



Universidad
Central

Facultad de Medicina
y Ciencias de la Salud

Carrera de Psicología
Universidad Central de Chile

ISSN 0719-1758 ed. impresa
ISSN 0719-7748 ed. en línea

liminales

escritos sobre psicología y sociedad



Carrera de Psicología
Volumen XIII • Número 26 • Diciembre 2024

liminales

escritos sobre psicología y sociedad



Universidad
Central

Carrera de Psicología
Volumen XIII • Número 26 • Diciembre 2024

Equipo editorial

Directora Revista Linales,
Escritos de psicología y sociedad

Dra. Carolina Pezoa Carrillos
Universidad Central de Chile
<https://orcid.org/0000-0003-3824-6949>

Editor general

Mg. Georg Unger Vergara
Universidad Central de Chile
<https://orcid.org/0000-0002-6215-9311>

Editores asociados

Dra. Mariela Andrades Tobar
Universidad Central de Chile
<https://orcid.org/0000-0001-6203-3586>

Dra. Denise Oyarzún Gómez
Universidad Central de Chile
<https://orcid.org/0000-0003-2398-4666>

Mg. Diego Arancibia Morales
Universidad Central de Chile
<https://orcid.org/0000-0002-0079-6809>

Comité editorial

Dra. Svenska Arensburg Castelli
Universidad de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0001-6954-8136>

Dra. Maria Teresa Del Río Albornoz PhD
Universidad Central de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-6377-3479>

Dr. Héctor Berroeta
Universidad de Valparaíso, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-5742-8193>

Dr. Jorge Mario Flores Osorio
Universidad de Tijuana, México
<https://orcid.org/0000-0002-104-1081>

Dr. Alejandro Bilbao
Universidad Austral de Chile/École des Hautes
Études en Sciences Sociales de Paris (EHESS), Chile
<https://orcid.org/0000-0002-8064-06942>

Dr. (c) Gino Eduardo Grondona Opazo
Universidad de Playa Ancha, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-6728-7507>

Dr. Jorge Leandro Castillo Sepúlveda
Universidad de Santiago de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-6315-3798>

María del Rocío Hernández Pozo
Universidad Nacional Autónoma
de México, México
<https://orcid.org/0000-0001-5781-2825>

Dra. Erika Coto Jimenez
Universidad de Iberoamérica, Costa Rica
<https://orcid.org/0009-0009-1192-1044>

Dra. (c) Evelyn Hevia Jordán
Freie Universität Berlin
<https://orcid.org/0000-0001-9380-6334>

Dr. Lupicinio Iñiguez-Rueda
Universitat Autònoma de Barcelona, España
<https://orcid.org/0000-0002-1936-9428>

Dr. Francisco Javier Jeanneret Brith
Universidad Academia
de Humanismo Cristiano, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-1713-7970>

Dra. Adriana Kaulino
Universidad Diego Portales, Chile
<https://orcid.org/0000-0001-9936-3191>

Mg. Dina Krauskopf
Universidad de Costa Rica, Costa Rica
(Profesora Emérita)
<https://orcid.org/0009-0009-1640-4388>

Dr. Mario A. Laborda
Universidad de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-2459-3042>

Mg. Elizabeth Lira Kornfeld
Universidad Alberto Hurtado, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-9266-049X>

Mg. Matilde Maddaleno Herrera
Universidad de Santiago, Chile
<https://orcid.org/0000-0001-8725-4086>

Dr. Rodolfo E. Mardones Barrera
Universidad Austral de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-4027-1027>

Dra. Verónica Monreal
Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-3704-677X>

Dr. Elio Rodolfo Parisí
Universidad Nacional de San Luis, Argentina
<https://orcid.org/0000-0002-8240-648X>

Dr. Emanuel Joachim Rechter Oyarzun
Universidad Andrés Bello, Chile
<https://orcid.org/0009-0006-9791-978>

Dra. María José Reyes Andreani
Universidad de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-1874-9031>

Dra. María Isabel Reyes Espejo
Pontificia Universidad Católica
de Valparaíso, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-0454-0584>

Dra. Alicia Raquel Rodríguez Ferreyra
Universidad de la República, Uruguay
<https://orcid.org/0000-0003-3748-3571>

Dr. Germán Sergio Rozas Ossandón
Universidad de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-3905-9520>

Dr. Gonzalo Salas
Universidad Católica del Maule, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-3571-4962>

Dr. Gonzalo Soto Guzmán
Universidad Central de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-1496-4316>

Dra. Ana Cecilia Vergara del Solar
Universidad de Santiago, Chile
<https://orcid.org/0000-0001-7823-3769>

Dr. Carlos P. Zalaquett, Ph.D., M.A., Lic.
The Pennsylvania State University,
Estados Unidos.
<https://orcid.org/0000-0003-3415-8722>

Comité de pares evaluadores

Dra. Ana Susana Arancibia Olguín
Universidad Bernardo O'Higgins, Chile
<https://orcid.org/0009-0007-9161-7530>

Dr. (c) Antonio Joaquín Baeza Henríquez
Universidad de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-0848-7493>

Dr. Rodolfo Barría Ramírez
Universidad de Santiago de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-1803-4519>

Dr. Jaime Eduardo Barrientos Delgado
Universidad Alberto Hurtado, Chile
<https://orcid.org/0000-0001-8497-3552>

Dr. Nelson Andrés Beyer Cárdenas
Universidad Academia
de Humanismo Cristiano, Chile
<https://orcid.org/0009-0004-8213-7314>

Dra. (c) Carolina Andrea Biénzobas Gwynn
Universidad Academia
de Humanismo Cristiano, Chile
<https://orcid.org/0009-0002-5260-1767>

Dr. Rodrigo Cabrera del Valle
Universidad de Valparaíso, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-2966-0689>

Mg. Cesar M. Castillo Concha
Universidad de Las Américas, Chile
<https://orcid.org/0009-0008-0237-8070>

Dr. Rubén Cervantes Hernández
Universidad Interamericana para el Desarrollo,
México
<https://orcid.org/0000-0002-9390-9461>

Dr. (c) Pablo Andrés Concha Ponce
Universidad de Talca
<https://orcid.org/0000-0003-3738-2287>

Dr. Carlos Ignacio Díaz Cánepa
Universidad de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-1017-287X>

Dr. Andrés Durán Pereira
Universidad Academia
de Humanismo Cristiano, Chile
<https://orcid.org/0009-0007-3656-8190>

Dr. (c) Nicolás González Araneda
Universidad de O'Higgins, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-5797-0193>

Dra. Sandra Erika Gutiérrez Núñez
Universidad Autónoma de Chihuahua, México
<https://orcid.org/0000-0002-4246-620X>

Dr. Francisco Antonio Leal Soto
Universidad de Tarapacá. Sede Iquique, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-9032-8223>

Dra. María Malena Lenta
Universidad de Buenos Aires, Argentina
<https://orcid.org/0000-0002-7761-3329>

Dra. Roxana Gabriela Longo
Universidad de Buenos Aires.
CONICET, Argentina
<https://orcid.org/0009-0003-2022-6226>

Dr. (c) Alberto López Vásquez
Universidad Diego Portales, Chile
<https://orcid.org/0009-0004-4174-0264>

Dra. Analía Verónica Losada
Universidad UFLO, Argentina
<https://orcid.org/0000-0003-0488-4651>

Post Dr. Rita Maria Manso De Barros
Universidad Federal del Estado
De Rio De Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7603-8062>

Dra. (c) Katya Maritza Monterrosa Figueroa
Universidad Católica
de El Salvador, El Salvador
<https://orcid.org/0000-0001-8205-3912>

Mg. Germán Patricio Morales Farías
Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0001-8836-296X>

Dr. Ignacio Muñoz Cristi
Universidad Academia
de Humanismo Cristiano, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-7758-1873>

Lic. Michelle Alexandra Ovalles Gómez
Universidad de Pavía, Italia
<https://orcid.org/0000-0001-5373-2617>

Mg. Héctor José Peña Esteva
Universidad Rafael Urdaneta,
Maracaibo, Venezuela
<https://orcid.org/0000-0001-7019-8209>

Mg. Pamela Patricia Plaza Toro
Universidad Autónoma de Chile, Chile
<https://orcid.org/0009-0001-4073-8398>

Dr. (c) Vladimir Alejandro Pradines Chiguay
Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile
<http://orcid.org/0000-0001-7959-9869>

Dr. Rodrigo Antonio Quiroz Saavedra
Universidad del Desarrollo, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-0122-7448>

Mg. Farianny Reimer Sánchez Torres
Tecnológico de Antioquia, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-3856-6726>.

