de semejante en los individuos, sea cual sea su sexo, y acentúa como naturales sus diferencias. Por eso, “lejos de ser una expresión de diferencias naturales, la identidad de género exclusiva es la supresión de semejanzas naturales” (Rubin, 1986: 115).

De esta manera, la heterosexualidad se concibe como una relación “natural” que sitúa a hombres y mujeres como sujetos complementarios. No obstante, esta complementariedad, necesaria para la reproducción, se transforma en usos y costumbres cuyo denominador común es la subordinación de las mujeres.

Queda, sin embargo, sin responder la siguiente interrogante: ¿Por qué precisamente los varones resultan ser tan beneficiados con la creación del binomio sexo/género, la imposición de la heterosexualidad y la exogamia matrimonial? Rubin increpa a Levi-Strauss y Freud por tomar la opresión de la mujer como un hecho en lugar de considerarla como resultado de las prácticas sociales discriminatorias. Según sus palabras, “hay una economía y una política de los sistemas de sexo/género que el concepto de “intercambio de mujeres” ofusca” (Rubin, 1986, p. 136).

Casi al final de su texto *The Traffic in Women* la autora hace una audaz suposición que la dominación sexual de las mujeres encubre un ventajoso sistema para los varones que convierten el intercambio de mujeres en el modo de conseguir y aumentar los bienes tanto materiales como políticos. “Los sistemas de matrimonio podrían estar implicados de varios modos: en la acumulación de riqueza y el mantenimiento del acceso diferencial a recursos políticos y económicos; en la formación de alianzas; en la consolidación de

las personas de alto rango en un solo estrato cerrado de parentesco endógamo". (Rubin, 1986, p. 140).

Por lo tanto, la auténtica transformación feminista debe incluir la eliminación de las sexualidades y papeles sexuales obligatorios. Rubin así describe su visión de la sociedad futura: "El sueño que me parece más atractivo es el de una sociedad andrógina y sin género (aunque no sin sexo), en que anatomía sexual no tenga ninguna importancia para lo que uno es, lo que hace y con quién hace el amor". (Rubin, 1986, p. 135).

En la década de los años ochenta el concepto de género se convierte en una potente "herramienta heurística" capaz de identificar nuevos temas y problemas de indagación (Maquieira, 2001: 167). En este aspecto cabe destacar la aportación teórica de Joan Scott que se encuentra en su artículo *Gender: A Useful Category of Historical Analysis* publicado en 1986. Después de revisar diferentes significados que ha recibido la noción de género en distintos enfoques teóricos, Scott llega a entender el género "como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y el género como una forma primaria de relaciones significantes de poder" (Scott, 1996, p. 289).

Como ya se había mencionado, en los años 80 la aplicación de la perspectiva de género se convierte en un denominador común de muchas investigaciones realizadas en las más diversas disciplinas, desde la historia, la antropología, la lingüística, las ciencias políticas hasta la literatura y las artes. Como consecuencia de este uso del concepto de género en diferentes ámbitos del saber, su significado se hace cada vez más amplio y

ISBN: 978-628-95101-6-4

extenso llegado el momento cuando se cuestiona la propia utilidad del género como categoría analítica. (Osborn & Molina, 2008, p.148).

En la medida en que la teoretización de género asume las funciones prescriptivas esto se convierte en el motivo de intensos debates y notables tensiones internas en el movimiento feminista que abren paso para las formulaciones teóricas que buscan replantear la cuestión de género desde la óptica deconstructivista.

En los orígenes del pensamiento *queer* se encuentran las convenciones establecidas sobre la sexualidad aceptada socialmente que generan la marginación y la expulsión de otros tipos de las prácticas sexuales. Las sexualidades periféricas que resisten a los valores tradicionales y buscan su reconocimiento dentro de la sociedad motivan los estudios sobre la diferencia, inspirados, a su vez, en la obra de Michel Foucault. El filósofo francés en los años 80 introduce en el ámbito académico el término *biopolítica* que se refiere a “un ejercicio del poder sobre el hombre en cuanto ser viviente” (Foucault, 2000, p. 217).

La noción foucaultiana de biopolítica pone en descubierto que la vida, la muerte, el sexo lejos de ser fenómenos naturales, recaen dentro del campo del poder político que pretende controlar y administrar no sólo los pensamientos sino también los cuerpos de los individuos para fabricar sujetos al servicio del Estado. Precisamente la idea de Foucault que los cuerpos poseen una significación política será el punto clave de la teoría *queer* que buscará, como ya se había mencionado, des-ontologizar el discurso sobre el género. Cabe aclarar que el término *queer* viene del idioma inglés donde significa *extraño, raro* o *curioso* y con frecuencia fue usado para referirse a “anormales” que

incluían, entre otros, a las personas con conductas sexuales diferentes, es decir, fuera de la sexualidad estándar (homosexuales, transexuales, etc.). Para Judith Butler, “

La teoría *queer* surge, entonces, como una interpretación teórica de la disidencia sexual y la de-construcción de las identidades estigmatizadas, que a través de la resignificación del repudio busca reafirmar su derecho a la diferencia. Por eso *lo diferente* o *diferencia* se convierte en la categoría de análisis para denunciar los discursos y prácticas regulatorias basadas en la oposición masculino/femenino. Los estudios *queer* intentan averiguar hasta qué punto el género participa en la estructuración coercitiva de la sexualidad y en la desacreditación y exclusión de ciertas actividades sexuales.

Precisamente la consideración de género como “dispositivo” o “tecnología” de poder se convierte en el eje temático de la obra de Judith Butler quien publica en 1990 *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*, donde plantea que el sexo, al igual que el género son categorías construidas. Retomando las ideas de Rubin y de Foucault, Butler desarrolla la concepción del género como *perfomance,* esto es, la repetición o representación repetida basada en una interacción directa entre el espectador y el creador. Utilizando las metáforas teatrales, Butler comprende el género como papel o rol sexual asumida por el intérprete. Según sus propias palabras,

Saber actuar de acuerdo a las reglas otorga al ser humano la posibilidad de ser “alguien”, es decir, adquirir la identidad. “Que la realidad de género sea performativa significa, muy sencillamente, que es real sólo en la medida en que es actuada” (Butler, 1998, p. 309). No obstante, *performatividad* del género no significa que se elige libremente de qué género uno desea ser; más bien, son las reglas que configuran

ISBN: 978-628-95101-6-4

determinados discursos obligan a actuar de una manera repetida hasta que se produzca la apariencia de una acción completamente natural. “El género es la estilización repetida del cuerpo, una sucesión de acciones repetidas –dentro de un marco regulador muy estricto- que se inmoviliza con el tiempo para crear la apariencia de sustancia, de una especie natural de ser” (Butler, 2007, p. 98).

La identidad es parte constitutiva del discurso regulador en torno al cual se organizan las vidas de los individuos. Obviamente todo lo que no se ajusta a estas reglas, resulta ininteligible y como tal debe ser rechazado. La exclusión es inherente, entonces, a toda identidad. Según Butler, “Los géneros, entonces, no pueden ser verdaderos o falsos, reales o aparentes. Es más, uno se ve forzado a vivir en un mundo en que los géneros constituyen significantes unívocos, en que el género está estabilizado, polarizado, diferenciado e intratable”. En relación a esto Butler afirma:

En su concepción de género como *perfomance* Butler articula la crítica feminista con las reivindicaciones posmodernas de lo lúdico y lo imaginario y esto le permite llevar sus planteamientos teóricos más allá de la tendencia a asociar el género con la oposición entre “masculino” y “femenino”. En efecto, en la teoría feminista el género se configura a través de la oposición al concepto *sexo* concebido este último como un hecho biológico. El sexo se refiere al cuerpo que es propio de un varón o de una mujer y el género, a su vez, es la interpretación cultural que recibe el cuerpo como portador de un *dimorfismo* natural que el sexo impone al cuerpo. De esta manera, la noción del sexo ofrece un punto de referencia indiscutible y evidente de donde se pueden derivar todos aquellos significados culturales que amparan y justifican la opresión social de las mujeres.

Desde luego, si el cuerpo es una unidad orgánica prediscursiva que sirve de soporte para diferenciar varones de mujeres, esto todavía no significa que la anatomía *per se* determina las características socialmente asignadas a cada uno de los sexos. De ahí se consolida el binomio sexo/género donde el sexo, como se había mencionado, se concibe como hecho biológico y el género como su envoltura cultural. Sin embargo, a medida que se extiende la aplicación del concepto de género como categoría de análisis en las diversas disciplinas sociales, comienza a cuestionarse y a discutirse su utilidad teórica. Estos cuestionamientos no solo se traducen en un creciente escepticismo sobre la capacidad explicativa de la noción de género, sino también arrastran la misma oposición binaria sexo/género que respalda la condición cultural del género.

En efecto, la oposición sexo/género supone que siempre se puede distinguir entre lo biológico (=sexo) y lo cultural (=género). Asimismo, supone que la dimensión biológica es inalterable y la dimensión cultural es mutable. No obstante, los fenómenos como intersexualidad y transexualidad desafían la visión del cuerpo que subyace el binomio sexo/género, así como las prácticas sexuales de las mujeres lesbianas y de los hombres homosexuales cuyas experiencias comprometen la “ficción totalizadora” (Hawkesworth) de género. Estas prácticas sexuales subversivas para las certezas heterosexuales sugieren que la compleja organización del cuerpo humano no es compatible con la rigurosa distinción entre dos sexos masculino y femenino.

Para Judith Butler tanto los estudios sobre la morfología del sexo, como los comportamientos sexuales no convencionales representan un claro testimonio que el sexo es también una construcción social y como tal no constituye la base sobre la cual

ISBN: 978-628-95101-6-4

el género deposita su marca. Retomando las ideas de Foucault quien concibe la sexualidad como construcción histórica creada a través de diferentes discursos (medicina, psicología, demografía, economía), Butler afirma que el cuerpo siempre está marcado con “inscripciones” culturales y por eso el sexo es ya una categoría *generizada.* Si se admite este presupuesto, la concepción binaria sexo/género pierde toda su relevancia para la comprensión de la problemática feminista.

Como se puede ver, la respuesta que ha encontrado la autora de *Gender trouble* ante las dificultades surgidas durante el desarrollo y la aplicación del concepto de género consiste en una completa deconstrucción del sistema binario sexo/género. Ahora bien, si las predecesoras de Butler apoyaban la búsqueda de una libre expresión de la sexualidad femenina, sistemáticamente reprimida por la sociedad patriarcal, la mencionada pensadora apela a una transgresión de todas las prohibiciones y exclusiones instituidas a través de la repetición ritualizada de las normas de género. Renunciar la idea que un ser humano corresponde siempre a un género, y que esta pertenencia ocurre en virtud de su sexo, abre el camino hacia la proliferación de nuevas formas de ejercer la sexualidad y construir nuevas identidades genéricas que escapen a las restricciones una ideología de la *diferencia sexual*.

Ahora bien, no existen roles sexuales inscritos en la anatomía humana. Todo lo que el ser humano considera como natural es, en realidad, la naturalización de las configuraciones culturales. De esta manera, tanto el sexo como el género son actos performativos, esto es, actuaciones reiteradas que reflejan el poder del discurso de convertir en realidad aquello que enuncia (Duque Acosta, 2010).

Con esto Butler logra deconstruir no solo las jerarquías basadas en el sexo y el género, sino las categorías mismas que sostienen las discusiones teóricas. Esta deconstrucción, a su vez, se articula como la “proliferación paródica de géneros” que consiste en apertura e inclusión de todos los discursos posibles sobre el sexo y el género. Considerando que la categoría *sexo,* igual como categoría *género* son categorías políticas que respaldan en una sociedad patriarcal la ideología de una heterosexualidad obligatoria, la lucha por el reconocimiento de otras prácticas sexuales se traduce en la exigencia de respeto pleno a la diferencia y la diversidad sexual. Destruidos los *tabúes* y derrocadas las prohibiciones, se abre el camino hacia la performance de un género fluido. Según las palabras de Butler: “Los géneros no pueden ser ni verdaderos ni falsos, ni reales ni aparentes, ni originales ni derivados. No obstante, como portadores creíbles de esos atributos, los géneros también pueden volverse total y radicalmente *increíbles*” (Butler, 2007, p. 275).

Esta concepción performativa de género ha ejercido una gran influencia dentro de los seguidores de la teoría *queer* quienes rechazan toda clasificación sexual y promueven un cambio social en torno a las preferencias sexuales distintas de un modelo dominante. Las ideas desarrolladas en los trabajos de Butler impulsaron los estudios de los roles sociales que se asignan a los varones y a las mujeres y también proporcionaron un valioso recurso para comprender la identidad de género como construcción histórico-social.

Sin embargo: el autor filósofo Julián Marías señala que el hombre o mujer son dos formas de ser humano, son diferentes, pero se necesitan para existir. La masculinidad y

ISBN: 978-628-95101-6-4

la feminidad son radicalmente distintas, pero ambas se necesitan, porque son complementarios.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada se basa en:

1. **Revisión bibliográfica** de teorías y autores clave en los estudios de género y queer.
2. **Discusión crítica** de las ideas propuestas por estos autores, mostrando sus implicaciones sociales.
3. **Comparación** de perspectivas teóricas y cómo han evolucionado.
4. **Aplicación práctica** de estos conceptos en un foro sobre género e inclusión de personas con discapacidad.

ANALISIS DE RESULTADO DE DATOS:

ANÁLISIS CUALITATIVO SOBRE EL FORO INCLUSIVO DE RADIO ANÁHUAC (PCD, EQUIDAD DE GÉNERO)

El foro presenta un enfoque teórico profundo sobre la evolución del concepto de género en los estudios sociales. **Simone de Beauvoir** juega un papel fundamental al problematizar la noción de "mujer" como una identidad culturalmente construida,

afirmando que la mujer ha sido históricamente relegada a un papel subordinado dentro de una sociedad patriarcal. Su célebre frase, "no se nace mujer, se llega a serlo", sigue siendo clave para entender cómo los estudios de género desmantelan la idea de una identidad femenina esencial.

Jane Flax, por su parte, señala que las estructuras de poder patriarcales han mantenido el dominio masculino, haciendo más difícil que los hombres, como grupo privilegiado, cuestionen las relaciones desiguales de género. Este enfoque permite analizar cómo los estereotipos de género han afectado no solo a las mujeres, sino también a la construcción de las masculinidades y la resistencia a la crítica del poder.

La contribución de **Judith Butler** en el contexto de la teoría queer introduce una nueva dimensión al análisis, al sugerir que tanto el sexo como el género son construcciones sociales, desafiando las dicotomías tradicionales. Su noción de que el género es una "performance" permite un análisis más dinámico de las identidades, sugiriendo que el género no es algo fijo, sino que se crea y recrea a través de prácticas sociales.