Dr. Santiago Resett
Consejo Nacional de Investigaciones
de la Argentina, Argentina
<https://orcid.org/0000-0001-7337-0617>

Lic. Rafael Augusto Román Quirós
Universidad de Iberoamérica, Costa Rica
<https://orcid.org/0000-0002-9433-2596>

Dra. Yinhue Marcelino Sandoval
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Universidad Nacional Autónoma de México,
México
<https://orcid.org/0000-0001-6333-2609>

Mg. Paula Inés Tortosa
Universidad de Buenos Aires.
Instituto Gino Germani. CONICET, Argentina
<https://orcid.org/0000-0003-2634-3282>

Lic. Marcelo Urrea
Universidad de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0003-3504-3417>

Mg. Martín Alberto Velarde Borjas
Universidad Pontificia Bolivariana UPB,
Medellín, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-4210-2334>

Dra. (c) Irene Villalobos Saldivia
Universidad de Chile, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-9261-1508>

Mg. Valeria Elizabeth Yáñez-Carvajal
Pontificia Universidad Católica
de Valparaíso, Chile
<https://orcid.org/0000-0002-1716-8905>

Índice

EDITORIAL

Entretejer Universidad en los márgenes: Un desafío desde el enfoque de Salud Comunitaria para el quehacer del Centro de Atención Psicológica y Estudios (CAPSE) 13

Por Fabián Nichel Valenzuela y Georg Unger Vergara

ARTÍCULOS

Explorando la influencia de Instagram en el autoconcepto, autoestima, imagen corporal y salud mental de mujeres residentes de la provincia de Concepción, Chile: Una perspectiva experiencial 25

Exploring the influence of Instagram on the self-concept, self-esteem, body image and mental health of Chilean women in the Province of Concepción, Chile: An experiential perspective.

Por Myriam Viviana Placencia Estrada y Carlos Zalaquett

Experiencia Diagnóstica de Mujeres Chilenas en el Espectro Autista: Hacia Orientaciones Alternativas a los Criterios Diagnósticos del DSM-5 49

Diagnostic Experience of Chilean Women on the Autism Spectrum: Towards Alternative Guidelines to DSM-5 Diagnostic Criteria

Por Consuelo Valentina Martínez Astorga, Ivón Leticia Jara Espinoza, Ximena Aracelly Martínez Figueroa y Yaritza Fernanda Henríquez Méndez

Impacto psicológico y sociocultural de la violencia de género en México 81

Psychological and sociocultural impact of gender violence in México

Por Karen Jimenez Arriaga y Jesús Pozas Rivera

Ciudades amigables con las personas adultas mayores. Estudio de viabilidad del municipio de Puebla, México 111

Cities friendly to older adults. Feasibility study of the municipality of Puebla, Mexico

Por Lorena Martínez Zavala

La necesidad de un criterio biológico como solución a los problemas heurísticos en psiquiatría 135

The necessity of a biological criterion as a solution to the heuristic problems in psychiatry

Por Javier Eduardo Silva Silva

Efecto de la Biblioterapia en el Desarrollo de Hábitos Saludables en Niños de Sexto Grado en Honduras y El Salvador 159

Effect of Bibliotherapy on the Development of Healthy Habits in Sixth Grade Children in Honduras and El Salvador

Por Fabrizio Larach Handal, Pedronel González y Karla Funez

¿Conciencia o Consciencia? Un propuesta (mínima) de distinciones necesarias basada en la diversidad de los Correlatos Neurobiológicos de la Conciencia (NCC) 177

Awareness or Consciousness? A (Minimal) Proposal of Essential Distinctions Based on the Diversity of Neural Correlates of Consciousness (NCC)

Por Braulio Bruna Gonzalez

El rechazo anoréxico como maniobra para devenir sujeto. Desde el enfoque psicoanalítico lacaniano 193

Anorexic rejection as a maneuver to become a subject. From the lacanian psychoanalytic approach

Por María José Lizana

LUGARES DE LA PALABRA

La psicología como eje en la defensa de los derechos humanos: De lo individual a lo colectivo. Entrevista a Francisca Pesse H. 209

Psychology as a Key Axis in the Defense of Human Rights: From the Individual to the Collective. An Interview with Francisca Pesse H.

Por Carolina Pezoa Carrillos y Francisca Pesse Hermosilla

Envíos e instrucciones para autores 223

Volumen XIII • Número 26 • Diciembre de 2024 - SANTIAGO - CHILE
ISSN 0719-1758 versión impresa / ISSN 0719-7748 versión en línea



Licencia CC BY 4.0.

EDITA: CARRERA DE PSICOLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD CENTRAL DE CHILE

Corrección de textos / Diseño / Gestión OJS: por entremedios.cl

Editorial: Entretejer Universidad en los márgenes: Un desafío desde el enfoque de Salud Comunitaria para el quehacer del Centro de Atención Psicológica y Estudios (CAPSE)

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.935>

Licencia CC BY 4.0.

El Centro de Atención Psicológica y Estudios (CAPSE) de la Universidad Central de Chile ha sido una parte importante de la historia de la carrera de Psicología como su principal dispositivo docente-asistencial, vinculando el proceso de enseñanza-aprendizaje con el territorio. Desde 1989, ha prestado servicios de intervención psicológica en las áreas clínica, educacional y comunitaria, beneficiando a más de tres mil usuarios y usuarias de todas las edades mediante intervenciones individuales y grupales. Al mismo tiempo, se ha destacado como un centro que ha formado a cientos de estudiantes de Psicología y Trabajo Social.

En 2023, el CAPSE materializó la iniciativa de abrir un centro territorial en la comuna de La Pintana. Este proyecto se asocia con el sueño de expandir la comprensión individualizada de la salud mental hacia una perspectiva que vincule los procesos de salud-enfermedad con el territorio. Esta apuesta se ha desarrollado en consonancia con el sello diferenciador del perfil de egreso, la *Teoría de la Transformación Situada*. De este modo, ha sido posible entretejer la Universidad en los márgenes a través de un proceso reflexivo que incluye el diseño y ejecución de una oferta sociocomunitaria para la comuna.

El CAPSE, como centro de extensión universitaria, busca articular un conjunto de saberes provenientes de diferentes actores –comunidades, estudiantes, académicos y académicas– en procesos reflexivos de enseñanza-aprendizaje, orientados al bienestar integral de comunidades y usuarios/as.

A partir de esto, el equipo de profesionales del CAPSE ha reflexionado en torno a los desafíos sociocomunitarios asociados a la comprensión de los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva más amplia, superando lo meramente individual. Así, la pregunta motivadora ha sido:

¿De qué manera un Centro de Atención Psicológica Universitaria puede incorporar un enfoque sociocomunitario en su comprensión del proceso de intervención en salud? Con este objetivo, el equipo ha desarrollado una propuesta de Centro de Salud Comunitaria en La Pintana, extensible a otros territorios.

Para abordar este desafío, hemos centrado nuestro quehacer en el concepto de *Salud Comunitaria*, que permite ampliar la comprensión –y, en consecuencia, las acciones– en torno al proceso de salud-enfermedad, promoviendo estrategias de intervención colectivas. Esta orientación resulta especialmente relevante dado que la carrera de Psicología está inserta en una Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

¿Qué entenderemos por Salud Comunitaria?

Nuestra propuesta se fundamenta en una comprensión de la salud como un proceso vital orientado al bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, desplazando el foco hacia el bienestar y la promoción (Pasarín y Díez, 2013; Saforcada, 2010). Para ello, es necesaria una mirada ecosistémica que incorpore dimensiones históricas, económicas, políticas, sociales y culturales que influyen en los estilos de vida, creencias y valores de las comunidades donde habitan los sujetos y las colectividades (Saforcada, 2010).

En este sentido, nos parece relevante definir el concepto de Salud Comunitaria como guía de nuestro interés:

Se puede definir la salud comunitaria como la salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, y el ambiente socioeconómico-cultural y físico. Por otra parte, Restrepo-Vélez comenta que la salud comunitaria incluye un pensamiento social de la salud, que tiene en cuenta la esfera social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad en los niveles microsociales y macrosociales; por lo que debe integrar la participación de las comunidades, instituciones y restantes sectores en la toma de decisiones (Cotonieto-Martínez y Rodríguez-Terán, 2021, p. 395).

Esta definición plantea dos desafíos relevantes: el involucramiento de la comunidad –es decir, pensar y actuar más allá de la figura del individuo o paciente– y, por otro lado, un fuerte trabajo en red, que implica comprender y actuar en la intersección entre territorio, relaciones de poder y salud. Según Pasarín y Díez (2013), la evidencia señala que las acciones relacionadas con la salud comunitaria deben basarse en tres premisas operativas: la inclusión social, la reducción de la violencia y la discriminación, y el incremento en el acceso a los recursos económicos.

Por su parte, Cotonierto-Martínez y Rodríguez-Terán (2021) identifican tres enfoques clave en la salud comunitaria: los *Determinantes Sociales de la Salud*, el enfoque de *competencia* y el enfoque de los *estilos de vida*. El primero se refiere a las condiciones en que las personas crecen, viven, trabajan y construyen su vida cotidiana, las cuales afectan su salud, incluyendo estructuras y sistemas políticos, sociales, ambientales, laborales, alimentarios, religiosos, educativos, económicos, culturales, y legislativos (Cotonierto-Martínez y Rodríguez-Terán, 2021, p. 397). El segundo enfoque promueve el desarrollo de habilidades que permitan a los sujetos y las comunidades gestionar sus propios procesos de salud-enfermedad. Finalmente, el tercer enfoque enfatiza la toma de conciencia sobre aquellos estilos de vida –conductas, actitudes, creencias, valores, entre otros– que afectan el bienestar.

Estos enfoques se desarrollan en tres niveles de acción para las estrategias de salud comunitaria: micro (individual y relacional), meso (organizaciones comunitarias) y macrosocial (instituciones y gobierno local) (Becerra y Movilla, 2020).

Para actuar en estos niveles, una estrategia principal es el trabajo en red, mediante el cual se pueden acordar objetivos compartidos con usuarios/as y actuar colectivamente. Así, el trabajo comunitario y territorial enfocado en la salud comunitaria debe involucrar a diversos actores sociales –instituciones, organizaciones comunitarias, familias e individuos– en acciones conjuntas para fortalecer la comunidad, fomentar el apoyo social, promover la colaboración intersectorial y mejorar el acceso a los recursos comunitarios (Becerra y Movilla, 2020; Pasarín y Díez, 2013).

Finalmente, una arista importante de la salud comunitaria es el desafío de repensar la vida en común, de modo que las personas se reconozcan en su

interdependencia y potencien el bienestar colectivo. Reimaginar lo común desde una ética del cuidado permite reinventar formas de vida compartida.

Cabe señalar, como contexto, que el nuevo proyecto de Ley Integral de Salud Mental presentado en junio de 2023 busca integrar la promoción y protección de la salud mental de toda la población, considerando variables sociales y territoriales. Este planteamiento representa un desafío inmediato para quienes trabajamos en la atención y formación psicológica, así como en el desarrollo de estrategias de salud en el ámbito comunitario.

Un Centro de Salud Comunitaria en La Pintana

La historia y el crecimiento poblacional de La Pintana tienen una íntima relación con la erradicación de campamentos llevada a cabo por la dictadura del general Pinochet, lo que derivó en la construcción de viviendas sociales básicas en la periferia de la ciudad (Pérez, 2023). Esto trajo consigo la guetificación de la pobreza, reuniendo en un mismo territorio a grupos empobrecidos y con escaso acceso a servicios sociales.

A partir de esto, nuestra primera acción para conocer y comprender el territorio y sus relaciones de poder ha sido realizar un estudio de la comunidad mediante informes, datos secundarios y la elaboración de un diagnóstico comunitario junto a 95 mujeres, niños y niñas. El objetivo fue construir, de manera conjunta, las principales ideas sobre la salud en La Pintana.

En paralelo, implementamos una clínica situada en La Pintana, considerando la atención individual como una oportunidad no solo de terapia, sino también de reflexión sobre cómo los sufrimientos expresados en un espacio psicoterapéutico tienen relación con el entorno, las estructuras sociales, los patrones culturales, los mandatos sociales y otros aspectos que afectan la vida cotidiana.

Los principales resultados de este primer estudio comunitario en La Pintana se agruparon en cuatro ámbitos: empleabilidad, salud mental, educación y social-comunitario, vinculados con las menciones de la carrera de Psicología de la Universidad Central de Chile (UCEN).

Ámbito de la empleabilidad

- La pobreza económica alcanza un 15,3 %, cifra superior al promedio nacional del 9 % (Ministerio de Desarrollo Social, 2021, *CASEN 2020*).
- La tasa de desempleo en la comuna es del 9,2 %, superando el promedio nacional del 7,3 % (Ministerio de Desarrollo Social, 2021, *CASEN 2020*)
- Se estima que la tasa de empleo informal en La Pintana alcanza el 65 %, según el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) vigente.
- El 80 % de las empresas registradas en la comuna corresponden a pequeñas y medianas empresas (PYMES).

Ámbito de la Salud Mental

- El 85 % de la población está inscrita en el Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Existen 9.500 personas (6,2 %) con diagnósticos relacionados con la salud mental, como trastornos ansiosos, depresivos y alteraciones conductuales y/o emocionales.
- Se ha observado un aumento en los problemas de salud mental posterior a la pandemia.

Ámbito Educativo

- Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Ministerio de Desarrollo Social, 2018, *CASEN 2017*) el 45,6 % de los hogares en la comuna tienen al menos un integrante que no ha completado los 12 años de escolaridad exigidos por ley. El promedio de años de escolaridad en La Pintana es de 7,9 años, por debajo del promedio regional (9,9 años) y nacional (9,4 años).
- El Plan Anual de Desarrollo Educativo Municipal (PADEM, 2023) identifica tres problemáticas centrales según los docentes de escuelas municipales: falta de apoyo familiar, escasa participación

de los estudiantes en clases y necesidad de apoyo socioemocional para el estudiantado y el cuerpo docente, lo que impacta en la deserción escolar.

- El PADEM también resalta la necesidad de “contar con especialistas en salud mental desde el DAEM” para promover un clima adecuado para el aprendizaje y reducir los niveles de violencia entre los diferentes actores.
- La mayoría de las escuelas tienen un índice de vulnerabilidad y priorización estudiantil superior al promedio nacional.

Ámbito Social-Comunitario

- Según un reporte de monitoreo de la Oficina de Urbanismo ATISBA (2017), el 80 % de los barrios en La Pintana son críticos.
- En el diagnóstico comunitario se identificaron los siguientes problemas:
 - o Falta de sentido de pertenencia de niños y niñas con su comuna y territorio.
 - o Problemas de acceso y calidad en los servicios de salud, especialmente en salud mental.
 - o Fácil acceso a drogas y presencia de una cultura asociada al narcotráfico.
 - o Alta sobrecarga en mujeres debido a sus labores de cuidado.
 - o Incremento de duelos no resueltos en la comunidad tras la pandemia.

Por otro lado, el diagnóstico comunitario también destacó factores protectores y recursos, como las redes comunitarias de apoyo y cuidado mutuo, especialmente entre organizaciones de mujeres, así como el desarrollo de actividades deportivas que fomentan la cohesión social y fortalecen el sentido de pertenencia.