Contextualización y Crítica: El foro coloca estas teorías en el contexto de un debate más amplio sobre la inclusión de personas con discapacidad. Este enfoque interseccional es relevante porque reconoce que las luchas por la igualdad de género no son homogéneas, sino que interceptan con otras formas de exclusión social, como la discapacidad.

ISBN: 978-628-95101-6-4

En cuanto a las críticas, se puede señalar que, aunque el foro incluye una perspectiva amplia sobre el género, existen debates actuales sobre la relación entre género y biología, donde algunos sectores consideran que las posturas más radicales podrían trivializar la experiencia de las mujeres cisgénero.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la categoría de género dentro del movimiento feminista ha representado un avance fundamental en la comprensión y análisis de la desigualdad entre hombres y mujeres. Al integrarse en los estudios sociales, el concepto de género ha permitido desentrañar la estructura patriarcal de la sociedad, identificando cómo los roles y estereotipos sexuales perpetúan las relaciones de poder y exclusión. Esta herramienta teórica no solo ha revelado la naturaleza construida de las identidades de género, sino que también ha deconstruido discursos tradicionales que justificaban estas desigualdades como inalterables.

La aplicación del enfoque de género ha generado varias rupturas epistemológicas importantes. En primer lugar, ha introducido la idea de historicidad en las nociones de masculinidad y feminidad, mostrando que estas no son fijas, sino que cambian a lo largo del tiempo y de las culturas. En segundo lugar, ha consolidado la perspectiva constructivista, reconociendo el género como una construcción social compleja y fluida, abierta a múltiples formas de expresión. Finalmente, ha señalado la estrecha relación entre las dinámicas de género y los dispositivos de poder, subrayando que las relaciones de género son un componente clave en las estructuras de poder que operan en la sociedad.

La noción de género ha sido clave en el desarrollo de los estudios feministas y en la crítica al patriarcado. Desde su adopción en el ámbito académico y su incorporación en programas de la ONU, ha permitido cuestionar las estructuras de poder basadas en el sexo biológico, subrayando la influencia de la libertad y la cultura en la construcción de la identidad sexual. Sin embargo, la evolución del concepto de género hacia posturas más radicales ha generado debates sobre la minimización del cuerpo biológico en las diferencias sexuales.

Aunque el modelo igualitarista de los estudios de género ha sido esencial para avanzar en la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, también ha caído en la trampa de confundir la diferencia con la subordinación. La igualdad no implica necesariamente la homogeneización de los géneros, y es crucial reconocer que la diferencia no debe entenderse como sinónimo de inferioridad. Así, el reto actual radica en equilibrar la defensa de la igualdad de derechos con el respeto a las diferencias inherentes entre hombres y mujeres, sin que estas diferencias conduzcan a la subordinación.

BIBLIOGRAFÍA

Aparisi Miralles, A. (2009). Ideología de género: de la naturaleza a la cultura. (2012). Modelos de relación sexo-género: de la "ideología de género" *Díkaion*: revista de actualidad jurídica, 21 (2), 357-384. (2014). Discursos de género y bioética. *Cuadernos de bioética*, 25 (84), 259-271.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Bogino Larrambebere, M. & Paloma Fernandez Rasines. (2017). Relecturas de género: concepto normativo y categoría crítica. *La Ventana.* Revista de estudios de género. 5 (45), 158-185.

Beauvoir, Simone de (2005). *El segundo sexo.* Madrid

Beltrán Pedreira, V. Maquieira D'Angelo, S. Álvarez, Cristina Sánchez (2001). *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos.* Madrid: Alianza Editorial.

Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.* Barcelona: Paidós. Butler, J. (2002) *Acerca del término "queer".* En: Judith Butler, Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Buenos Aires: Editorial Paidós, pp.313-339. Butler, J. (1988).

Burgos. J. M. (2011). Dos formas de afrontar la identidad sexual: personalismo e ideología de género. En Angela Aparisi (ed.), *Persona y género*, Thomson Reuters-Aranzadi, Pamplona, pp. 405-421.

DeLauretis, Teresa. (2000). *Diferencias: etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid: Horas y horas.

Duque Acosta, Carlos A. (2010). Judith Butler y la teoría de la performatividad de género. *Revista de educación y pensamiento*, 17, 85-95.

Fausto-Sterling, A. ([2000] 2006). *Cuerpos sexuados* Barcelona: Melusina

Firestone, Shulamith, La dialéctica del sexo, Barcelona, Kairós, 1976.

Flax, J. (1995). *Psicoanálisis y feminismo. Pensamintos fragmentarios.* Madrid: Cátedra.

Foucault, Michel. (2000). Defender la Sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina

Hawkesworth, M. (1999). "Confundir el género (Confounding gender)", *Debate Feminista*, vol. 20, (octubre 1999), p. 3-48.

Marías, J. (1970). *Antropología metafísica.* Madrid: Revista de Occidente. Marías, J. (1998). *La mujer y su sombra*. Madrid: Alianza Editorial.

Mead, Margaret. *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. New York: Morrow, 1935. Mead, Margaret. *Male and Female: A Study of the Sexes in a Changing World*. New York: Morrow, 1949

Millett, K. (1995). *Política sexual.* Madrid: Cátedra.

Osborne, Raquel & Molina Petit, Cristina. (2008). Evolución del concepto de género1 (Selección de textos de Beauvoir, Millet, Rubin y Butler). *EMPIRIA*.

Rubin, Gayle (1975). "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex." En Rayna REITER (ed.) *Toward an Anthropology of Women*. Nueva York: Monthy Review Press, pp. 157-210. [trad. cast.: (1986) "El tráfico de mujeres: Notas sobre la 'economía política' del sexo". *Revista Nueva Antropología* VIII (30), pp. 95-145].

Scott, J. (1986). "Gender: A Useful Category of Historical Analysis", en *The American Historical Review*, vol. 91, nº 5, p. 1053-1075; versión traducida: "El género: una

ISBN: 978-628-95101-6-4

categoría útil para el análisis histórico”, en Lamas, M.(1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: p. 265

RESEÑA AUTORA

SANDRA LUZ ESPINOSA ZAMUDIO

Me dicen Sandrini, y durante más de 13 años he tenido el privilegio de llevar voces y perspectivas diversas a través de las ondas radiales. Desde el micrófono de "Odisea con Sandra", he aprendido que cada conversación es un viaje único, una oportunidad para descubrir lo extraordinario en lo cotidiano.

He compartido momentos con personas excepcionales, desde aquellos que superan sus limitaciones físicas hasta expertos en finanzas y filosofía, todos con algo valioso que decir.

Mi vida ha sido un constante aprendizaje, con dos licenciaturas, múltiples maestrías, un doctorado en alta dirección, y un Honoris Causa que me recuerdan la importancia de la educación y la calidad humana. Pero más allá de los títulos, lo que más valoro es la conexión que logro con mis entrevistados y mi audiencia.

Algunos me llaman "La Risa de la mañana", y es que creo firmemente que el humor y la empatía son las mejores herramientas para abrir corazones y mentes. En cada charla, busco inspirar, porque al final del día, cada quien tiene su circunstancia de vida y es única, llena de desafíos y logros que merecen ser compartidos y celebrados.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a La Universidad Anáhuac México y a Radio Anáhuac por todas las facilidades para lograr nuevos proyectos en pro de la persona humana.

ANEXOS

Radio Sandrini Spotify entrevista a María Concepción persona con discapacidad visual.

Radio Sandrini Spotify entrevista a Sandra Torreblanca y su hijo José Guadalupe pianista con discapacidad visual.

Radio Sandrini Spotify Cronista de la ciudad de Yanga Veracruz, México, lugar donde llegaron los esclavos en la época de Cristóbal Colón.

Radio Sandrini Spotify Yahadira López PCD Neuro degenerativa y Manuel Hernández fotógrafo

PROGRAMA DE RADIO **FORO RADIOFONICO INCLUSIVO**	ESCALETA
INVITADO	TEMA

ISBN: 978-628-95101-6-4

CONDUCTOR	3 BLOQUES 17 MIN.

REDES SOCIALES DEL INVITADO

IMPORTANCIA DE LOS PADRES EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

IMPORTANCE OF PARENTS IN THE PREVENTION OF CHILD SEXUAL ABUSE

Melissa Judith Ortiz Barrero
Diana Cecilia Puentes Puentes
Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD
Grupo de Investigación SOPHIE
Colombia

Investigación Teórica

RESUMEN

Los padres como principales protectores de los niños deben estar informados y preparados para prevenir el abuso sexual infantil (ASI). Aunque a menudo este tema delicado pueda generarles preocupación, miedo y sentimientos de angustia; tener información sobre el ASI les permite adquirir herramientas para proteger a sus hijos, enfrentando así esta realidad preocupante con mayor conocimiento y sensibilidad. Las

investigaciones y las intervenciones en psicología deben incluir a los adultos que interactúan con los niños y no centrarse solo en estos últimos. Los programas de prevención deben involucrar a la familia, la comunidad y entidades públicas y privadas para proteger a los niños del abuso sexual.

PALABRAS CLAVES

Maltrato, Abuso sexual, Infancia, Padres, Protección, Prevención.

ABSTRACT

Parents as the main protectors of children must be informed and prepared to prevent child sexual abuse (CSA). Although this delicate topic can often cause concern, fear and feelings of anguish; Having information about CSA allows them to acquire tools to protect their children, thus facing this worrying reality with greater knowledge and sensitivity. Research and interventions in psychology should include adults who interact with children and not focus only on children. Prevention programs must involve the family, the community, and public and private entities to protect children from sexual abuse.

KEYWORDS

Abuse, Sexual abuse, Childhood, Parents, Protection, Prevention.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil comprende: un adulto abusador, un niño vulnerable, prácticas sexuales no consensuadas y un secreto destructor. Las denuncias y la prevención son cruciales para erradicar esta problemática. En Colombia, según el informe del Periódico el Tiempo (Alegre, 2019), el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportó 21515 denuncias de abuso sexual entre enero y noviembre de 2018, lo que significa 64 casos diarios. Asimismo, Infobae Getty (2019) señaló que en 2019 se registraron 7141 casos de abuso sexual, mayormente cometidos por personas cercanas a las víctimas.

El abuso sexual afecta a toda la sociedad, generando miedo y rechazo. La ineficacia normativa contribuye a la impunidad de estos crímenes, como evidencian los datos de El Tiempo (Quiñones, 2018), donde solo el 17% de los casos resultó en condena. Estas cifras alarmantes muestran la necesidad de una normativa efectiva para combatir el abuso sexual infantil, que ha aumentado en un 16. 8% entre 2016 y 2018.

¿Qué es posible hacer en una sociedad que registra 20,000 casos anuales de abuso sexual infantil en niños entre 0 y 14 años? En Colombia, la Ley 1146 de 2007 es un avance legal importante para prevenir el ASI y brindar atención integral de manera oportuna a los menores que desafortunadamente han sido abusados. El objetivo es evitar la violencia sexual y ofrecer apoyo a las víctimas. Esta ley incluye diversas estrategias para abordar el abuso infantil, dentro de las cuales implementa campañas de prevención

ISBN: 978-628-95101-6-4

por medio de los diferentes medios de comunicación y obliga a las escuelas a desarrollar medidas que permitan prevenir y detectar tempranamente estos casos, garantizando así un entorno más seguro para los niños.

Es claramente visible que la sociedad reclama y exige protección para sus niños, justicia, así como sanciones para los abusadores. Este es un momento crucial para establecer políticas públicas que contribuyan a prevención, así como implementar y poner en marcha programas y realizar inversiones adecuada en este ámbito. Las iniciativas de mitigación del abuso sexual infantil comenzaron en la década de 1970 en Estados Unidos, enfocándose en la detección e intervención. La creación de estos programas se basó en la necesidad de detectar tempranamente el abuso, con influencia del movimiento feminista que lo considera una forma de abuso de poder y violencia de género.

En el ASI, la prevención es clave para evitar impactos negativos físicos y psicológicos. Los programas de prevención buscan introducir el tema en la educación sexual y reducir la ansiedad en los padres que pueden transmitirla a los niños generando miedo. Es necesario implementar acciones que eviten la aparición de dificultades físicas y psicológicas que perjudiquen la vida emocional y en efecto la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes (NNA). (Póo et al., 2002)

El propósito del presente documento es mostrar la importancia de los padres en la prevención del ASI como los principales cuidadores y los más cercanos a los NNA, para de esta forma hacer evidente la necesidad de incluirlos en todo programa de

prevención y en las investigaciones que pretendan comprender el rol protector de los padres y de entornos familiares seguros.

MARCO DE REFERENCIA

LA PREVENCIÓN

¿Cómo prevenir un problema antes de que ocurra? Esta es la premisa de la prevención, que ha trascendido en el ámbito médico para abarcar otros ámbitos dentro de los cuales tenesmos aspectos sociales, industriales, económicos y ambientales. En el año 1940, Leavell y Clark introdujeron la idea del concepto de prevención primaria, que busca identificar las causas de una enfermedad y abordarlas antes de que aparezcan manifestaciones (Cohen et al., 2007). Por tanto, la prevención primaria tiene como objetivo principal impedir que la enfermedad o el problema surjan, centrándose en las condiciones subyacentes en lugar del problema en sí. La labor de prevención teniendo en cuenta a los padres, se orienta en un enfoque de prevención primaria específicamente contra el ASI, con la intención de proteger a niños y niñas vulnerables.

La prevención ha sido un concepto utilizado por diversas disciplinas a partir del siglo anterior, y que a un tiene vigencia en la educación, el trabajo social, la psicología, la medicina y salud pública, el derecho, la antropología y la sociología, lo cual, con el objetivo de reducir costos humanos, económicos o materiales. Actualmente, se aplican programas de prevención en diferentes campos para evitar problemas y sus consecuencias. Existen tres tipos de prevención: primaria, dirigida a la población en

general para prevenir problemas futuros; secundaria, enfocada en poblaciones en riesgo o con antecedentes para evitar que empeoren; y terciaria, que reduce consecuencias de dificultades existentes. La evaluación de la efectividad de los programas de prevención se fundamenta en indicadores como la disminución de la ocurrencia del problema en cuestión (Jones et al., 2001).

Un modelo útil para la prevención del ASI es el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1994). Este modelo considera al niño como el centro de su entorno, rodeado por estructuras interconectadas. Estas estructuras incluyen el ambiente inmediato como la familia, la escuela y los pares (microsistema), las relaciones entre diferentes microsistemas (mesosistema), el entorno externo como la comunidad y los servicios de apoyo (exosistema) y el contexto cultural (macrosistema).