Este análisis territorial llevó a considerar cuatro ámbitos de intervención mediante estrategias de promoción, prevención, trabajo en red, consejerías y atención psicológica individual. Estas estrategias se alinean con los resultados de aprendizaje establecidos en las cátedras del proceso formativo profesional, tales como el Integrado Práctico Profesional de quinto año y la práctica profesional:

- Analiza el contexto de actuación y co-construye intervenciones psicosociales guiadas por una posición ética y ontoepistemológica fundamentada.
- Diseña de manera creativa y colaborativa intervenciones psicosociales fundamentadas en investigación científica.
- Despliega su actividad con la comunidad para intervenir con relativa autonomía, guiada por su compromiso social y ciudadano.
- Crea intervenciones de manera coordinada y complementaria con otros profesionales de la disciplina.
- Diseña estrategias que contribuyen a la calidad de vida y salud mental en los distintos ámbitos de intervención de la psicología.
- Promueve, desde su quehacer personal y académico, una ciudadanía activa, comprometida y responsable en el contexto del ejercicio como psicólogo(a).

Para esto, se propone el siguiente esquema, que sintetiza las principales problemáticas detectadas en el territorio y las acciones principales que se llevarán a cabo.

Figura 1

Problemáticas detectadas en el territorio y las principales acciones que se llevarán a cabo

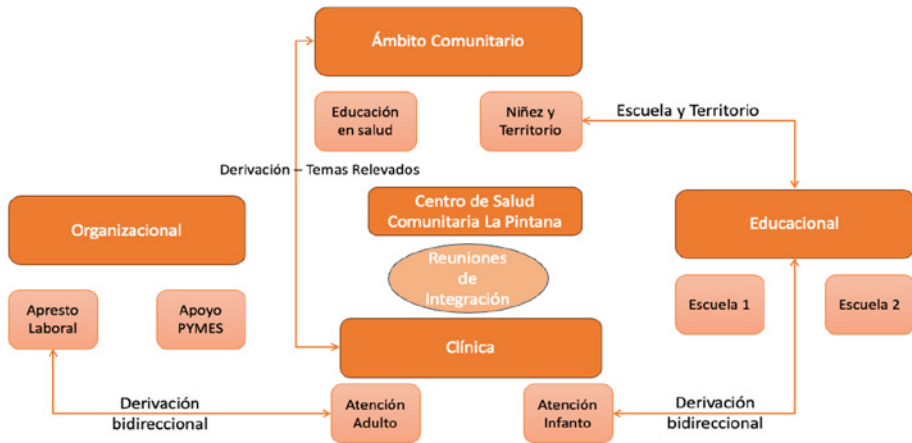


Elaboración propia

De esta forma, este modelo integra, en una estrategia de intervención comunitaria, las diversas líneas de trabajo de la carrera de Psicología. Mediante reuniones de integración y sistematización con todos los actores, se busca “re-mirar” y “re-imaginar” el territorio desde una perspectiva situada.

Figura 2

Estrategia de intervención comunitaria de las diversas líneas de trabajo de la carrera de Psicología



Elaboración propia

Así, se espera que los y las estudiantes puedan evidenciar cómo su aporte impacta tanto en individuos como en colectivos, basándose en un modelo de desarrollo de salud comunitaria aplicado a un territorio específico. Con ello, se pretende contribuir, desde la extensión territorial, a que aquello que las menciones separan con fines pedagógicos se integre en un modelo de salud comunitaria. Este modelo considera los factores ecológicos y sociales que influyen en la comunidad.

Referencias bibliográficas

- ATISBA. (2017). *Reporte Barrios Críticos Narcotráfico*. https://www.atisba.cl/wp-content/uploads/2017/10/Reporte-Atisba-Monitor-Barrios-Criticos_Informe.pdf
- Becerra, F. N. P. y Movilla, E. E. A. (2020). Redes comunitarias y de soporte social como recurso para el cuidado y el mantenimiento de la salud. *Salud & Sociedad Uptc*, 5(1), 33-43.
- Cotonieto-Martínez, E. y Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(2), 393-410. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3816>
- Ministerio de Desarrollo Social (2018). *CASEN 2017*. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
- Ministerio de Desarrollo Social (2021). *CASEN 2020*. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020>
- Ministerio de Desarrollo Social (2023). *CASEN 2022*. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>
- Pasarín, M. I. y Díez, E. (2013). Salud comunitaria: Una actuación necesaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 477-478. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.001>
- Pérez, M. (2023). *Casa y dignidad: El movimiento de pobladoras y pobladores en Chile* (Primera edición en castellano). UAH, Universidad Alberto Hurtado.
- Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de Salud Comunitaria. *Salud Comunitaria y Sociedad*, 1(1), 7-19.

Mg. Fabián Nichel Valenzuela

<https://orcid.org/0000-0002-9338-9021>

Director(i) Centro de Atención
Psicológica y Estudios (CAPSE)
Universidad Central de Chile

Mg. Georg Unger Vergara

<https://orcid.org/0000-0002-6215-9311>

Editor General Revista Liminales
Carrera de Psicología
Universidad Central de Chile

Artículos



Explorando la influencia de Instagram en el autoconcepto, autoestima, imagen corporal y salud mental de mujeres residentes de la ciudad de Concepción, Chile

Exploring the influence of Instagram on the self-concept, self-esteem, body image and mental health of Chilean women in the City of Concepción, Chile

Recepción: 6 de abril de 2024 / Aceptación: 23 de septiembre de 2024

Myriam Placencia¹ y Carlos P. Zalaquett²

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.845>

Licencia CC BY 4.0.

1 Licenciada en Psicología, Diplomada en Neurociencia para la Educación, Diplomada en Terapia Sistémica breve. Psicóloga independiente.

Autora para correspondencia: Eugenio Pereira Salas 674, Talcahuano, Chile.

Código postal: 4280149

Correo electrónico: ps.myriamplacencia@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9568-0300>

2 Licenciado, Maestría y Doctorado en psicología. Catedrático de tiempo completo. The Pennsylvania State University. 327A CEDAR Building, University Park.

Código postal: 16802

Correo electrónico: cpz1@psu.edu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3415-8722>

Resumen

Este estudio examinó los efectos del uso de Instagram en el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima de mujeres residentes en la ciudad de Concepción, Chile, utilizando un enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico transversal no experimental. El proceso investigativo se desarrolló durante el período pospandemia, tras el aumento en el uso de redes sociales. Se analizó la perspectiva de las usuarias en relación con los contenidos expuestos y las repercusiones de la red social. Los resultados indicaron que el uso de Instagram produce un impacto negativo significativo en las usuarias, relacionado con la insatisfacción con la propia imagen corporal, baja autoestima y un autoconcepto devaluado. La exposición a los ideales de belleza inalcanzables en la plataforma provoca estos efectos en las usuarias. Las participantes describieron cómo la comparación constante con imágenes idealizadas y filtradas contribuye a una percepción distorsionada de sí mismas, lo que lleva a una devaluación del autoconcepto, la autoestima y la imagen corporal, generando efectos en la salud mental. Estos hallazgos subrayan la urgencia de abordar las repercusiones psicológicas de los estándares de belleza promovidos en las redes sociales y de fomentar una representación más diversa y realista.

Palabras clave: autoconcepto; autoestima; autoconcepto físico; redes sociales; Instagram; imagen corporal; salud mental

Abstract

This study examined the effects of Instagram use on the self-concept, self-image, and self-esteem of women residing in the city of Concepción, Chile. Utilizing a qualitative approach with a non-experimental cross-sectional phenomenological design, the investigative process was conducted during the post-pandemic period following the increase in social media usage. The perspective of users was analyzed in relation to the exposed content and the repercussions of the social network. The results indicated that Instagram use has a significant negative impact on users, associated with dissatisfaction with their body image, low self-esteem, and a devalued self-concept. Exposure to unattainable beauty ideals on the platform provokes these effects in users. Participants described how constant comparison with idealized and filtered images contributes to a distorted perception of themselves, leading to a devaluation of self-concept, self-esteem, and body image, with effects on mental health. These findings underscore the urgency of addressing the psychological repercussions of beauty standards promoted on social media and encouraging more diverse and realistic representation.

Keywords: self-concept; self-esteem; physical self-concept; social networks; Instagram; body image; mental health

Introducción

Las investigaciones sobre los impactos adversos de las redes sociales en el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima, relacionados con la salud mental, han progresado de manera constante (Parsons et al., 2021). La era de la globalización ha acelerado las interacciones y transformado el estilo de vida de las personas, lo que ha modificado la manera en que se desarrollan las relaciones interpersonales, la percepción de uno mismo y la perspectiva del mundo. Estudios recientes se enfocan en la relación entre el uso de las redes sociales y su impacto en los jóvenes, y se estima que alrededor del 5% de los jóvenes sufren adicción a estas plataformas, consideradas más adictivas que los cigarrillos y el alcohol (Cramer e Inkster, 2017). Además, se ha expresado preocupación por los posibles efectos negativos en la salud mental del uso frecuente de las redes sociales (Cramer e Inkster, 2017; Saiphoo et al., 2020).

El uso de Instagram experimentó un aumento significativo durante la pandemia, pasando del sexto lugar en 2020, con 1.000 millones de usuarios, al cuarto lugar en 2021, con 1.220 millones de usuarios (Fernández, 2023). Este crecimiento ha continuado, alcanzando actualmente más de 2.000 millones de usuarios activos. Instagram es la cuarta red social más utilizada a nivel global, y según la distribución de usuarios por género y edad en 2024, el 52.3% de los usuarios de Instagram son mujeres (Kolsquare, 2024).

En Chile, Instagram es la segunda plataforma más utilizada, con más de 10.95 millones de usuarios activos. Aproximadamente el 53.3% de los usuarios son mujeres, y una quinta parte de estas tienen entre 25 y 34 años. En términos de frecuencia de uso, el 53% de los usuarios accede al menos una vez al día, mientras que un 35% lo hace de forma constante (Way2net, 2023).

Instagram ha incorporado herramientas para compartir contenidos, como filtros y música, lo que ha impulsado el marketing en la plataforma y ha permitido a las cuentas generar ingresos monetizados basados en la cantidad de seguidores (Torres, 2018). Según Aros (2021), el aumento de publicaciones puede influir en el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima debido a la promoción de estereotipos físicos que proyectan las figuras influyentes.

El autoconcepto es dinámico y activo en su proceso de construcción, pero también se conforma pasivamente a través de relaciones sociales y contextos que varían entre las personas (Wehrle y Fasbender, 2019). La autoestima implica la valoración que una persona tiene de sí misma, su aceptación y la creencia en su capacidad para afrontar los desafíos de la vida, considerando habilidades, logros, virtudes, limitaciones y el respeto propio (Perales, 2021). Por su parte, la autoimagen se refiere a las creencias y percepciones sobre el propio cuerpo, influenciadas por emociones y los cambios que este experimenta con el tiempo.

La salud mental es esencial para el bienestar integral de las personas, abarcando tanto los trastornos derivados de una gestión inadecuada como aspectos de la vida diaria, como el trabajo, la educación y la economía, que contribuyen al equilibrio y bienestar (Fernández, 2022).

Estudios han mostrado que los jóvenes son más susceptibles a problemas de salud mental y autoestima negativa relacionados con el uso de redes sociales (Saiphoo et al., 2020). Plataformas como Facebook, Twitter e Instagram pueden desencadenar la búsqueda de perfeccionismo, lo que contribuye al desarrollo de trastornos de salud mental (Cramer e Inkster, 2017). Se estima que el 70% de los jóvenes de 18 a 24 años han considerado someterse a intervenciones quirúrgicas estéticas tras un uso prolongado de redes sociales (Cramer e Inkster, 2017).

McBain (2020) argumenta que Instagram ha tenido una influencia significativa y “inconcebible” en nuestras vidas, modificando la cultura, psicología y relaciones. Aunque nació como una plataforma creativa, ha impactado aspectos como el autoconcepto, los valores, las percepciones de belleza y los comportamientos, generando presión por obtener validación digital y competir por un “capital cultural” en línea.

Dado lo anterior, el objetivo de esta investigación es explorar cómo el uso de Instagram influye en la formación de la autoestima, el autoconcepto y la autoimagen corporal en mujeres jóvenes, y examinar su impacto en la salud mental.

Revisión de literatura

Comprendiendo el autoconcepto y la autoestima en las usuarias de Instagram

En lo que concierne a la autoestima, no se evidencia una conexión clara entre el nivel de autoestima y la cantidad de selfies publicados en Instagram. Sin embargo, se observa una relación entre el nivel de autoestima y el aumento en el número de seguidores, así como con la frecuencia de publicaciones de selfies y collages de selfies en el perfil de Instagram (Barry et al., 2015).

Los usuarios que emplean filtros en sus imágenes en Instagram sienten la necesidad de lucir bien o presentables antes de compartir una foto en la plataforma, ya que existe una conexión significativa entre el uso de redes sociales y la autoestima (Castro, 2022).

Además, hay evidencia de que algunas personas utilizan las redes sociales como un medio para elevar su autoestima. Al publicar sus autorretratos en estas plataformas, buscan obtener la aprobación de otros usuarios. De este modo, incrementan su autoestima, otorgando importancia al número de “me gusta” recibidos; cuanto mayor sea el número de “me gusta”, mayor es la sensación de autoestima (Pounders et al., 2016).

De manera similar, los usuarios de redes sociales encuentran refugio en estas plataformas, ya que les brindan seguridad y representan una alternativa de socialización que les facilita abrirse y construir confianza, aprovechando la protección que brinda la pantalla (Herrera et al., 2010).

Las personas con baja autoestima tienden a aumentar el uso de redes sociales (Jan et al., 2017). Por lo tanto, a medida que disminuyen la autoestima y el autoconcepto, aumenta la probabilidad de desarrollar una adicción a las redes sociales, y viceversa. La falta de confianza y la inhibición social, originadas por el miedo al rechazo, les impiden interactuar directamente, lo que los vuelve más propensos a desarrollar una adicción a las redes sociales (Chalco et al., 2016).

Explorando la interacción entre la imagen corporal y el autoconcepto físico de las usuarias de Instagram

El autoconcepto físico es una representación mental, compleja y multi-dimensional, que las personas tienen de su realidad corporal y es uno de los dominios fundamentales del autoconcepto. Este se relaciona con el conjunto de conceptos que creemos que nos definen físicamente (González et al., 2020). En cuanto a la autoestima, esta es una opinión emocional o un componente valorativo de ciertos rasgos que forman parte de la personalidad de un individuo, que los hace verse a sí mismos de forma positiva o negativa (Murillo y Molero, 2016; Tsaousis, 2016).

Los modelos estéticos impuestos por la sociedad influyen en la construcción de la imagen de los individuos, ya que conllevan a la comparación y discrepancia entre la autoimagen ideal del cuerpo y la autoimagen percibida. Si la comparación da lugar a una discrepancia negativa, puede desencadenar insatisfacción corporal, siendo esta una de las causas más destructivas de la autoestima (Fernández et al., 2015).

También existe una relación entre la autoestima del individuo y el aumento en el número de seguidores, la actividad y la cantidad de publicaciones realizadas por los usuarios en la plataforma Instagram. A su vez, el aumento de las interacciones en Instagram se asocia con la satisfacción de la presentación corporal de los usuarios (Casado y Carbonell, 2018).

Por otra parte, el autoconcepto físico se presenta como una de las dimensiones más importantes al configurar el autoconcepto y está sometido a diversas influencias socioculturales (publicidad, información, entorno familiar y de amistades) similares a las de la imagen corporal. Por lo tanto, al ser Instagram una red social que cumple la función de compartir publicidad e información que recibe influjos socioculturales, su uso puede repercutir en la construcción de la imagen corporal, el autoconcepto físico y, por ende, la autoestima (Fernández et al., 2015).

La imagen personal que se proyecta en Instagram oscila entre lo real y lo ideal; las personas tienden a mostrarse de la manera en la que serían mejor aceptadas. Estas plataformas brindan la opción de seleccionar la imagen, comentarios y “me gusta” para así lograr una mejor repercusión social. Con esto, se consigue una autorrepresentación y una redefinición de la identidad al elegir qué y cómo queremos presentarla ante los demás

(Díaz, 2019). En algunos casos, la percepción de una autoestima positiva se refleja en las interacciones generadas por las respuestas de los demás a lo que se comparte, es decir, postear una foto y recibir “me gusta” y comentarios positivos incrementa la seguridad de los usuarios (Morocho, 2019).

De acuerdo con una investigación realizada por *The Wall Street Journal*, el 32 % de las mujeres afirma sentirse mal con su cuerpo y que la plataforma Instagram les hace sentir peor (Castaño, 2021). Las comparaciones que se generan en Instagram pueden cambiar la forma en que las mujeres jóvenes se ven y se describen a sí mismas (Aros, 2021).