Considerando las teorías ecológicas sobre el maltrato infantil, las consecuencias de este abuso forman parte de un proceso multifacético e interactúan con diferentes factores en distintos niveles: el niño, los padres y el entorno, lo cual afecta negativamente el funcionamiento familiar. (Geraert et al., 2004; Hoefnagels y Mudde, 2000). Orientar en la prevención a estos niveles es importante para evitar el abuso. Se realizan esfuerzos de prevención en microsistemas a nivel primario para mitigar la incidencia de nuevos casos y educar a posibles víctimas, lo que ha demostrado reducir el riesgo de victimización (Renk, et al., 2002).

Es importante asignar el compromiso de prevenir el ASI a los adultos, entre ellos principalmente a los padres y/o cuidadores promoviendo por todos los medios la comprensión de que el contacto sexual con niños para satisfacción sexual es siempre

incorrecto. Es crucial desmitificar la creencia de que los niños pueden provocar este comportamiento y recordar que los adultos son los únicos responsables de mantener el control en estas situaciones (Renk et al., 2002). Así, los padres al saber de una potencial situación abusiva nunca deben culpabilizar al NNA que manifieste un acercamiento inapropiado por parte de algún adulto conocido o desconocido.

IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS

La evaluación de un programa de prevención debe ser continúa debido a sus efectos a corto y largo plazo. Se evidencia cuando la magnitud del problema y sus efectos son alarmantes, como en el caso del ASI, cuya prevalencia mundial es pavorosa. Los abusos sexuales, perpetrados principalmente por hombres de diferentes ámbitos, han sido revelados en todo el mundo, incluyendo casos en la Iglesia católica. Los niños han sido víctimas de ASI a lo largo de la historia, con cambios en la percepción de estos actos. Por tanto, la prevención del ASI es crucial para proteger a los niños vulnerables e intervenir en esta problemática global.

Según el metaanálisis de Stoltenborgh et al.(2011), el 8% de los hombres a nivel mundial ha sufrido abuso sexual en su infancia. En Centroamérica, naciones como El Salvador, Nicaragua y Honduras registran una reincidencia del 7% en la población infantil, reportando un alto número de aberrantes casos (Speizer et al., 2008). En Estados Unidos, se estima alrededor de 250,000 situaciones de ASI (Tobin y Levinson, 2002). La Organización Mundial de la Salud (2005) evidencia en sus registros que entre el 6 y el 59% de las mujeres han sido víctimas de ataque sexual en algún momento de sus vidas. En 2014, se observó que las niñas tienen una tasa de abuso del 18-20% y los niños del

8%. Para el 2016, se registró que el 20% de las mujeres y el 5-10% de los hombres son víctimas de abuso en la infancia (who, 2016).

La incidencia de casos de abuso sexual infantil en Colombia se ha incrementado drásticamente en los últimos años, según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Las denuncias han aumentado, lo cual puede indicar mayor sensibilidad para declarar ante las autoridades competentes o un aumento real en el número de casos. El 50,06% de las denuncias por agresión sexual en menores se evidencia con gran preocupación en escenarios familiares, de pareja y amigos, donde comúnmente el presunto agresor es un familiar cercano. La vivienda es el lugar más común de ocurrencia de estos delitos. En resumen, más del 50% de los casos ocurren dentro de la familia.

Los argumentos para invertir en estrategias de prevención del abuso sexual infantil incluyen: a) la fragilidad de todos los niños al abuso; b) la frecuencia de casos perpetrados por personas cercanas al niño; c) los costos psíquicos, físicos y económicos del abuso en los niños para su rehabilitación; d) la importancia de romper el ciclo de abuso, ya que muchos agresores fueron víctimas de abuso. En Estados Unidos, las estrategias de prevención se enfocan en fortalecer la autoestima de los niños y enseñarles a identificar situaciones riesgosas. (Tobin y Levinson, 2002).

Así, la mayoría de los programas de prevención para erradicar el abuso sexual infantil incluyen tres elementos clave: fortalecimiento de la autoestima, entrenamiento en habilidades sociales y habilidades de denuncia (Tobin y Levinson, 2002). Se enfocan principalmente en los niños, quienes deben aprender a reconocer señales de abuso y cómo actuar ante esta situación. Se ha observado que los niños con experiencia de

abuso a menudo escasean de conocimientos para identificar posibles situaciones de peligro. Por lo tanto, es crucial enseñarles a reconocer conductas abusivas para prevenir el ASI.

LOS PADRES Y LA PREVENCIÓN

Las investigaciones demuestran que los factores de riesgo se encuentran en las esferas individual, familiar y social. Un estudio destaca la importancia de los factores familiares, seguido por los individuales y por último los ambientales. Estos hallazgos resaltan la necesidad de abordar una variedad de factores para prevenir situaciones de riesgo (Londoño et al., 2014). Un número significativo de los estudios eligen grupos sociales específicos para programas de prevención, ya que los componentes de la sociedad afectan las interacciones entre individuos. Por lo tanto, el ASI puede ocurrir en diferentes de estas esferas mencionadas y depende de múltiples factores en interacción.

Quienes cuidan de menores a menudo creen que deben protegerlos solo de extraños, pero estudios muestran que los perpetradores suelen ser cercanos, como padrastros o vecinos (Acuña, 2014; Morillo et al., 2012.). Los niños con mayor riesgo de ser víctimas son aquellos que no pueden revelar ni resistir el abuso sexual, o los que carecen de afecto paterno y pueden interpretar malas caricias como algo normal. Muchas familias temen desequilibrios o crisis y permiten que el incesto permanezca oculto, a pesar de estar reconocido por algunos de sus miembros (Echeburua y Corral, 2006).

A pesar de la percepción de muchos padres de familia sobre el riesgo de abuso sexual infantil, una investigación en Venezuela muestra que el 50% cree que proviene

ISBN: 978-628-95101-6-4

del entorno social externo, mientras que el otro 50% niega que pueda ocurrir en el entorno familiar. Esto evidencia la confianza excesiva en el entorno familiar y pone en riesgo a los niños, ya que creen que no sucedería con un familiar (Morillo et al., 2012).

Finkelhor (1984) descubrió que solo el 29% de los padres hablan con sus hijos sobre estos temas, lo que los expone a un mayor riesgo de victimización. Es fundamental concienciar particularmente a las madres sobre la necesidad de proteger a los menores, sin defender al abusador por miedo a la desintegración familiar. Los menores abusados enfrentan dolor e impotencia, lo que aumenta su vulnerabilidad. Es importante que quienes cuidan de ellos sepan cómo actuar y a quién recurrir si sospechan que pueden estar en peligro de abuso sexual infantil.

En un estudio se encontró que las madres a menudo callan, niegan o retiran denuncias de abuso sexual infantil debido a presión emocional, amenazas y dependencia económica. Este comportamiento es más común en países centroamericanos con poblaciones indígenas o con bajos niveles de educación, e incluso analfabetismo donde existe machismo y una percepción errónea de la preservación familiar (Palacios, 2008). Martínez y Pérez (2006) proponen talleres con medios audiovisuales en el lenguaje de los niños(as) para prevenir el abuso sexual infantil en comunidades rurales e indígenas. Recomiendan también abordar primero educación sexual antes de tratar el tema del abuso sexual, ya que este último puede ser difícil de tratar en una sola sesión con niños pequeños.

Renk et al. (2002) y Hébert et al. (2001) descubrieron que los niños que se vinculan en programas de prevención presentan mejores comportamientos de

autoprotección, habilidades y resultados favorables en comparación con aquellos que no participan (grupo de control). Estudios sobre agresores sexuales han destacado que la asertividad de los niños es clave para prevenir el abuso, y múltiples investigaciones sugieren que los programas de prevención primaria del abuso sexual infantil son efectivos al fomentar la conducta asertiva en las escuelas (MacIntire & Carr, 1999). Sin embargo, se desconoce cómo influyen exactamente estos programas en el comportamiento infantil a largo plazo.

Los padres no han sido capacitados en el campo del abuso sexual infantil, pero pueden recibir capacitación para reconocer cambios en el comportamiento o actitud del niño y detectar posibles abusos. Así como brindar herramientas para evitar ser víctima. La mayoría de los programas de prevención se han centrado en enseñar al niño a reconocer y resistir el abuso sexual, con resultados favorables. Sin embargo, se ha criticado este enfoque por ser demasiado básico, y se busca desarrollar programas más amplios y completos. Es necesario también brindar mayor capacitación a los padres sobre la complejidad de esta problemática, así como abordar a los posibles agresores y el entorno cultural en el que operan (Renk, et al., 2002; Gibson y Leitenberg, 2000; Prieto, 2004).

Según Bolen (2003), lo más importante en la prevención es centrarse en la conducta problema, como el abuso o comportamiento sexualmente agresivo. Se propone un cambio de paradigma para ofrecer a los adolescentes alternativas de masculinidad prosocial, fomentando una expresión sana y no agresiva. Es crucial integrar los contenidos de prevención en el currículo escolar, promoviendo modelos y refuerzos de

ISBN: 978-628-95101-6-4

comportamiento prosocial en todas las clases, desde preescolar hasta grados superiores, ya que los riesgos de abuso varían a lo largo de la vida. Asimismo, se destaca la importancia de dedicar tiempo específico en clases de salud para trabajar programas de prevención en todos los cursos y que estos contenidos sean consolidados en casa por parte de los padres.

Según el estudio de Geraert et al. (2004), al evaluar 40 programas de prevención en familias con niños menores de 3 años en riesgo de maltrato. Descubrieron que estos programas reducen las conductas abusivas por parte de los padres, disminuyendo el riesgo de problemas en el desarrollo del niño, la interacción padre-hijo, el funcionamiento parental, familiar y las características del contexto. Aunque los programas de prevención temprana muestran efectos positivos significativos en niños en riesgo de abuso, la evidencia sugiere que esto es relativamente pequeño y puede mejorarse mediante la vigilancia para detectar el maltrato infantil en familias con acceso a servicios sociales y comunitarios.

Higareda-Almaraz et al. (2011) llevaron a cabo una intervención para desarrollar habilidades de identificación de situaciones peligrosas, reconocimiento de agresores y saber cuándo pedir ayuda. Evaluaron la aptitud de los padres antes y después de la intervención, detectando la necesidad de implementar más estrategias de capacitación para prevenir el abuso sexual infantil en preescolares. Los padres que recibieron información mostraron un cambio de actitud y mayor tranquilidad al educarse sobre la problemática, facilitando la transmisión de esa información a sus hijos.

La mayor cantidad de programas de prevención se concentran en enseñar a los niños a reconocer y denunciar el abuso sexual. Se enfocan en tres objetivos: explicar conductas abusivas, describir a los agresores sexuales y desarrollar estrategias de denuncia. Donde el objetivo final es que los niños en riesgo puedan denunciar su abuso. También se dirigen a padres y profesionales, con el fin de fomentar la relación padre-hijo y la detección temprana del abuso. Estos programas tienen objetivos distintos a los dirigidos a los niños, ya que buscan crear mecanismos de protección y respuesta ante posibles situaciones de abuso (Benavides, 2017).

En próximas investigaciones, es importante identificar intervenciones preventivas para niños, familias y posibles agresores implicados en situaciones de abuso sexual. Posteriormente, se debe evaluar el impacto de los programas de prevención para reducir la incidencia de abuso sexual infantil. Padres y docentes deben informarse sobre el tema, incluso si les resulta difícil creer que un niño conocido esté siendo abusado. La realización de programas preventivos en centros comunitarios, escuelas e iglesias facilita estos esfuerzos. La práctica en red promueve la coordinación entre instituciones y personas involucradas en la problemática del abuso sexual infantil, optimizando recursos y fomentando el sentido de pertenencia. (Renk et al., 2002; Acosta, 2004; Higareda-Almaraz et al., 2011)

Los programas de prevención resaltan la importancia del autoconocimiento corporal, el derecho de los niños a proteger su cuerpo, la diferencia entre caricias adecuadas e inapropiadas, cómo decir NO, actuar con asertividad frente a contacto no deseado, escapar de un agresor, identificar adultos de confianza, distinguir entre

secretos apropiados e inapropiados y comprender que el niño nunca es culpable. En este sentido se debe reconocer que la contribución de los padres de familia en los programas de prevención realizados con NNA es indispensable para reforzar estos conceptos en el hogar, permitiendo al niño practicar sus nuevas habilidades, lo que hace que sean los programas más efectivos (Póo et al., 2002; Acosta, 2004).

También es importante involucrar a las familias y a la comunidad en los programas de prevención de abuso sexual infantil, en lugar de hacer que solo los niños sean responsables de su propia seguridad. Establecer programas que brinden herramientas a las familias puede ayudar a reducir la frecuencia de estos eventos y proteger a los niños de los riesgos. Mantener una comunicación efectiva con los hijos es clave para crear un ambiente de seguridad y confianza que evite la victimización de la violencia sexual infantil (Morillo et al., 2012).

Los programas aplicados a grupos sociales mixtos con padres e hijos de manera conjunta fortalecen los vínculos intergeneracionales y promueven el aprendizaje. Es crucial fortalecer la relación entre padres e hijos, no solo por la información transmitida, sino también por quién la recibe. Un programa para padres e hijos demostró gran participación, tanto de madres como de padres, en actividades como reuniones y marchas de concientización (Perez y Sanchez, 2001).

Higareda et al. (2011) encontraron que una intervención educativa basada en la participación llevó a un mayor aprendizaje y cambio de actitud en los padres sobre la importancia de una educación equitativa para prevenir el abuso sexual infantil (ASI). La apropiación de este tema por parte de los padres beneficia los esfuerzos para prevenir

la violencia sexual contra los menores. La comunicación resulta crucial para fortalecer la prevención del abuso sexual, ya que permite que los menores se sientan seguros para revelar situaciones de riesgo. La percepción de las familias también influye, por ejemplo, al referirse a cómo los menores reaccionan ante posibles situaciones de abuso. Se destaca la importancia de una comunicación empática y espacios seguros para comprender las situaciones que enfrentan los niños.

Es esencial destacar que la comunicación no solo fortalece los lazos afectivos y la confianza, sino que también tiene un impacto en las denuncias. Según Mariscal y Gutiérrez (2003), la reacción de la familia ante el abuso puede influir en la gravedad del trauma, por lo que es importante desarrollar estrategias para manejar estas situaciones y fomentar las denuncias, así como mitigar los efectos del daño causado en el menor para su rehabilitación. En Colombia, un programa de prevención basado en el manejo del riesgo social ha demostrado reducir el peligro de explotación sexual infantil en áreas de extrema pobreza y vulnerabilidad social (Madariaga y Villa, 2012). La implementación de estas estrategias, tanto en espacios públicos como en hogares, puede ser efectiva para proteger a los menores en situación de vulnerabilidad.

Por último, es importante tener en cuenta un nuevo factor en las estrategias de prevención del ASI que va más allá de lo individual y lo familiar que es la alianza entre instituciones sociales públicas (Sanabria y Marín, 2014). Esta colaboración permite establecer relaciones sólidas y compartir labores en pos de un objetivo común, logrando así un impacto masivo y replicable en distintos contextos como el familiar y en múltiples entidades particularmente educativas y de salud.

ISBN: 978-628-95101-6-4

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es crucial instruir a los niños en habilidades de autoprotección para identificar situaciones de riesgo y solicitar ayuda. Las redes de ayuda, especialmente familiares y escolares, son fundamentales. El apoyo de adultos como maestros y padres es esencial, ya que los niños no pueden protegerse solos. Los padres deben tener información para detectar abusos y actuar, al igual que se debe educar a los maestros en sus instituciones. El conocimiento sobre el ASI es una defensa importante. La creación de redes sociales exitosas garantiza la efectividad de los programas de prevención del abuso sexual infantil.

Por lo tanto, los menores de edad requieren programas de prevención del abuso sexual en sus comunidades y familias. Dar educación sexual es vital para prevenir acoso, discriminación, trastornos emocionales por cambios fisiológicos y ETS.

Los padres en la prevención son fundamentales, ya que deben ser los primeros protectores y educadores de sus hijos, y cuando se genera entre estos un ambiente de calidez, confianza, comunicación abierta los padres ayudan a reconocer comportamientos inadecuados y sentirse seguros al expresarse, hablar de experiencias y manifestar cualquier riesgo.

Es importante no ignorar las circunstancias socioculturales de los NNA y sus familias al brindar información, para evitar confusiones. Se deben desarrollar programas de prevención actualizados según las condiciones de la comunidad, considerando la cultura y creencias personales. El desconocimiento de los padres sobre los riesgos que

puede generar la familia para los menores es un factor de riesgo grave. El exceso de confianza puede permitir a los agresores cometer actos criminales.

El rol de los profesionales en salud mental es crucial en la identificación y tratamiento de las secuelas del abuso mitigando el impacto, desde la implementación de programas que empoderen a niños, padres y comunidad, de modo que se reconozcan signos de abuso y se desarrollen estrategias de prevención.

Los entes institucionales y comunidad son aliados esenciales en la erradicación del abuso infantil por medio de campañas de concientización, políticas públicas, recursos de apoyo, colaboración con instituciones educativas, con la base comunitaria, y todos juntos contribuir a favorecer un entorno más seguro para los niños.

Finalmente, los padres son clave en la prevención del ASI, no es necesario haberlo sufrido personalmente su obligación es adoptar estrategias preventivas. Los padres capacitados en el tema pueden identificar factores de riesgo y prevenir el abuso sexual infantil en sus comunidades como agentes activos.

REFERENCIAS

Alegre Barrietos , P. (2019). Periódico el tiempo. Obtenido de https://www.eltiempo.com/justicia/delitos/registro-de-abuso-sexual-en-colombia-contra-menores-de-edad-311738

Acosta, N. A. (2004). Y Entonces… ¿Qué Pasa con la Prevención del Abuso Sexual Infantil?. Archivos Hispanoamericanos de Sexología, 1(10). Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=18314414&lang=es&site=ehost-live

Acuña, M. J. (2014). Abuso Sexual en Menores de Edad, Consecuencias y Prevención. Medicina Legal de Costa Rica, 1(31), 57-69. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1409-0015.

Benavides, J. (2017). Contextos escolares protectores: una nueva alternativa de prevención contra el abuso sexual infantil. ediciones ucc. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12494/16106

Bolen, R. M. (2003) Child Sexual Abuse: Prevention or Promotion. Social Work, 48 (2) p. 174 – 185.

Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. Psychological Review, 101, 568-586.

Cohen, L., Chávez, V., y Chehimi, S. (Eds.). (2007). The imperative for primary prevention. En L. Cohen., V. Chávez, y S. Chehimi. Prevention: Strategies for community well-being. San Fran cisco: John Wiley & Sons

Echeburua, E. & Corral, P. (2006) Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuad. Med. Forense, 43-44 (12), pp. 75-82. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/cmf/n43-44/06.pdf

Finkelhor, D. (2008). Childhood victimization. Oxford: Oxford University Press.

Geraert, L., Van den Noortgate, W. & cols. (2004). The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect. Child Maltratment, 9, Nº 3, 277-291.

Getty. (2019). Infobae. Obtenido de https://www.infobae.com/america/colombia/2019/05/29/alertan-sobre-una-nueva-estrategia-de-los-violadores-de-ninos-en-colombia-se-hacen-pasar-por-reguetoneros-o-influencers/

Gibson, L. E. & Leintenberg, H. (2000). Child Sexual Abuse Prevention Programs: Do They Decrease the Occurrence of Child Sexual Abuse?. Child Abuse & Neglect, 24, 1115 – 1125.

Hebert, M., Lavoie, F., Piche, C. & Poitras, M. (2001). Proximate Effects of a Child Abuse Prevention Program in Elementary School Children. Child Abuse & Neglect, 25, 505 – 522.

Higareda-Almaraz, M. A., Higareda-Almaraz, E., Higareda-Almaraz, I. R., Barrera-de León J. C., Gómez-Llamas M. A., Benites-Godínez V. (2011). Aptitud De Padres para Prevenir Abuso Sexual en Menores Después de una Intervención Educativa

Participativa. Salud Pública 2(53), 134-140. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000200006&lng=es.

Hoefnagels, C. & Mudde, A. (2000). Mass Media and Disclosures of Child Abuse in the Perspective of Secondary Prevention: Putting Ideas into Practice. Child Abuse & Neglect, 24, 1091 – 1101.

Jones, L., Finkelhor, D., y Kopiec, K. (2001). Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. Child Abuse and Neglect, 25(9), 1139-1158

Londoño, N., Valencia, D., García, M., & Restrepo, C. (2014). Factores causales de la explotación sexual infantil en niños, niñas y adolescentes en Colombia. El Ágora, 241-254. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5372970

MacIntire, D. & Carr, A. (1999). Evaluation of the Effectiveness of Stay Safe Primary Prevention Programme for Child Sexual Abuse. Child Abuse & Neglect, 23 (12), 1307-1325

Madariaga, C., & Villa, R. (2012). Eficacia de la política social de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Santa Marta desde la teoría del manejo social del riesgo. Clio América. http://bbibliograficas.ucc.edu.co:2076/10.21676/23897848.434

Mariscal, S., & Gutierrez, B. (2003). Programa integral de prevención del maltrato infantil por abuso sexual. Ajayu.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100005

Martinez, O., & Pérez, X. (2006). Prevención del maltrato infantil en poblaciones rurales del departamento de La Paz. Organo de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo, 178-190. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545474002

Morillo, B., Montero, L., & Colmenares, Z. (2012). Conocimiento de los padres en la prevención del abuso sexual infantil. Revista Electronica Bimestral de Enfermería. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4073757

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Integrated multisectorial approach to child abuse: Introduction and core guidelines. Ginebra: Autor.

Palacios, J. (2008). El abuso sexual a niños, niñas y adolescentes: un secreto familiar, un problema social. Revista Electronica Educare, 99-111. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194114584014

Perez, L., & Sanchez, L. (2001). Un PES para la PAS infantil: Un programa conductual cognitivo para prevenir el abuso sexual en latinoamerica. Revista Aprendizaje y Comportamiento de ALAMOC, 53-66. http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_07_1_un-p-e-s-para-la-p-a-s-infantil-un-programa-conductual-cognitivo-para-prevenir-el-abuso-sexual-en-latinoamerica.pdf

ISBN: 978-628-95101-6-4

Póo, A. M., Obreque, A. & Matamala, A. (2002). Programa de Prevención de Abuso Sexual Infantil para Menores Preescolares y Escolares de Educación Básica del Sector de Pedro de Valdivia de la Ciudad de Temuco. Rev Sogia, 9 (1), 15 – 20.

Prieto, E. (2004). El Abuso Sexual y Otras Formas de Maltrato infantil. La Promoción de Programas de Prevención en el Ámbito Comunitario Basados en la Constitución Y Fortalecimiento de las Redes Interdisciplinares de Trabajo. Psicología Educativa, 2(10), 117-140.

Quiñones , A. M. (2018). Periodico el Tiempo. Obtenido de https://www.eltiempo.com/justicia/delitos/pocas-condenas-en-casos-de-violencia-sexual-contra-ninos-en-colombia-221344

Morillo, B., Montero, L. & Colmenares, Z. (2012). Conocimiento De Los Padres En La Prevención Del Abuso Sexual Infantil. Enferm. Glob, 25 (11), 1-7. doi: http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100001.

Renk, K., Liljequist, L. & cols. (2002). Prevention of Child Sexual Abuse; Are we doing enough?. Trauma, Violence & Abuse, 3, Nº1, 68-84.

Sanabria, M., & Marín, G. (2014). Prevención del abuso y la explotación sexual comercial: Un proyecto exitoso en la zona sur de Costa Rica. Revista Espiga, 1-12. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467846261001

Speizer, I., Goodwin, M., Whittle, L., Clyde, M., y Roger, J. (2008). Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Nicaragua. Child Abuse and Neglect , 32(4), 455-462

Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreatment, 16(2), 79-101. doi: http://dx.doi.org.ezproxyegre.uniandes.edu.co:8888/10.1177/1077559511403920

Tobin, P., y Levinson, S. (2002). Keeping kids save curriculum: A child sexual abuse prevention manual. Montreal: Hunter House.

World Health Organization (WHO). (2016). Violence against women. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/Octubre 2016

RESEÑAS AUTORAS

MELISSA JUDITH ORTIZ BARRERO

Psicóloga. Universidad de los Andes. Septiembre de 2004. Bogotá.

Magíster en Psicología. Universidad de los Andes. Septiembre de 2007. Bogotá. Estudiante del Doctorado en Educación de la Universidad Americana de Europa.

Premio Nacional de Psicología 2023 otorgado por COLPSIC en la categoría “A la Promoción y Divulgación del Conocimiento Psicológico”. Con 15 años de experiencia en

docencia universitaria y evaluación psicológica, diagnóstico y seguimiento terapéutico a población infantil. Con capacitación en las áreas de Medición y Evaluación, Desarrollo Socio-Emocional, Dificultades del Aprendizaje, Violencia Intrafamiliar y Psicología positiva.

Énfasis investigativo en las áreas educativa y salud, con temas como:

- Expresión y comunicación emocional en universitarios, en docentes, en estudiantes de colegios y en directores de instituciones educativas.
- Aplicación de los principios éticos de la psicología en estudiantes de pregrado
- Percepción del riesgo de contagio por COVID-19 y percepción de las vacunas en población colombiana y chilena.
- Diseño y validación de instrumentos psicológicos para evaluar variables asociadas a la salud y salud mental
- Y otros temas como: conducta de automedicación, conducta proambiental, riesgo suicida y prevención del abuso sexual infantil

Actualmente reside en la ciudad de Bogotá. D.C. (Colombia) y se desempeña como docente investigadora de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD. Zona Centro: Bogotá - Cundinamarca. Es líder del grupo de investigación SOPHIE e investigadora del semillero de investigación Serendipity. Y es la conductora y directora científica del programa radial virtual “Salud Global" de la Radio Unad Virtual, un programa dedicado a la psicología, donde presenta resultados de investigaciones, temas de

actualidad y diversas problemáticas de interés para la psicología con invitados de relevancia nacional e internacional.

Publicaciones:

https://scholar.google.com/citations?user=mOU5gNEAAAAJ&hl=es

DIANA CECILIA PUENTES PUENTES

Psicóloga, con especialización en pedagogía para el desarrollo del aprendizaje autónomo de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, Master en psicología clínica y de la Salud, maestrante en Educación, amante del trabajo con las comunidades principalmente aquellas en condiciones vulnerables, trabajo con familias, parejas, consulta clínica, proyectos de desarrollo comunitario, ambientales y educativos. Docente del programa de psicología desde el 2017 en la ECSAH ZCBC Cead Gacheta.

Investigadora desde 2022, del Semillero de Investigación Serendipity – Grupo SOPHIE en temas de salud mental en salud pública, comunitaria, ambiental, y educativo principalmente.

Google académico: https://scholar.google.com.mx/citations?user=3P8M_iavetMC&hl=es Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6333-2166

ISBN: 978-628-95101-6-4

LA MÚSICA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL

MUSIC IN SEXUAL EDUCATION AND PROMOTION OF SEXUAL HEALTH

Ángela Gisselle Lozano Ruiz
Hospital Infantil Universitario de San José
Universidad Nacional Abierta y a Distancia
Colombia

Santiago Naranjo Padilla
Universidad de los Andes
Colombia

Investigación Descriptiva

RESUMEN

Este artículo explora el uso de la música como herramienta educativa en la educación sexual y la promoción de la salud sexual. A través de una revisión sistemática de la literatura, se analizan estudios que destacan cómo la música puede facilitar el aprendizaje, la retención de información y el compromiso emocional en temas complejos como la sexualidad. Los resultados indican que la integración de la música en el currículo educativo no solo mejora la comprensión de conceptos clave, sino que también promueve un ambiente inclusivo y respetuoso, esencial para la educación sexual. Además, se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de estos hallazgos, así como las recomendaciones para futuras investigaciones y las limitaciones del estudio.

PALABRAS CLAVES

Música, sexualidad, programas educativos, educación sexual, promoción de la salud sexual.

ABSTRACT

This article explores the use of music as an educational tool in sexual education and the promotion of sexual health. Through a systematic literature review, studies are analyzed that highlight how music can facilitate learning, information retention, and emotional engagement in complex topics such as sexuality. The findings indicate that integrating music into the educational curriculum not only enhances the understanding of key concepts but also promotes an inclusive and respectful environment, which is essential for sexual education. Additionally, the theoretical and practical implications of these findings are discussed, along with recommendations for future research and study limitations.

KEY WORDS

Music, sexuality, educative programs, sexual education, promotion of sexual health.