Instagram puede influir en que niñas y mujeres usuarias sientan que sus cuerpos no son lo suficientemente buenos en comparación con personas que utilizan filtros o editan sus imágenes para que las publicaciones tengan una apariencia perfecta (Morocho, 2019).

Propósito

El propósito de esta investigación es adquirir nuevos conocimientos acerca de los efectos que las redes sociales ejercen en el desarrollo del auto-concepto, la autoestima y la autoimagen en mujeres, considerando tanto las interacciones como los procesos culturales e históricos que han sido elementos cruciales en la masificación y globalización de las redes sociales. Estudios actuales muestran que las mujeres experimentan un impacto significativamente mayor que los hombres en relación con los cánones de belleza representados en las redes sociales (Martín et al., 2022), razón por la cual este primer análisis se enfocó en este género. Por lo tanto, este estudio busca explorar cómo la influencia de Instagram afecta la percepción de las usuarias de su propia imagen corporal y su salud mental. El enfoque en mujeres se debe a que, históricamente, la imagen femenina ha sido objeto de cosificación y utilizada como herramienta de mercadotecnia, promoviendo estándares de belleza poco realistas que pueden repercutir negativamente en su autoconcepto y bienestar psicológico. Por ende, este trabajo contribuirá significativamente a diversas disciplinas de investigación al abordar esta problemática desde una perspectiva de género.

Método

Objetivos

Objetivo general

Comprender la relación de la influencia de Instagram en el autoconcepto, autoestima e imagen corporal de mujeres residentes en la ciudad de Concepción, Chile.

Objetivos específicos

- Analizar el uso de la red social Instagram y la percepción del autoconcepto y autoestima en mujeres.
- Identificar los ideales de belleza promovidos en Instagram y su influencia en las representaciones femeninas.
- Conocer la relación del uso de Instagram en la percepción del autoconcepto físico de las mujeres.

Diseño

Para efectos de esta investigación, se utilizó un método cualitativo (Quecedo y Castaño, 2003), con un diseño fenomenológico no experimental de tipo transversal (Fuster, 2019). La investigación se centró en analizar la percepción de las experiencias, indagando con las entrevistadas sobre la relación entre el uso de la red social Instagram y cómo estas experiencias influyen en la subjetividad, especialmente en la percepción del autoconcepto, autoconcepto físico y autoestima.

Participantes

El conjunto de participantes incluyó a 14 informantes mujeres, todas ellas con edades comprendidas entre los 18 y 30 años, residentes de la ciudad de Concepción. En la selección de la muestra, se dio preferencia a usuarias activas en la plataforma de Instagram dentro de un rango etario específico y con residencia en la ciudad de Concepción. Entre estas participantes,

algunas contaban con títulos universitarios y empleo a tiempo completo, mientras que otras eran estudiantes universitarias.

Técnica de producción de datos

Para el proceso de producción de datos, se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada (Díaz et al., 2013). Para ello, se elaboró un guion temático que abarcaba las siguientes dimensiones: (a) Examinar el uso de la red social Instagram y su influencia en la percepción del autoconcepto y la autoestima, y (b) Indagar sobre la relación entre el uso de Instagram y la percepción del autoconcepto físico en mujeres.

Análisis de la información

La información fue analizada mediante el análisis de contenido (Berelson, 1948). La calidad metodológica se evaluó mediante la triangulación de datos en relación con las dimensiones de credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad (Castillo y Vásquez, 2003). De acuerdo con el rigor metodológico, la finalización del proceso se realizó a raíz de la saturación teórica (Martínez, 2012).

Procedimiento

Las entrevistas se llevaron a cabo entre marzo y mayo de 2022, de manera presencial y remota, debido al contexto de emergencia sanitaria. El trabajo de campo comenzó con la creación de un afiche relacionado con la investigación, seguido por el primer contacto con las entrevistadas. Se proporcionó un consentimiento informado que garantizó la confidencialidad y la participación voluntaria de las entrevistadas. La investigación se guió por las consideraciones éticas de la American Psychological Association (APA).

Resultados

Categoría 1: “Optimizando la experiencia en Instagram: un análisis de preferencias”

Esta categoría resalta el uso que las usuarias le dan a Instagram en su cotidianidad. Se configura de acuerdo con las siguientes subcategorías:

Subcategoría: “Inmersión profunda en Instagram: explorando el uso intensivo de la plataforma”

Las participantes informaron que utilizan en promedio entre 2 y 3 horas diarias la red social Instagram, destacando un uso más frecuente a partir de las 19:00 horas en adelante.

Como dos o tres horas diarias... En la noche como de las 19:00 horas en adelante... (E5)

Como una hora o dos horas al día... lo uso solo en las noches cuando llego a mi casa... (E7)

Subcategoría: “Elección destacada: explorando el uso preferente de las historias de Instagram”

Con baja frecuencia las publicaciones y con más frecuencia las historias... a veces uso filtros (E5)

Mejores amigos (historias)... Me acomplejo mucho por mi nariz, la encuentro muy grande y cosas así, entonces hay filtros que te reducen la nariz... (E3)

Subcategoría: “Influencia notable: explorando un amplio número de seguidores”

Las participantes mencionaron que tienen entre mil y dos mil seguidores en promedio, lo que indica que a mayor cantidad de seguidores, se obtienen más interacciones de otros usuarios en sus perfiles.

Mil doscientos sesenta y cinco si no me equivoco...” (E12)

Tengo hartos seguidores, tengo por ejemplo dos mil trescientos aprox... (E3)

Subcategoría: “Perspectivas críticas sobre las actualizaciones: análisis de la recepción de cambios en Instagram”

Las participantes criticaron, basándose en sus experiencias, cómo los múltiples cambios que ha experimentado la red social a lo largo de los años han tenido un impacto en la percepción de la imagen corporal, la autoestima y el autoconcepto. Esto se relaciona con la introducción de la herramienta de filtros que Instagram incorporó hace unos años. Consideraron esta experiencia como negativa, especialmente en lo que respecta a la satisfacción del uso de la red y su salud mental.

No lo considero bueno las actualizaciones... los filtros de embellecimiento, estos los considero malos porque tratas de venderle a las personas como una apariencia estética muy alejada de la realidad con estándares altos de belleza...” (E10)

Que afecta mucho, porque empezó y yo me obsesioné y ya prácticamente no subo nada sin filtro, porque como que me hace sentir mejor. (E2)

Categoría 2: “Influencia de Instagram en la experiencia de las usuarias mujeres”

Esta categoría permite conocer la percepción de la autoimagen y autovaloración de las usuarias en relación con el uso de Instagram. También visibiliza la existencia de la comparación corporal por parte de las usuarias con los ideales de belleza predominantes en Instagram. Esta categoría se caracteriza por las siguientes subcategorías:

Subcategoría: “Valoración y autopercepción afectadas: explorando la percepción del daño en el autoconcepto”

Las participantes indicaron que la percepción de su autoconcepto y autoestima se ha visto negativamente influenciada por la red social, debido a la constante exposición de los ideales de belleza promovidos en Instagram a través de los usuarios. Esto genera una constante comparación e invalidación de su propia imagen.

Sí, yo creo que sí, como que en este periodo como que recién estaba iniciando la enseñanza superior sí, sabes que tuvo una repercusión

súper fuerte cómo veía a mí misma, como veía a mis compañeras y además estaba pasando en un momento súper penca entonces esta comparación era cuática, ver la vida de las personas y pensaba que lo que compartían era lo que realmente era y yo decía oh sus vidas eran súper buenas... (E2)

En algún punto yo creo que sí, en algún punto fue quizás factor como para disminuir mi autoestima porque había muchas, no sé, personas quizás más bonitas, quizás más flacas, quizás con otros medios económicos o como múltiples cosas... (E5)

Subcategoría: "Abordando la percepción de la apariencia física"

Las participantes expresaron sentir insatisfacción con su apariencia física, debido a la constante comparación entre las usuarias de Instagram respecto a los ideales de belleza que se imponen a diario.