ISBN: 978-628-95101-6-4

INTRODUCCIÓN

La educación sexual y la promoción de la salud sexual son componentes esenciales para el desarrollo integral y el bienestar de los individuos y las comunidades. Una educación sexual comprensiva no sólo proporciona conocimientos fundamentales sobre la sexualidad, sino que también dota a las personas de habilidades críticas para tomar decisiones informadas sobre su salud y sus relaciones. Este enfoque promueve el respeto por los derechos sexuales y reproductivos, y juega un papel crucial en la reducción de problemas como los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual. Al fortalecer la cohesión social y fomentar una cultura de respeto y equidad, la educación sexual se convierte en un pilar para una sociedad saludable.

En este contexto, la educación integral en sexualidad (ESI) se destaca como un proceso basado en un currículo que enseña y aprende sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. El objetivo de la ESI es preparar a los niños, niñas y jóvenes con los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderan para realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos (UNESCO, 2018b, p. 16).

La incorporación de la música en la educación sexual ofrece un enfoque innovador y efectivo para abordar estos temas críticos. Diversos estudios han demostrado que la música facilita el aprendizaje y la retención de información, lo que la convierte en una

herramienta poderosa para la educación sexual. La música tiene la capacidad de llegar a diversas audiencias y de resonar emocionalmente con ellas, lo que la hace especialmente útil para transmitir mensajes complejos y promover la aceptación de la diversidad sexual. Así, el desarrollo de canciones y recursos musicales específicos puede hacer que la educación sexual sea más accesible, atractiva y efectiva para los jóvenes.

A lo largo de este artículo, se explorarán las ventajas de integrar la música en la educación sexual, revisando tanto la literatura existente como los casos de estudio que demuestran su impacto positivo. Además, se discutirán las estrategias prácticas para implementar la música en el currículo educativo y se evaluarán los resultados de estas iniciativas. Finalmente, se subrayará la importancia de continuar innovando en el campo de la educación sexual para adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad y asegurar que todos los individuos tengan acceso a una educación sexual inclusiva y efectiva.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

LA MÚSICA COMO FACILITADORA DEL APRENDIZAJE Y LA RETENCIÓN DE INFORMACIÓN.

La música ha sido ampliamente estudiada por su capacidad para mejorar el aprendizaje y la retención de información. Koelsch (2005) investiga cómo la música puede evocar respuestas emocionales que afectan la memoria. En su estudio, Koelsch

señala que la música puede activar áreas del cerebro asociadas con la recompensa y la emoción, lo cual mejora la capacidad de recordar información relacionada. Esta relación entre la emoción y la memoria se vuelve crucial en el contexto educativo, donde la capacidad de retener información es fundamental.

Además, Janata (2009) explora la activación de recuerdos autobiográficos mediante la música, lo que sugiere que la música no solo ayuda a recordar información sino también a evocar recuerdos personales significativos. La capacidad de la música para activar recuerdos específicos puede ser utilizada en la educación sexual para conectar conceptos abstractos con experiencias personales, facilitando así una comprensión más profunda. Blood y Zatorre (2001) también contribuyen a esta discusión al demostrar que las respuestas emocionales intensas a la música están relacionadas con la actividad en el cerebro que modula el placer y la recompensa. Este hallazgo indica que la música puede ser una herramienta poderosa para mantener el interés y la motivación en el aprendizaje.

ESTRATEGIAS PARA INTEGRAR LA MÚSICA EN EL CURRÍCULO EDUCATIVO.

La integración de la música en el currículo educativo ha mostrado ser efectiva en diversos contextos. Chapin et al. (2010) examinan cómo la música puede influir en las respuestas emocionales y neurales de los estudiantes, facilitando el aprendizaje. Su estudio revela que la música puede actuar como un mediador emocional que mejora la comprensión y retención de la información, especialmente en contextos donde los estudiantes enfrentan dificultades para captar conceptos complejos.

Armstrong y Ricard (2016) proporcionan ejemplos prácticos de cómo la música ha sido utilizada en programas educativos para fortalecer la identidad social de los jóvenes. En sus investigaciones, muestran cómo la música puede ser utilizada para abordar temas como la autoaceptación y el respeto hacia la diversidad, elementos clave en la educación sexual. Estos programas demuestran que la música puede ser más que un simple recurso didáctico; puede ser una herramienta para promover cambios positivos en las actitudes y comportamientos de los estudiantes.

ANÁLISIS DE CÓMO LA MÚSICA PUEDE LLEGAR A DIFERENTES AUDIENCIAS.

La capacidad de la música para llegar a diferentes audiencias es una característica valiosa en la educación. Cherry-Reid (2020) ilustra cómo la música puede ser utilizada de manera efectiva en programas educativos de salud, incluyendo la educación sexual. Cherry-Reid destaca que la música no solo atrae la atención de una audiencia diversa, sino que también puede adaptar los mensajes educativos a diferentes grupos culturales y sociales, mejorando la accesibilidad y el impacto de la educación sexual.

Setyarini, Dewanti y Sugiyo (2021) amplían este análisis al discutir cómo la música puede promover la diversidad y la inclusión en la educación. En su estudio, examinan cómo las canciones y los recursos musicales pueden abordar temas de diversidad sexual y respeto a través de sus letras y mensajes. Esto no solo facilita la enseñanza de conceptos relacionados con la diversidad sexual, sino que también fomenta un ambiente inclusivo y respetuoso para todos los estudiantes.

ISBN: 978-628-95101-6-4

RESPUESTAS EMOCIONALES A LA MÚSICA.

Las respuestas emocionales a la música juegan un papel crucial en el aprendizaje y la enseñanza. Arjmand et al. (2017) investigan cómo la música puede inducir cambios en la actividad cerebral relacionados con las emociones, lo cual puede aumentar el compromiso de los estudiantes con el material educativo. Este estudio muestra que la música puede generar respuestas emocionales que refuerzan la conexión con el contenido, haciendo que los temas de salud sexual sean más significativos y memorables para los estudiantes.

Adicionalmente, Sewak et al. (2023) exploran cómo la música puede mejorar las funciones cognitivas en la educación, señalando que el uso de la música puede potenciar la atención, la memoria y el procesamiento de la información. Su investigación proporciona evidencia de que la música no solo es una herramienta motivacional, sino que también puede mejorar la eficacia de los métodos educativos, incluidos aquellos destinados a la educación sexual. Este enfoque subraya la importancia de considerar las respuestas emocionales a la música como un componente clave en el diseño de programas educativos efectivos.

La revisión de literatura muestra de manera contundente que la integración de la música en la educación, particularmente en el contexto de la educación sexual, ofrece beneficios significativos en términos de aprendizaje y retención de información. Los estudios analizados evidencian que la música no solo facilita la comprensión y la memoria de conceptos complejos, sino que también actúa como un catalizador emocional que mejora el compromiso de los estudiantes con el material educativo

(Koelsch, 2005; Janata, 2009). La capacidad de la música para evocar respuestas emocionales fuertes y activar áreas cerebrales relacionadas con la recompensa y la memoria subraya su potencial como herramienta educativa poderosa.

Además, la literatura revisada destaca cómo la música puede ser efectivamente integrada en el currículo educativo para abordar temas de diversidad y promover un entorno inclusivo (Cherry-Reid, 2020; Setyarini, Dewanti & Sugiyo, 2021). La creación de recursos musicales específicos y la implementación de estrategias basadas en la música pueden mejorar la accesibilidad de la educación sexual y fomentar una mayor aceptación de la diversidad sexual entre los jóvenes. Ejemplos de programas educativos exitosos sugieren que la música puede ayudar a superar barreras culturales y lingüísticas, haciendo que los mensajes de salud sexual sean más resonantes y significativos para audiencias diversas (Armstrong & Ricard, 2016).

En conjunto, estos hallazgos sugieren que la música puede desempeñar un papel crucial en la promoción de la salud sexual y la educación sexual, no solo como un recurso didáctico, sino como un vehículo para el cambio emocional y social. La implementación efectiva de la música en la educación sexual puede contribuir a una comprensión más profunda y una aceptación más amplia de los temas de salud sexual, subrayando la necesidad de continuar explorando y desarrollando metodologías innovadoras que aprovechen el poder de la música para la educación.

ISBN: 978-628-95101-6-4

METODOLOGÍA

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se enmarca en el enfoque descriptivo basado en la revisión sistemática de literatura. El objetivo principal es explorar y analizar cómo la música puede integrarse en la educación sexual y la promoción de la salud sexual, y evaluar el impacto de esta integración a partir de la información disponible en fuentes académicas y científicas.

FUENTES DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una revisión sistemática de literatura utilizando la base de datos académica Google Scholar. Esta herramienta fue seleccionada por su amplitud y relevancia en la recuperación de artículos científicos de alta calidad relacionados con la música, la educación sexual y la promoción de la salud sexual.

ECUACIONES DE BÚSQUEDA:

Las búsquedas se llevaron a cabo utilizando términos clave específicos y operadores booleanos para garantizar una búsqueda exhaustiva y relevante. A continuación, se presentan las ecuaciones de búsqueda utilizadas:

- "Music in sexual education" OR "Music in sexual health promotion" AND "Learning and retention" OR "Educational strategies" AND "Emotional responses" OR "Audience engagement"

- "Música en educación sexual" OR "Música en promoción de salud sexual" AND "Aprendizaje y retención" OR "Estrategias educativas" AND "Respuestas emocionales" OR "Compromiso de la audiencia"

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión:

1. Artículos centrados en la integración de la música en la educación sexual y la promoción de la salud sexual.
2. Estudios que discutan estrategias educativas y métodos de retención de información relacionados con la música.
3. Publicaciones revisadas por pares y de alta calidad científica.

Criterios de Exclusión:

1. Documentos no escritos en inglés o español.
2. Artículos publicados antes de 2016.
3. Estudios que no se centran en la música como herramienta educativa o de promoción de la salud sexual.

PROCESO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se realizaron las siguientes etapas en el proceso de selección:

1. **Número Total de Artículos Recuperados:** Se obtuvieron un total de 2880 artículos en Google Scholar.

ISBN: 978-628-95101-6-4

2. **Filtrado Inicial:** Se eliminaron artículos no relevantes basados en el título y descripción, reduciendo el número a 57.

3. **Lectura Completa:** Finalmente, se leyeron a fondo 11 artículos que proporcionaron información detallada para responder a las preguntas de investigación.

EXTRACCIÓN DE DATOS

La extracción de datos se centró en identificar estudios que proporcionaran evidencia sobre los siguientes aspectos:

1. Uso de la música en la educación sexual: Métodos y enfoques utilizados.
2. Impacto de la música en la retención de información: Cómo la música facilita el aprendizaje.
3. Estrategias de integración musical en el currículo: Ejemplos de programas educativos exitosos.
4. Respuestas emocionales a la música**:** Efectos sobre el compromiso y la comprensión de los estudiantes.

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS DATOS

La revisión de literatura sobre el uso de la música en la educación sexual y la promoción de la salud sexual revela diversos enfoques y aplicaciones que resaltan la importancia de la música como herramienta educativa en contextos sensibles y complejos. Los estudios revisados abordan tanto el impacto emocional de la música

como su capacidad para mejorar el aprendizaje y la retención de información en la educación sexual.

En primer lugar, Legendre (2020) explora cómo la música y la creatividad se utilizan como estrategias pedagógicas para mejorar la sociabilidad en estudiantes de educación superior. Aunque su enfoque no es específicamente la educación sexual, el estudio sugiere que la música podría integrarse en estos contextos para fomentar una participación más activa y emocional por parte de los estudiantes. Además, al considerar temas de educación sexual, como la comprensión del consentimiento, el respeto por la diversidad sexual, y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), la música podría facilitar una conexión emocional más profunda, lo que es crucial para el aprendizaje efectivo de estos temas.

Por otro lado, Egermann y Reuben (2020) investigan cómo las respuestas emocionales a la música influyen en los juicios estéticos, es decir, en la apreciación subjetiva de la belleza y la armonía en la música. Estos juicios estéticos, cuando se aplican a un contexto educativo, pueden ser aprovechados para mejorar la receptividad de los estudiantes hacia el material presentado, especialmente en temas como el desarrollo de la identidad sexual y la autoaceptación. Además, la capacidad de la música para evocar respuestas emocionales intensas puede facilitar la enseñanza de conceptos relacionados con la autoestima y la identidad sexual, ayudando a los estudiantes a internalizar estos valores de manera más significativa. En esta línea, Susino et al. (2024) amplían esta perspectiva al analizar cómo la adaptabilidad emocional y el contexto situacional afectan las respuestas emocionales a la música, subrayando que, para

maximizar el impacto educativo en temas de salud sexual, es crucial considerar el estado emocional de los estudiantes.

Asimismo, Nam et al. (2023) ofrecen una mirada sobre cómo el contenido auditivo, incluida la música, puede influir en el rendimiento en tareas que requieren alta concentración. Aunque el estudio se centra en tareas repetitivas, los hallazgos sugieren que la música podría utilizarse para mejorar el enfoque y la retención de información en la educación sexual. Por ejemplo, al abordar temas como la biología de la reproducción o la prevención de ITS, la música puede actuar como un facilitador cognitivo que mantiene a los estudiantes comprometidos y atentos, lo que es esencial para el aprendizaje de información compleja y detallada.

Igualmente, Beier et al. (2022) y Nam et al. (2023), muestran que la música puede mejorar la retención de información y facilitar el aprendizaje al reducir la fatiga y el aburrimiento en tareas repetitivas. Al incorporar música en el proceso de enseñanza, se podría aumentar la satisfacción y el disfrute de los estudiantes, lo que a su vez podría llevar a una mayor inmersión y compromiso con el material educativo. Esto sugiere que utilizar música en clases puede no solo hacer que el aprendizaje sea más ameno, sino también más efectivo.

Además, Osterholt (2021) analiza técnicas de desempeño creativo para mejorar el compromiso de la audiencia en entornos educativos. Su enfoque destaca cómo la música puede ser utilizada para captar y mantener la atención de los estudiantes, un aspecto fundamental cuando se enseñan temas como el consentimiento, las relaciones saludables, y la diversidad sexual. Estas técnicas pueden ser aplicadas en el aula para

crear un ambiente más dinámico y atractivo, donde los estudiantes se sientan motivados a participar activamente en discusiones sobre su salud sexual y bienestar.

Por otro lado, Pacheco Ramírez (2022) se enfoca en cómo la música puede ser utilizada en la enseñanza de la sexualidad en Colombia, destacando su capacidad para superar barreras culturales y lingüísticas. En el contexto colombiano, donde la diversidad cultural y las diferencias socioeconómicas pueden presentar desafíos significativos para la educación sexual, la música actúa como un lenguaje universal que puede llegar a audiencias diversas de manera efectiva. Este estudio sugiere que la música puede facilitar la enseñanza de temas como la igualdad de género, el respeto por la diversidad sexual, y la prevención de la violencia sexual, al tiempo que promueve un ambiente inclusivo y respetuoso. Pacheco Ramírez argumenta que, al integrar canciones y recursos musicales específicos en el currículo, es posible abordar de manera más efectiva las diferencias culturales y lingüísticas presentes en las aulas colombianas, mejorando así la accesibilidad y la eficacia de la educación sexual.

De manera complementaria, Cherry-Reid (2020) explora cómo la música puede ser utilizada para enseñar sobre diversidad sexual a través de una pedagogía queer. Al integrar temas de identidad de género y orientación sexual en el currículo mediante la música, los educadores pueden facilitar una mayor aceptación y comprensión de la diversidad entre los estudiantes. Este enfoque es particularmente útil para enseñar temas como la inclusión y el respeto, esenciales para la creación de entornos escolares seguros y acogedores para todos los estudiantes.

ISBN: 978-628-95101-6-4

En un contexto similar, Setyarini, Dewanti y Sugiyo (2021) investigan la efectividad de métodos musicales para mejorar la comprensión de la educación sexual en la infancia temprana. Su estudio muestra que, mediante canciones y actividades musicales, es posible enseñar a los niños sobre el respeto al cuerpo, las diferencias entre los géneros, y la importancia de establecer límites personales de manera accesible y adecuada para su edad. Este enfoque es crucial para sentar las bases de una educación sexual integral desde edades tempranas.

Finalmente, Armstrong y Ricard (2016) proporcionan ejemplos prácticos de cómo la música ha sido utilizada en programas educativos para fortalecer la identidad social y fomentar actitudes positivas hacia la diversidad sexual. En particular, destacan cómo la música puede ser un recurso poderoso para promover la autoaceptación y el respeto por la diversidad, dos componentes fundamentales en la educación sexual. Además, al integrar canciones que abordan estos temas en el currículo, se puede ayudar a los estudiantes a internalizar valores de respeto y equidad, preparando el terreno para relaciones saludables y responsables.

Por último, Janata (2009) explora la arquitectura neuronal de los recuerdos autobiográficos evocados por la música, lo que sugiere que la música puede conectar conceptos abstractos con experiencias personales significativas. En la educación sexual, esta capacidad podría ser utilizada para ayudar a los estudiantes a relacionar lo aprendido con sus propias experiencias, facilitando una comprensión más profunda y personalizada de temas como la autoimagen, las relaciones interpersonales, y la toma de decisiones informadas sobre su salud sexual.

En resumen, los estudios revisados destacan que la música tiene un potencial significativo para mejorar la educación sexual y la promoción de la salud sexual. Al facilitar la retención de información, evocar respuestas emocionales profundas, y superar barreras culturales, la música se posiciona como una herramienta educativa versátil y eficaz. Además, la integración de la música en el currículo educativo ya sea a través de canciones específicas, actividades interactivas, o técnicas de desempeño creativo, puede promover la diversidad, la inclusión, y el respeto en las aulas, subrayando la importancia de continuar explorando y aplicando metodologías innovadoras en la educación sexual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con base en la revisión de la literatura, esta investigación ha revelado que la música tiene un potencial significativo como herramienta educativa en la educación sexual y la promoción de la salud sexual. A través de los estudios analizados, se ha constatado que la música facilita no solo la retención de información, sino también la creación de un ambiente emocionalmente resonante que puede potenciar el aprendizaje de temas complejos y sensibles como la sexualidad. Los estudios destacan que, al integrar la música en el currículo educativo, se logra una mayor aceptación y comprensión de la diversidad sexual, así como un fortalecimiento de valores como la autoaceptación y el respeto por las diferencias individuales.

ISBN: 978-628-95101-6-4

Los hallazgos indican que la música no solo actúa como un facilitador cognitivo, mejorando el enfoque y la atención en la educación sexual, sino que también desempeña un papel crucial en la mediación emocional, lo cual es esencial para abordar temas como la identidad de género, el consentimiento, y las relaciones saludables. Además, la capacidad de la música para evocar respuestas emocionales intensas puede ser aprovechada para hacer que los estudiantes internalicen conceptos clave de manera más efectiva. En el contexto colombiano, la música se muestra como una herramienta particularmente útil para superar barreras culturales y lingüísticas, lo que subraya su valor en la promoción de una educación sexual inclusiva y accesible.

En conclusión, la integración de la música en la educación sexual y la promoción de la salud sexual se revela como una estrategia educativa eficaz que contribuye al mejoramiento de la retención de información, el compromiso emocional de los estudiantes, y la promoción de valores como el respeto y la inclusión. Los estudios revisados subrayan la importancia de utilizar la música no solo como un recurso didáctico, sino también como un medio para facilitar una comprensión más profunda y personalizada de los temas relacionados con la sexualidad. Esta investigación aporta evidencia sólida sobre la eficacia de la música en la educación sexual y refuerza la necesidad de seguir explorando su potencial en diversos contextos educativos.

Adicionalmente, para futuras investigaciones, se recomienda explorar con mayor profundidad cómo la música puede ser utilizada para enseñar temas específicos de educación sexual en diferentes contextos culturales y socioeconómicos. Asimismo, sería valioso investigar el impacto de la música en la educación sexual a largo plazo,

especialmente en términos de su capacidad para influir en las actitudes y comportamientos de los estudiantes. Además, futuras investigaciones deberían considerar el desarrollo de programas educativos que integren la música de manera sistemática y evaluar su efectividad en la mejora del bienestar sexual y emocional de los estudiantes.

De este modo, teóricamente esta investigación contribuye a la comprensión de la música como una herramienta educativa multidimensional que no solo facilita el aprendizaje, sino que también actúa como un mediador emocional en la educación sexual. Prácticamente, los resultados de este estudio sugieren que los educadores y diseñadores de currículos deben considerar la inclusión de la música en los programas de educación sexual para mejorar la eficacia del aprendizaje y promover un entorno más inclusivo y respetuoso. La música se presenta como un recurso poderoso que puede ser adaptado para satisfacer las necesidades de diversas poblaciones estudiantiles, lo que tiene implicaciones importantes para la práctica educativa en general. Por último, entre las limitaciones de esta investigación se encuentra la dependencia de estudios previos que, aunque robustos, pueden no reflejar todas las variaciones culturales y educativas existentes. Además, la mayoría de los estudios revisados se centran en contextos específicos que pueden no ser generalizables a otras poblaciones. Otra limitación es que la investigación se basa en una revisión de literatura, por lo que los hallazgos dependen de la disponibilidad de los estudios revisados. Sería beneficioso realizar investigaciones empíricas directas que complementen los resultados obtenidos en esta revisión para validar y ampliar las conclusiones alcanzadas.

ISBN: 978-628-95101-6-4

REFERENCIAS

Armstrong, S. N., & Ricard, R. J. (2016). Integrating Rap Music Into Counseling With Adolescents in a Disciplinary Alternative Education Program. *Journal of Creativity in Mental Health*, 11(3–4), 423–435. https://doi.org/10.1080/15401383.2016.1214656

Beier, E. J., Janata, P., Hulbert, J. C., & Ferreira, F. (2022). Do you chill when I chill? A cross-cultural study of strong emotional responses to music. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, *16*(1), 74–96. https://doi.org/10.1037/aca0000310

Blood A.J. & Zatorre, R. J. (2001) Intensely pleasurable responses to music correlates with activity in brain regions implicated in reward and emotion. Proc Natl Acad Sci U S A; 98: 11818-23.

Cherry-Reid, K. A. (2020). *Music to Our Ears: Using a Queer Folk Song Pedagogy to Do Gender and Sexuality Education*. University of Toronto (Canada). ProQuest Dissertations & Theses.

Chapin H, Jantzen K, Kelso JAS, Steinberg F, Large E. (2010). Dynamic emotional and neural responses to music depend on performance expression and listener experience. PLoS One; 5: e13812.

Cherry-Reid, K.A. (2020). Music to Our Ears: Using a Queer Folk Song Pedagogy to Do Gender and Sexuality Education. University of Toronto (Canada) ProQuest

Dissertations & Theses.

Egermann, H., & Reuben, F. (2020). “Beauty is how you feel inside”: Aesthetic judgments are related to emotional responses to contemporary music. *Frontiers in Psychology, 11*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.510029

Koelsch, S. (2010). Towards a neural basis of music-evoked emotions. Trends Cog Sci 14: 131-7.

Legendre, F. L. R. (2020). *Music and Creativity as Educational Strategies for Sociability. Group Dynamics with Students Pursuing Educational Degrees from the Francisco de Vitoria University in Madrid*. Archive.org. https://scholar.archive.org/work/2tqsdup4tvgwzevjv54v2rf33u/access/wayback/http://journalpmn.ru/index.php/PMN/article/download/1116/1149

Pacheco Ramírez, A. G. (2022). *La música como herramienta educativa en la enseñanza de la sexualidad en Colombia*. Universidad Minuto de Dios. https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/18842

Nam, J., Kim, E., Kim, J., Kim, J., Lee, D., & Chung, W. Y. (2023). Effect of audio content on simple and repetitive tasks requiring eyesight: Focus on task performance and emotional responses. *Information Development, 0(0)*. https://doi.org/10.1177/02666669231169242

Janata, P. (2009). The neural architecture of music-evoked autobiographical memories. *Cerebral Cortex*, 19(4), 2579–2590. https://doi.org/10.1093/cercor/bhn292

Jäncke L. (2008). Music, memory and emotion. J Biol; 7: 21.

Legendre, F. L. R. (2020). *Music and Creativity as Educational Strategies for Sociability. Group Dynamics with Students Pursuing Educational Degrees from the Francisco de Vitoria University in Madrid*. Archive.org. https://scholar.archive.org/work/2tqsdup4tvgwzevjv54v2rf33u/access/wayback/http://journalpmn.ru/index.php/PMN/article/download/1116/1149

Sewak, A., Yousef, M., Deshpande, S., Seydel, T., & Hashemi, N. (2023). The effectiveness of digital sexual health interventions for young adults: a systematic literature review (2010-2020). *Health promotion international*, *38*(1), daac104. https://doi.org/10.1093/heapro/daac104

Setyarini, N., Dewanti, S. S., & Sugiyo, P. (2021). The Effectiveness of Singing Methods and Demonstration Methods to Improve Understanding of Sexual Education in Early Childhood. *Journal of Primary Education*, 10(2), 207-217. https://doi.org/10.15294/jpe.v10i2.48702

Susino, M., Thompson, W. F., Schubert, E., & Broughton, M. (2024). Emotional Responses to Music: The Essential Inclusion of Emotion Adaptability and Situational Context. Empirical Studies of the Arts, 0(0). https://doi.org/10.1177/02762374241237683

Osterholt, L. (2021). *Addressing audience engagement through creative performance techniques*. Bowling Green State University. https://scholarworks.bgsu.edu/honorsprojects/657/

Reubens, S., & Egermann, H. (2020). *Aesthetic Judgments in Music and Their Relation to Emotion: Context and Personal Relevance*. Frontiers in Psychology. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.510029

Rodríguez, F. & Ruiz, G. (2020). Music and Creativity as Educational Strategies for Sociability. Group Dynamics with Students Pursuing Educational Degrees from the Francisco de Vitoria University in Madrid. International Division (1): file:///C:/Users/57321/Downloads/1116-2053-1-PB%20(3).pdf

Osterholt, L. (2021). *Addressing audience engagement through creative performance techniques*. Bowling Green State University.

UNESCO (2018). Por qué es importante la educación integral en sexualidad. UNESCO.

RESEÑA DE AUTORES

ÁNGELA GISSELLE LOZANO RUIZ

Magíster en psicología de la Universidad de los Andes y psicóloga egresada de la Pontificia Universidad Javeriana con amplia experiencia en neuropsicología y psicología clínica en contextos hospitalarios y educativos. Experiencia en diagnóstico y rehabilitación de pacientes con alteraciones cognitivas en primera infancia, adolescencia y adultez mayor, y desarrollo de programas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención a pacientes con conducta suicida, víctimas de violencia sexual y violencias basadas en género.

ISBN: 978-628-95101-6-4

SANTIAGO NARANJO PADILLA

Profesional en Música con formación de la Universidad de los Andes, especializado en Producción de audio y Composición para Cine y Medios. Experiencia en producción de material audiovisual complejo para enseñar y transmitir conocimientos en el ámbito musical, ingeniería de sonido en vivo, producción fonográfica, arreglos musicales y composición promoviendo la colaboración en entornos multiculturales y facilitando la comprensión de material técnico y artístico.

PREVALENCIA DEL ACOSO SEXUAL UNIVERSITARIO. APLICACIÓN DE LA ENCUESTA ASIES EN UNA UNIVERSIDAD PRIVADA ECUATORIANA

PREVALENCE OF UNIVERSITY SEXUAL HARASSMENT. APPLICATION OF THE ASIES SURVEY IN A PRIVATE ECUADORIAN UNIVERSITY

Graciela Ramírez I.[1]
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Ecuador

Nathalia Quiroz Del Pozo
PUCE Ecuador

Investigación Mixta

RESUMEN

En el presente artículo se explora los primeros resultados de la aplicación de la encuesta ASIES en una universidad privada de la ciudad de Quito-Ecuador. ASIES es un instrumento que reporta datos de ocurrencia de los eventos relacionados con el acoso sexual, su gravedad y reiteración; además da cuenta de las circunstancias de su

[1] Candidata doctoral por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Máster en Ciencias Sociales por FLACSO Ecuador. Psicóloga Clínica PUCE Ecuador. Sus líneas de investigación incluyen: teoría psicoanalítica, atención especializada a mujeres en situación de violencia e investigación forense. Actualmente es docente agregada de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y realiza consulta privada desde la clínica psicoanalítica.

ocurrencia, rol de los responsables de los actos de acoso dentro de la comunidad universitaria y cuál es la relación con la parte afectada. ASIES detalla los posibles cambios recientes en la cotidianidad personal, social y académica de las víctimas que pueden ser indicativos de consecuencias negativas en su proyecto de vida. En base a lo antes mencionado, en este trabajo se analizó exclusivamente los ítems de la encuesta relacionados con los posibles efectos en la salud mental de las encuestadas. Los resultados indican que un 43.5% (N=221) de la muestra (N=508) ha vivenciado al menos una situación de acoso sexual en su vida académica; un 91.6% de víctimas siente miedo de volver a la Universidad; un 96.1% renunciaron temporalmente a las actividades relacionadas con la vida académica; un 92.7% reporta que su vida amorosa ha sido afectada y el 76.9% señala haber solicitado apoyo psicológico.

PALABRAS CLAVE

Acoso sexual, universidad, salud mental.