Sí, físicamente sí. Yo creo que eso te lo imponen todo el día... (E3)

Sí, definitivamente sí... No sé, como ese momento de autoestima muy baja que era como, chuta, o sea como, no sé, por qué tengo papada, comparándose con los distintos físicos, para mí la espalda ancha era todo un tema, lo mismo, como que me quitaba femi- nidad... (E7)

Subcategoría: "Identificación de estereotipos de belleza en Instagram"

Las participantes reconocieron la existencia de un estereotipo de belleza en Instagram, relacionado con características físicas específicas. Esto lleva a las usuarias a someterse a cirugías o retoques para corregir imperfec- ciones faciales o alcanzar la delgadez corporal, entre otros aspectos.

Los retoques, he visto que ahora se ha como visto harto, o sea promoviendo harto el tema de los retoques en la cara porque tú seguí' a una página donde una doctora aplica ácido, todas las mujeres se están poniendo la nariz más flaca, se ponen o se sacan, se hacen la bichectomía (E4)

La delgadez está en el top ten de las bellezas, las no imperfecciones en la cara, un pelo así bien cuidado, todo muy armónico... (E14)

Subcategoría: “Inseguridades percibidas en la experiencia de Instagram”

Las participantes señalan que existe una relación significativa entre el uso de Instagram y su autoconcepto, autoestima e imagen corporal. Esta relación se vincula directamente con las interacciones que reciben a través de las herramientas de publicación y las historias, lo cual impacta en su salud mental.

Sí, mucho, principalmente en autoestima, o sea, igual en autoconcepto un poco, pero creo que los temas de los filtros, cuando empezó el tema de los filtros... Mal, todo mal, todo, así como que me hace sentir triste (E2).

Sí, yo creo que sí, porque, ejemplo, un día X uno tiene menos me gusta en una foto que otra y me digo ‘qué onda, estoy más fea, engordé o estoy más delgada’, entonces uno empieza a pensar todas esas cosas y te termina consumiendo la mente solo por un me gusta que te da Instagram (E3).

Categoría 3: “Exploración de las diversas experiencias en las representaciones femeninas en Instagram”

Esta categoría identifica la percepción de las usuarias en relación con las prácticas e informaciones expuestas en Instagram que promueven la imagen femenina como objeto de consumo, definiendo creencias respecto a la construcción física y la valoración del cuerpo. Asimismo, se explora la relación entre la imagen proyectada en Instagram y la cantidad de interacciones que reciben, visibilizando las experiencias de acoso digital. Esta categoría se organiza en las siguientes subcategorías:

Subcategoría: "Explorando la percepción de la imagen corporal en las usuarias"

Las participantes expresan su inconformidad con su imagen corporal, influenciadas por sus experiencias en la red social. Esto les genera sentimientos de tristeza y preocupación al no alcanzar los estándares promovidos.

No estoy tan conforme, porque siento que considero que quizás no estoy en el peso ideal, no tengo quizás la piel o la estatura ideales, se podría decir (E5).

Triste (risa), es que hay días buenos y hay días malos, pero me pasó un tiempo que estuve muy delgada, fui al nutricionista y me cuidaba muy bien y ahora volví a la U y volví a engordar, entonces ahí uno se siente muy mal (E3).

Subcategoría: "Implicaciones de los estereotipos de belleza en las mujeres usuarias"

Las participantes destacan el impacto negativo de las publicaciones en Instagram que promueven estereotipos de belleza femenina, enfocados en la delgadez extrema y una apariencia sexualizada. Esto provoca una percepción corporal negativa y presión para someterse a procedimientos estéticos, perpetuando roles de género y afectando su autoestima. Estas ideas interiorizan mensajes patriarcales, lo que contribuye a la cosificación del cuerpo femenino.

Yo creo que las personas se comparan mucho al estereotipo de Instagram y eso a una la hace sentirse fea porque no soy como ellas, y por eso uno busca herramientas como parecerse a esos estereotipos, como el ácido hialurónico y perfeccionarse a uno mismo (E4).

Sí, especial con el tema de la autoestima, porque como les mencionaba, si a mí me afectó tanto ver esas imágenes de este estereotipo de mujer y que las otras personas tengan esa idea, al final la autoestima de las mujeres en general afecta (E11).

Subcategoría: “Explorando la significación del incremento de ‘Me gusta’ en Instagram en relación con la imagen física de la mujer”

Las participantes indican que el tipo de contenido que recibe más interacciones en forma de ‘Me gusta’ por parte de otros usuarios es, especialmente, aquel donde la imagen física de las mujeres es el tema principal. Mencionan que las imágenes con alto contenido físico suelen tener más interacción que las imágenes de las mismas mujeres en otras actividades.

Yo creo que sí, yo creo que, si subo una foto en pantalones y sentada, y con rollos, ni siquiera pocos me gusta, pero si subiera una foto y tuviera un físico bonito en bikini tendría los 1800 me gusta y 1800 seguidores (E4).

Sí, yo creo que sí, mientras más la mujer tenga descubierto su cuerpo o use ropa más escotada o delgada, es más la interacción, más que solo mostrando, no sé, su cara o cualquier otra acción (E5).

Discusión y conclusión

Esta investigación tuvo como objetivo explorar las experiencias del uso de Instagram y su impacto en el autoconcepto, el autoconcepto físico y la autoestima de las usuarias. Los resultados revelaron que la relación entre el uso de Instagram y la percepción del autoconcepto y la autoestima de las mujeres está vinculada a la inseguridad respecto a la imagen corporal dentro de la plataforma. Las participantes expresaron preocupación por la autoimagen negativa generada por la inseguridad sobre la proyección de su imagen y las características corporales que perciben como diferentes a los cánones de belleza promovidos en Instagram.

La investigación destacó que los ideales de belleza promovidos en Instagram desempeñan un papel crucial en la socialización y estereotipación del rol de la mujer. Estos ideales, centrados en la delgadez y la piel perfecta, afectan la percepción de la apariencia física de las mujeres, influyendo en la forma en que se relacionan consigo mismas y con los demás.

La exposición constante a contenido estereotipado en Instagram impacta negativamente en la percepción de la autoimagen. La plataforma promueve estándares de belleza poco realistas, lo que influye en la percepción de las

mujeres sobre su propia apariencia física. Además, la exposición corporal frecuente lleva a las usuarias a ser más críticas y autoexigentes con su apariencia, lo cual se ve reforzado por las interacciones que reciben, especialmente de género masculino, que gratifican ciertos ideales de belleza y pueden llegar a ser acosadoras.

La insatisfacción con la imagen física tiene consecuencias en la salud mental, llevando a las mujeres a adoptar conductas de riesgo para acercarse al ideal de belleza promovido por los medios y el sexismo. Estas conductas incluyen intervenciones quirúrgicas, gastos excesivos en cambios estéticos, dietas extremas y ejercicio excesivo, así como la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, que impactan significativamente en la salud mental, física y socioemocional.

En conclusión, esta investigación evidenció una relación influyente entre el uso de Instagram y el autoconcepto y la autoestima de las mujeres. Se propone, a nivel nacional, la creación de grupos informativos y psicoeducativos para concientizar sobre la importancia de implementar programas informativos, preventivos e intervenciones en salud mental relacionados con el uso de las redes sociales, especialmente desde una perspectiva de género, incluyendo a su vez a la población infantojuvenil. La exposición constante a contenido sexista y la presión para cumplir con los ideales de belleza pueden contribuir a trastornos de la conducta alimentaria y problemas socioemocionales, destacando la urgencia de abordar esta problemática a nivel nacional e internacional.