ABSTRACT

This article explores the first results of the application of the ASIES survey in a private university in Quito. ASIES is an instrument that reports data on the occurrence of events related to sexual harassment, its severity and repetition; It also provides an account of the circumstances of its occurrence, the role of those responsible for the acts of harassment within the university community and what the relationship is with the affected part. ASIES details the possible recent changes in the personal, social and

academic lives of the victims that may be indicative of negative consequences in their life project. Based on the aforementioned, this work exclusively analyzed the survey items related to the possible effects on the mental health of the respondents. The results indicate that 43.5% (N=221) of the sample (N=508) have experienced at least one situation of sexual harassment in their academic life; 91.6% of victims feel afraid of returning to the University; 96.1% temporarily gave up activities related to academic life; 92.7% report that their love life has been affected and 76.9% indicate that they have requested psychological support.

KEY WORDS

sexual harassment, university, mental health.

INTRODUCCIÓN

El acoso sexual universitario ha sido reconocido, con mucha dificultad, como una forma de violencia basada en género. En el documento Lineamientos generales para la respuesta al acoso sexual y otras formas de violencia basada en género en las instituciones de educación superior del Ecuador, se lo define como “una construcción patriarcal de las relaciones de género y la sexualidad masculina, que otorgan al agresor un poder sobre la víctima, por el cual considera tener la prerrogativa de seducir y forzar una respuesta sexual” (Consejo Nacional para la Igualdad de Género Ecuador, Universidad Central del Ecuador, 2016).

ISBN: 978-628-95101-6-4

El acoso sexual dentro de las Instituciones de Educación Superior (IES) es una problemática creciente de seguridad ciudadana. Uno de los motivos para este crecimiento, es porque se da en un espacio que se propone como seguro y en donde las estudiantes no supondrían estar en riesgo. Esperanza Bosch en su estudio Acoso sexual en el ámbito universitario: elementos para mejorar la implementación de medidas de prevención, detección e intervención, sintetiza resultados de investigaciones que reflejan las experiencias de las mujeres en el ámbito universitario español y señala que un punto débil que tienen las diferentes universidades en materia de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres y el acoso sexual justamente es la falta de monitoreo de los espacios y actividades cotidianas de la comunidad universitaria, ya que en estos espacios no se supone vulnerabilidad; además se realizan pocas intervenciones globales para evitar este fenómeno a partir de la difusión de sus consecuencias (Navarro-Guzmán, Ferrer-Pérez, & Bosch-Fiol, 2016). En palabras sencillas muchos miembros de las comunidades universitarias suponen ingenuamente “el acoso se da en otras IES, aquí no”

En resumen, a pesar de que no existen convenios internacionales vinculantes sobre el concepto “acoso sexual”, este se incorpora progresivamente en el debate público sobre las violencias, con una carga irrefutable de desigualdad en contra de las mujeres (Gaytan, 2009), (Morales, N. Quiroz, & Ramírez, 2016).

En un estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia, se ha referido brevemente que, los efectos de la exposición al acoso sexual en la vida universitaria están atravesados por la subjetividad, cómo una forma única de vivir los disgustos, las

molestias, las sensaciones y el sentirse amenazada. Sin embargo, a pesar de la dificultad de generalización en cuanto a efectos psicosociales del acoso en la población universitaria; se resume que las áreas más afectadas en la población agredida son: la salud psicológica, emocional y física, la vida académica, familiar y laboral y económica. La mayoría de consultadas en el año 2018, refieren como primer efecto negativo al enojo, seguido de inseguridad, vergüenza, miedo, ansiedad, irritabilidad, depresión, manifestaciones en la salud física y la disminución del rendimiento académico (Díaz Susa, 2022). El efecto sobre el rendimiento académico se asocia con la pérdida de cursos y finalmente el retiro de la universidad y por tanto genera una fisura importantísima en el proyecto de vida.

El consentimiento positivo y explícito frente a una propuesta de intercambio sexual es una muestra de respeto por la autonomía sexual de una persona (Angel, 2021) y por tanto la ausencia de este implica irreductiblemente una agresión frente a esta autonomía. Las víctimas describen haber cometido errores en su desempeño y haber sido sancionadas o al menos reprimidas por colegas que no justifican dichos errores. Sin embargo, cuando piden ayuda o justicia, lo primero que se descarta es que la víctima use su denuncia como una forma de venganza o de hacer daño a los agresores, sin tomar en cuenta que denunciar un hecho de acoso sexual supone un costo emocional basado principalmente en acciones evitativas del malestar que supone, el enfrentarse a un entorno social y un sistema de justicia que las culpabiliza por lo ocurrido (Amnistía Internacional , 2023).

ISBN: 978-628-95101-6-4

En el Ecuador, la cuestión no es diferente, en un estudio realizado por la Red Interuniversitaria de Investigación, se determinó que un 34% de la población universitaria ha sido expuesta a alguna forma de acoso sexual, de igual manera se evidenció que 3 de cada 10 estudiantes y 4 de cada 10 docentes, personal administrativo, o personal de servicio; han sido víctimas de acoso sexual en su vida universitaria (Guarderas, 2023). En estas cifras, se puede inferir que la prevalencia del acoso sexual universitario no es insipiente; sino que más bien, es una problemática invisibilizada y creciente.

En base a esta prevalencia, se detecta que el acoso sexual tiene un efecto directo en la no finalización del ciclo académico, en la pérdida de la carrera o en la desvinculación laboral voluntaria de las afectadas. Según (Guarderas, 2023) el ausentismo en las aulas es más frecuente en personas que han experimentado acoso sexual que en personas que no lo han vivido. Además, existe otro fenómeno igual de peligroso denominado “presentismo”, el mismo indica que, muchas veces las personas afectadas por el acoso sexual asisten a clases, pero no pueden dar cuenta de una presencia activa en sus labores cotidianas u otras actividades académicas. Más de la mitad de las personas que afirman haber experimentado en calidad de víctimas el acoso sexual reportan experiencias continuas de ausentismo o presentismo que han afectado directamente su proyecto de vida; pero sólo una cuarta parte reporta que accedió a espacios de acompañamiento psicológico por este motivo.

Una vez que ya se concluyó que el acoso sexual se puede medir (Larrea M. , 2018) y se cuenta con un instrumento validado en población ecuatoriana, es válido interrogarse:

¿Qué hacemos con estas cifras? Cómo incidimos favorablemente en las IES, para que la política interna de erradicación del acoso sexual universitario no sólo arroje datos de prevalencia, sancione a los posibles agresores; sino que ponga en el centro de la discusión una verdadera reparación integral a las víctimas.

En base a todo lo antes mencionado, el presente trabajo parte de la aplicación de la encuesta ASIES en una muestra de (N=800) personas que son parte de una universidad privada en la ciudad de Quito. A pesar de que la encuesta tiene como motivación primordial arrojar datos de prevalencia, se ha decidido centrar este escrito en los ítems que describen los efectos del acoso sexual y, por tanto, el objetivo central será: describir las afectaciones en la salud mental de las víctimas de acoso sexual en el espacio universitario detectadas por la ASIES.

METODOLOGÍA

INSTRUMENTO

La encuesta ASIES fue desarrollada en el año 2018 en un proyecto liderado por la Red Interuniversitaria de Investigación Feminista. El equipo de trabajo interrogó el concepto de acoso sexual universitario bajo la pregunta ¿Se puede medir el acoso sexual? Y concluyó en varios indicadores agrupados en un instrumento con preguntas relativas a 21 comportamientos o situaciones indicativas de acoso sexual. Este instrumento tiene información sociodemográfica de la persona encuestada, indicadores de vida educativa/laboral, detalla experiencias interpersonales en la universidad (escala

de medición del acoso sexual). ASIES pasó por un proceso de validación del constructo y del contenido, e indaga sobre la ocurrencia de los eventos y su gravedad/reiteración (en una escala de nunca/ antes pero no en este año/1-3 veces/4-10 veces/más de 10 veces en los últimos 12 meses), además de las circunstancias de su ocurrencia (quién, relación con la persona acosada, dónde ocurrió). Paralelamente, reporta también el conocimiento de acciones institucionales, protocolos y rutas de apoyo en las universidades y cambios recientes en la vida. Indaga sobre modificaciones significativas en la vida personal, social y académica de las personas afectadas que pueden ser indicativos de consecuencias negativas del acoso sexual (Larrea M. e., 2020).

ASIES, es un instrumento que ha sido aplicado a una muestra mayor a las (N=25000) repeticiones en distintas IES del Ecuador, donde se ha demostrado una prevalencia aproximada general del 40% de incidencias de acoso sexual. Para reportar propiedades psicométricas, la escala ha sido testeada en una muestra de (N=4628) personas, se realizó un análisis descriptivo de los ítems, un análisis de correlación ítem-total y un análisis factorial, tanto exploratorio como confirmatorio, para probar la estructura interna de la escala. Se encontró que el modelo de 4 factores y un factor de segundo orden fueron los que presentaron mejor ajuste (CFI = .99, TLI = .99, SRMR= .075 y RMSEA = .018). Los resultados confirman las cuatro dimensiones planteadas para la medición del acoso sexual (Guarderas Albuja, 2023).

PARTICIPANTES

Se aplicó la encuesta en una población aproximada de (N=8000), perteneciente a la comunidad universitaria. El tamaño de la muestra esperado era de (N=367) con un

95% de confiabilidad, Se obtuvo (N=800) respuestas a la encuesta. Lastimosamente (N=292) personas decidieron no aceptar el consentimiento informado que era el primer ítem de la encuesta. Sin embargo (N=508) consintieron la aplicación. Se incluyen al estudio a las y los estudiantes matriculados en pregrado, en modalidad presencial y semipresencial, desde el tercero al séptimo semestre de todas las facultades. Se incluyó también al personal docente que es parte de las facultades en todas formas de relación laboral, dedicación y categoría. Participó también el personal administrativo que se encuentre trabajando por mínimo un año de trabajo a tiempo completo bajo relación de dependencia.

PROCEDIMIENTO

El paradigma de investigación se basó en una metodología mixta y el diseño del estudio es de alcance descriptivo, es de corte transversal y con proyección para monitoreo futuro. En esta ocasión se ha centrado en las tres secciones de la encuesta donde además de reportar las frecuencias obtenidas, es posible describir cualitativamente la relación de las respuestas relacionadas con la salud mental con los dos conceptos propuestos: estrago y objeto. Las secciones tomadas son: Sección II. Vida educativa/laboral, Sección III. Experiencias interpersonales en la universidad y Sección V. Cambios recientes en su vida.

Se aplicó el instrumento de forma anónima y aleatoria (se envió el instrumento a toda la comunidad universitaria y se aplicó un diseño muestral por medio de la plataforma virtual Kobo Collected. Se socializó la investigación con la comunidad universitaria mediante sus canales oficiales como correo electrónico institucional, cartelera y de forma

ISBN: 978-628-95101-6-4

directa a través de las investigadoras vinculadas al estudio. Con el fin de supervisar que la recolección de datos cumpla con los mínimos éticos planteados se capacitó sobre el uso del instrumento a todo el equipo de investigación a fin de poder garantizar la aplicación del consentimiento informado, el tiempo óptimo de aplicación y solventar posibles dificultades.

Los datos fueron analizados a partir de los siguientes pasos: 1. identificación de errores y datos perdidos de la base de acoso sexual ASIES (KooboToolBox), 2. Recodificación de la base de acoso sexual a través de la entrevista ASIES (SPSS),3. Limpieza de base de datos en (SPSS), 4. Análisis de variables de acuerdo con la investigación (SPSS), 6. Elaboración de tablas de resultados y discusión.

RESULTADOS

A continuación, se describe los resultados destacados en las secciones de la encuesta relacionadas con los efectos del acoso sexual en la salud mental de la población estudiada.

Tabla 1. ASIES ¿Ha sufrido al menos una situación de acoso?

	n	%
No	287	56,5
Si	221	43,5
Total	508	100,0

*Tomar en cuenta que el diseño de la encuesta no permite analizar el acumulado de varias situaciones de acoso, parte de “al menos una”.

Cómo se puede observar en la Tabla 1, cuatro de cada diez personas, lo que equivale al 43.5% de la muestra, han experimentado al menos una situación de acoso sexual. Esto indica que este tipo de conductas son relativamente comunes en la población estudiada. Esta cifra se corresponde con el estudio realizado por (Guarderas, 2023), que reportan un 40% de prevalencia del acoso sexual en su muestra.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SEXO GENÉRICAS DE LAS VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL

		n	%
SEXO***	Mujer	174	78.73%
	Hombre	47	21.26%
	No binario	0	0,0%
GÉNERO***	Femenino	172	77.82%
	Masculino	45	20.36%
	Otro	4	1.80%

*** significación estadística superior al 95%

Se observa en la Tabla 2 una disparidad significativa en la incidencia de acoso sexual entre hombres y mujeres, donde las mujeres han experimentado casi el doble de casos en comparación con los hombres, con una diferencia de 28 puntos porcentuales. Además, se destaca que todas las personas con diversidad de género han enfrentado al menos una situación de acoso, lo que subraya la vulnerabilidad generalizada en este aspecto.

TABLA 3. ROL QUE CUMPLEN EN LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA LAS VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL

		n	%
ROL EN LA UNIVERSIDAD***	Estudiante	174	78.73%
	Docente	23	10.40%
	Trabajador/a de servicios	2	0.90%
	Administrativo/a	22	9.95%
	Autoridad	0	0,0%

*** significación estadística superior al 95%

ISBN: 978-628-95101-6-4

En la Tabla 3, los datos revelan que los estudiantes son el grupo más afectado por el acoso sexual. Es llamativo que la cifra de trabajadores no sea representativa en relación con la población encuestada. Esto lleva a pensar que posiblemente los y las colaboradoras de la universidad privada entienden que los esfuerzos que se hace en las IES son para beneficiar solamente a los y las estudiantes. A pesar de esta limitación, se ha observado que las dos personas de este estamento que llenaron la encuesta han sido víctimas de acoso; lo que sugiere que la vulnerabilidad no está limitada únicamente a los estudiantes. Llama la atención que no se registraron casos de acoso entre las autoridades, lo que podría indicar una relación de jerarquía que no permite evidencia de vulnerabilidad.

TABLA 4. RESULTADOS SECCIÓN II. VIDA EDUCATIVA/LABORAL

		n	%
Dificultades para concentrarse***	Nunca	28	12,66%
	1-5 días	125	56,56%
	6 a 10 días	20	9.04%
	Casi todos los días	48	21.72%
Estudio/trabajo más lento***	Nunca	30	13,57%
	1-5 días	121	54,75%
	6 a 10 días	26	11,76%
	Casi todos los días	44	19,91%
Cansado/a, agotado/a o exhausto/a***	Nunca	5	2,26
	1-5 días	97	43,89
	6 a 10 días	50	22,62
	Casi todos los días	69	31,22
Poco interés o placer en hacer las cosas***	Nunca	36	16,29
	1-5 días	100	45,25
	6 a 10 días	37	16,74
	Casi todos los días	48	21,72
Problemas para relajarse***	Nunca	26	11,76
	1-5 días	89	40,27
	6 a 10 días	41	18,55
	Casi todos los días	65	29,41
	Nunca	41	18,55

	1-5 días	85	38,46
Ha sentido miedo, como si algo muy malo fuera a suceder***	6 a 10 días	40	18,10
	Casi todos los días	55	24,89
Se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o inquieto/a***	Nunca	14	6,33
	1-5 días	90	40,72
	6 a 10 días	42	19,00
	Casi todos los días	75	33,94
Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas***	Nunca	32	14,48
	1-5 días	85	38,46
	6 a 10 días	41	18,55
	Casi todos los días	63	28,51
Mantiene preocupaciones personales ajenas al estudio/trabajo***	Nunca	29	13,12
	1-5 días	88	39,82
	6 a 10 días	35	15,84
	Casi todos los días	69	31,22

El estudio se enfocó en examinar detalladamente las repercusiones del acoso sexual en el desarrollo académico y laboral, así como en la salud mental de las personas afectadas. Se ha observado en la Tabla 4, de manera consistente, que aquellos que han experimentado acoso sexual muestran secuelas en diversas áreas de sus vidas. Los resultados revelan diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas, lo que subraya la gravedad del impacto en las personas. Estas dificultades incluyen una disminución en la capacidad de concentración, una notable reducción en la velocidad de ejecución del trabajo afectando negativamente la eficacia operativa. Además, se observa un incremento en la sensación de fatiga, una marcada disminución en el interés por participar en actividades académicas o laborales, así como dificultades para encontrar momentos de relajación. Estas personas también reportan un aumento significativo en los niveles de miedo y ansiedad. Aunque se reconoce la posible existencia de otros factores contribuyentes, estos resultados reflejan una tendencia clara

ISBN: 978-628-95101-6-4

y preocupante que destaca la necesidad de abordar el acoso sexual como una variable de influencia directa en la salud mental de la población universitaria.

TABLA 5. RESULTADOS SECCIÓN III. EXPERIENCIAS INTERPERSONALES EN LA UNIVERSIDAD

		n	%
Cometió errores es sus tareas/funciones porque estaba preocupado/a *	Nunca	63	28,51
	1-5 días	108	48,87
	6 a 10 días	22	9,95
	Casi todos los días	28	12,67
Ha recibido regaños o amonestaciones por su desempeño***	Nunca	124	56,11
	1-5 días	75	33,94
	6 a 10 días	13	5,88
	Casi todos los días	9	4,07
Ha tenido dificultades con sus colegas por no cumplir con los trabajos***	Nunca	150	67,87
	1-5 días	60	27,15
	6 a 10 días	5	2,26
	Casi todos los días	6	2,71
Ha tenido un rendimiento educativo/laboral muy por debajo de sus capacidades	Nunca	80	36,20
	1-5 días	96	43,44
	6 a 10 días	24	10,86
	Casi todos los días	21	9,50
Su desempeño *	Ha empeorado mucho	14	6,33
	Ha empeorado un poco	97	43,89
	Se mantiene igual	64	28,96
	Ha mejorado un poco	36	16,29
	Ha mejorado mucho	10	4,52

Se puede evidenciar en la Tabla 5 que existe cierta asociación entre el acoso sexual y errores o dificultades que las personas han cometido dentro de su práctica académica o laboral. Las dos áreas con mayor porcentaje son la recepción de regaños o amonestaciones por su desempeño y dificultades con sus colegas por incumplimiento

de los trabajos o actividades designadas. Ello podría ser explicado por estrés psicológico, niveles de ansiedad, el malestar emocional, además del ambiente laboral hostil generado por conflictos interpersonales.

TABLA 6. RESULTADOS SECCIÓN V. CAMBIOS RECIENTES EN SU VIDA

		No		Si	
		n	%	n	%
Temor de acudir al lugar de estudio/trabajo***	Si	24	8,4%	55	24,9%
	No	263	91,6%	166	75,1%
Ha cambiado sus números de teléfono, sus direcciones de correo o ha cerrado sus redes sociales*	Si	23	8,0%	37	16,7%
	No	263	92,0%	184	83,3%
Ha cambiado los itinerarios y lugares que frecuentaba***	Si	46	16,0%	76	34,5%
	No	241	84,0%	144	65,5%
Se ha mudado o cambiado de carrera/lugar de trabajo	Si	11	3,8%	17	7,7%
	No	275	96,2%	203	92,3%
Ha pensado en desertar de la U	Si	38	13,2%	40	18,2%
	No	249	86,8%	180	81,8%
Ha renunciado o ha desertado temporalmente**	Si	11	3,9%	24	10,9%
	No	274	96,1%	197	89,1%
Siente que su vida social se ha visto limitada**	Si	71	24,8%	82	37,3%
	No	215	75,2%	138	62,7%
Siente que su vida sexual y/o afectiva ha sido perturbada significativamente***	Si	21	7,3%	46	21,0%
	No	265	92,7%	173	79,0%
Ha buscado apoyo psicológico***	Si	66	23,1%	89	40,5%
	No	220	76,9%	131	59,5%

Finalmente, en la Tabla 6 se puede ver datos significativos en los ítems donde se consulta sobre si existe miedo para asistir a la Universidad, el 91.6% de las personas encuestadas responden afirmativamente; y aunque el dato de las personas que pensaron en dejar la Universidad o cambiar radicalmente de carrera es menor; un 96.1% si

ISBN: 978-628-95101-6-4

renunciaron temporalmente, un 92.7% siente que su vida amorosa ha sido afectada, y el 76.9% reporta haber solicitado apoyo psicológico.

CONCLUSIONES

Vivimos gran parte de nuestras vidas en los predios universitarios y no podíamos dejar de lado nuestras voces críticas sobre la credibilidad tan cuestionada de las víctimas o sobre la idea de que los daños en la salud mental que causa el acoso sexual son imperceptibles y fácilmente asimilables.

El objetivo general: describir las afectaciones en la salud mental de las víctimas de acoso sexual en el espacio universitario detectadas por la ASIES, se ha cumplido a cabalidad. No sólo se ha verificado, en la muestra, que al menos 4 de cada 10 mujeres pertenecientes a la comunidad universitaria han vivido al menos una situación de acoso en el espacio universitario, sino que posterior a esta experiencia la adecuada ejecución de sus compromisos académicos se ha visto mermados y han desarrollado sintomatologías asociadas con ansiedad y dificultades de aprendizaje.

Los datos presentados a lo largo del trabajo reflejan que, el acoso sexual universitario, no sólo es prevalente, sino que campea y encuentra asidero en una sociedad de consumo, y que es deber de todos y todas tomar posición desde nuestros espacios y nombrarlo como se llama, con todas sus consecuencias. Es nuestro trabajo, el promover la erradicación paulatina del mismo como un compromiso con la sociedad y con la juventud que educamos.

La investigación se desarrolló bajo la metodología cuantitativa y el diseño del estudio de alcance descriptivo, es de corte transversal y con proyección para monitoreo futuro. Se presentó datos inherentes a las afectaciones en la salud mental de las víctimas de acoso sexual en el espacio universitario, reflejados en la aplicación de la encuesta ASIES; el análisis de estos datos estuvo atravesado de las experiencias y el diálogo entre colegas que, desde distintos espacios y roles, reflexionamos sobre las violencias y como combatirlas para aportar a una academia donde todos y todas convivamos en paz.

REFERENCIAS

Amnistía Internacional . (25 de agosto de 2023). Cómo desmontar "mitos sobre la violación" y los estereotipos más frecuentes. Obtenido de https://www.es.amnesty.org: https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/como-desmontar-mitos-sobre-la-violacion-y-los-estereotipos-mas-frecuentes/

Angel, C. (2021). El buen sexo mañana. Mujer y deseo en la era del consentimiento. Alpha Decay S.A.

Consejo Nacional para la Igualdad de Género Ecuador, Universidad Central del Ecuador. (julio de 2016). Lineamientos Genrales para la respuesta al acoso sexual y otras fromas de violencia basada en género en las instituciones de educación superior en el Ecuador. Obtenido de https://www.google.com/search?q=Lineamientos+generales+para+la+respuesta+

al+acoso+sexual+y+otras+formas+de+violencia+basada+en+g%C3%A9nero+en+las+instituciones+de+educaci%C3%B3n+superior+del+Ecuador%2C&rlz=1C1CHBF_esEC1073EC1073&oq=Lineamientos+generales+

Díaz Susa, D. (2022). Fisurando silencios sobre el acoso sexual a estudiantes en la Universidad Nacional de Colombia. En R. Arroyo, Prevalencia, manifestaciones y efectos del hostigamiento sexual en universidades (págs. 67-98). Editorial IAEN.

Gaytan, P. (2009). Del piropo al desencanto. Un estudio sociológico. Universidad Autónoma Metropolitana.

Guarderas Albuja, P. e. (2023). Psychometric Properties of the Acoso Sexual en las Instituciones de Educación Superior Scale (ASIES) in an Ecuadorian Sample. International Journal of Psychological Research, 16(1), 16–28. https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511.

Guarderas, P. e. (2023). Acoso sexual y universidad. Realidades, debates y experiencias en el Ecuador. Editorial Universitaria Abya-Yala.

INEC. (Diciembre de 2022). Ecuador en cifras. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS%1F_2020/Principales_resultado_RAS_2020.pdf

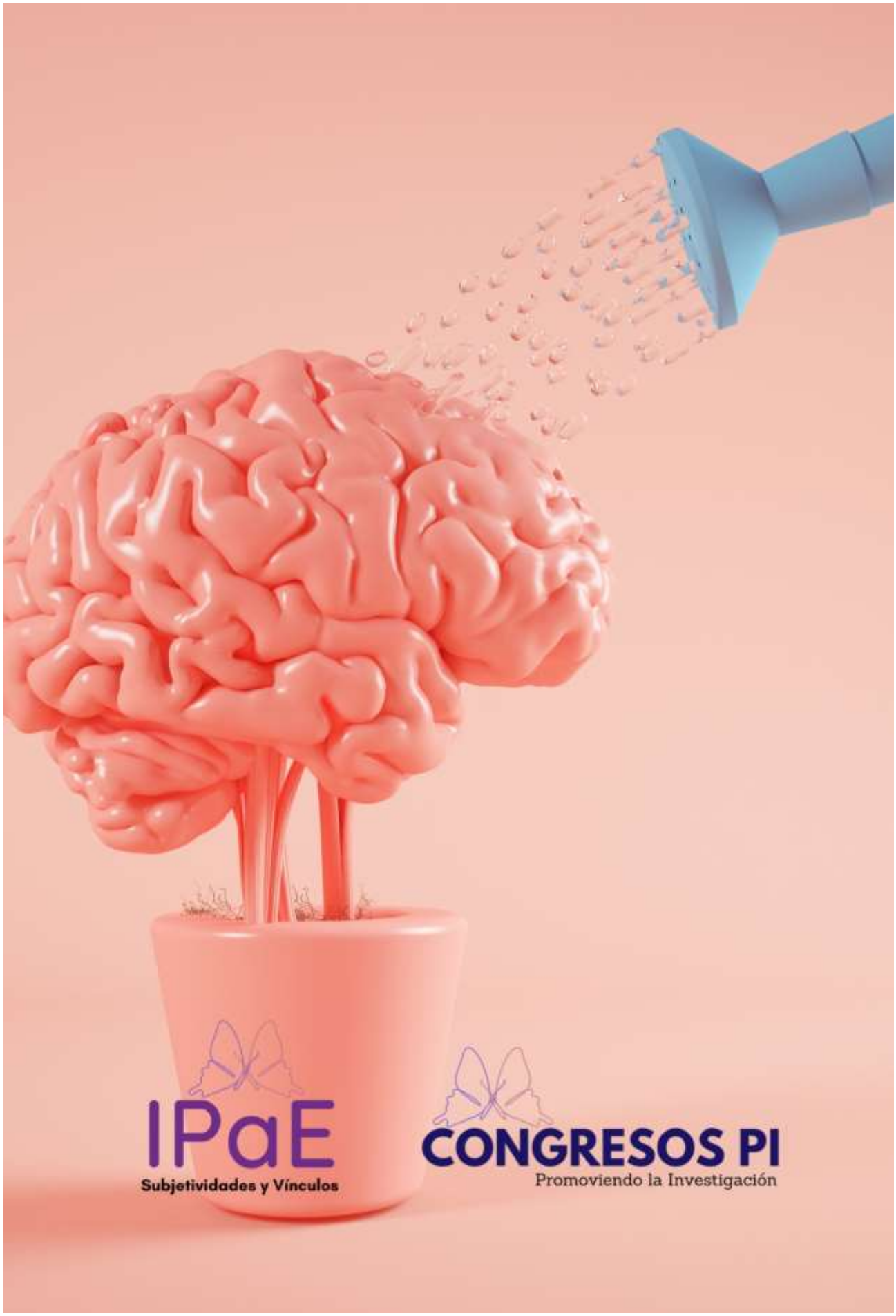
Larrea, M. (2018). ¿Cómo se mide el acoso sexual? Sistematización de la experiencia de construcción de contenidos de un instrumento para la medición del acoso

sexual en instituciones de educación superior del Ecuador. Fundación Donum-FOS.

Larrea, M. e. (2020). Cómo se construyó el instrumento ASIES. En P. Guarderas, & J. Cuvi, ¿Cómo se mide el acoso sexual? Aportes para determinar la prevalencia del acoso sexual en las instituciones de educación superior (págs. 83-115). Editorial Abya-Yala,.

Morales, L., N. Quiroz, N., & Ramírez, G. (2016). Acoso sexual en lugares públicos de Quito: retos para una “ciudad segura”. URVIO. Revista Latinoamericana De Estudios De Seguridad, 21-36 DOI: https://doi.org/10.17141/urvio.19.2016.2425.

Navarro-Guzmán, C., Ferrer-Pérez, V., & Bosch-Fiol, E. (2016). El acoso sexual en el ámbito universitario: análisis de una escala de medida. Universitas Psychologica, vol. 15, núm. 2, 15-25.


IPaE
Subjetividades y Vínculos
CONGRESOS PI
Promoviendo la Investigación