Referencias bibliográficas

- Aros, D. (20 de septiembre de 2021). “He dejado de ser yo misma”: Así influye Instagram en la baja autoestima en las personas. BioBio.cl, Salud y Bienestar. <https://www.biobiochile.cl/noticias/salud-y-bienestar/mente/2021/09/20/he-dejado-de-ser-yo-misma-asi-influye-instagram-en-la-baja-autoestima-de-las-personas.shtml>
- Barry, C. T., Doucette, H., Loflin, D. C., Rivera-Hudson, N. y Herrington, L. L. (2017). “Let me take a selfie”: Associations between self-photography, narcissism, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture*, 6(1), 48-60. <https://doi.org/10.1037/ppm0000089>
- Berelson, B. y Lazarsfeld, P. (1948). *The analysis of communication content*. University of Chicago and Columbia University.
- Casado Riera, C. y Carbonell, X. (2018). La influencia de la personalidad en el uso de Instagram/ The influence of personality on Instagram use. Aloma: *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 36(2), 23-31. <https://doi.org/10.51698/aloma.2018.36.2.23-31>
- Castaño, J. (2021). *Unos informes de Facebook revelan que Instagram es tóxico para muchas adolescentes*. <https://www.lavanguardia.com/tecnologia/20210915/7721737/informes-facebook-revelan-instagram-toxico-muchas-adolescentes-pmv.html>
- Castillo, E. y Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
- Castro, K. (2022). La comparación social, imagen corporal y autopresentación de jóvenes universitarios que utilizan Instagram. *Profundidad Psicológica*, (2), 1-9. https://www.congresosenelpacifico.com/uploads/5/8/4/0/58409697/karina_castro_paper.pdf
- Cramer, S. y Inert, B. (2017). #Statusofmind Social media and young people’s mental health and wellbeing. *Royal Society for Public Health Vision, Voice and Practice*. <https://www.rsph.org.uk/static/uploaded/d125b27c-0b62-41c5-a2c0155a8887cd01.pdf>
- Chalco, K., Rodríguez, S. y Jaimes, J. (2016). Riesgo de adicción a redes sociales, autoestima y autocontrol en los estudiantes de secundaria. *Revista científica de ciencias de la salud*, 9(1), 9-15. <https://doi.org/10.17162/rccs.v9i1.542>

- Díaz, M. (2019). *Relación del autoconcepto con el uso de las redes sociales en adultos* [Máster en Psicología General Sanitaria, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España]. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/432264/retrieve>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- Fernández, G. (2022). *El uso de Instagram y su efecto en la salud mental: Experiencias de jóvenes adultos puertorriqueños* [Disertación para obtener el grado de Doctor en Educación, Facultad de educación, Universidad de Puerto Rico]. Repositorio Digital Institucional UPR. <https://hdl.handle.net/11721/2928>
- Fernández-Bustos, J.-G., González-Martí, I., Contreras, O. y Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 25-33. [https://doi.org/10.1016/s0120-0534\(15\)30003-0](https://doi.org/10.1016/s0120-0534(15)30003-0)
- Fernández, R. (5 de abril, 2023). *Número de usuarios activos mensuales de Instagram a nivel mundial desde 2021 hasta 2026 (en miles de millones)*. <https://es.statista.com/estadisticas/1038171/numero-de-usuarios-activos-mensuales-de-instagram-en-el-mundo/>
- Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Gonzalez, G., Zaurita, F., Ubago, J. y Puertas, P. (2020). Motivation, self-concept and discipline in young adolescents who practice rhythmic gymnastics. An intervention. *Children*, 7(9), 135. <https://doi.org/10.3390/children7090135>
- Herrera Harfuch, M. F., Pacheco Murguía, M. P., Palomar Lever, J. y Zavala Andrade, D. (2010). La adicción a facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 6-18. <https://doi.org/10.48102/pi.v18i1.256>
- Jan, M., Ahmad, N. y Sanobia, A. (2017). Impact of social media on self-esteem. *European Scientific Journal*, 13(23), 329-341. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n23p329>

- Kolsquare. (26 de junio 2024). *Estadísticas de Instagram para 2024*. <https://www.kolsquare.com/es/blog/estadisticas-de-instagram-para-2023>
- Martín, T. y Chaves Vázquez, B. (2022). La influencia de Instagram en la creación y reproducción del ideal de belleza femenino. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 15(1), 1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/disertaciones/a.11148>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006>
- McBain, S. (8 de julio de 2020). *How Instagram transformed our personal lives: Ten years after its first post, the app exerts an almost inconceivable degree of influence over our culture, psychology and relationships*. <https://www.newstatesman.com/long-reads/2020/07/how-instagram-transformed-our-personal-lives>
- Morocho, F. (2019). *Instagram: Uso y motivación de los jóvenes* [Tesis de grado de Periodismo, Facultad de Ciencias de la Información, Universidad Complutense Madrid]. Docta Complutense. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/15260>
- Murillo, J. y Molero, F. (2016). Relación entre la satisfacción vital y otras variables psicosociales de migrantes Colombianos en Estados Unidos. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 15-32. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.44308>
- Parsons, C. A., Alden, L. E. y Biesanz, J. C. (2021). Influencing emotion: Social anxiety and comparisons on Instagram. *Emotion*, 21(7), 1427-1437. <https://doi.org/10.1037/emo0001044>
- Perales, C. Y. (2021). Aportaciones sobre el autoconcepto y autoestima. Nunca es tarde para aceptarse. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(SPE4). <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2823>
- Pounders, K., Kowalczyk, C. M. y Stowers, K. (2016). Insight into the motivation of selfie postings: Impression management and self-esteem. *European Journal of Marketing*, 50(9/10), 1879-1892. <https://doi.org/10.1108/ejm-07-2015-0502>
- Quecedo, R. y Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>

- Saiphoo, A. N., Dahoah Halevi, L. y Vahedi, Z. (2020). Social networking site use and self-esteem: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 153, 109639. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109639>
- Torres, L. (2018). *Interiorización de los estereotipos de género en la sociedad argentina y el ideal de belleza en los mensajes publicitarios. Estudio transversal en 4 rangos de edad que abarca de los 18 a los 49 años* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias de la Información]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/47905/1/T39985.pdf>
- Tsaousis, I. (2016). The relationship of self-esteem to bullying perpetration and peer victimization among schoolchildren and adolescents: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 186-199. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.09.005>
- Way2net. (14 de septiembre 2023). *Estadísticas de redes sociales en Chile 2023*. <https://www.way2net.com/2023/09/estadisticas-de-redes-sociales-en-chile-2023/>
- Wehrle, K. y Fasbender, U. (2019). Self-Concept. En V. Zeigler-Hill y T. Shackelford (eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 3-5). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2001-1

Anexo 1: "Pauta de entrevista"

"Estructura para la recolección de datos investigación"

A) Preguntas para la entrevista semi -. estructurada "Duración aprox 45 a 60 minutos"

1. Preguntas sociodemográficas:

Edad	
Comuna de residencia	
Nivel educacional	
Ocupación u oficio	

2. Preguntas introductorias al tema:

<i>Pasado</i>	1. ¿Antes de usar Instagram que otras redes sociales utilizaste?
	2. ¿Cómo fueron los primeros acercamientos a la red social Instagram?
	3. ¿Cuántos años tenías cuando te creaste la cuenta?
	4. ¿Recuerdas cómo era tu vida antes de tener la red social? ¿Sientes que hubo un cambio en tu vida usando la aplicación?
	5. ¿Qué te motivó a tener Instagram? ¿Qué te motiva actualmente a seguir teniendo Instagram?
	6. ¿Con qué frecuencia usabas Instagram cuando descargaste la aplicación en comparación con la actualidad?

<i>Presente</i>	7. ¿En qué momentos del día usan más Instagram? ¿Cuántas horas al día?
	8. ¿Cuántos seguidores tienes a la fecha?
	9. ¿Qué importancia tiene para ti la cantidad de seguidores?
	10. ¿Qué contenidos consumes usualmente en la red social?
	11. ¿Qué herramientas de Instagram usas con más frecuencia? (Filtros, en vivos, post, etc.)
	12. ¿Qué tipo de contenido compartes en Instagram? ¿Qué tipo de contenido consumes?

3. Obj. 1 “Analizar el uso de la red social Instagram y la percepción del autoconcepto y autoestima en mujeres.”

1. ¿Crees que las redes sociales pueden impactar en la vida diaria de las mujeres?
2. Tras lo señalado en las definiciones, cree que la red social Instagram ha tenido un impacto en tu autoconcepto y autoestima.
3. ¿La imagen que tu proyectas cómo te hace sentir?
4. ¿Cuáles han sido tus experiencias en la red social en cuanto a la forma en cómo te sientes contigo misma?
5. ¿Tiendes a compararte con otras mujeres en Instagram?
6. ¿Te sientes valorada en Instagram?
7. ¿Cómo crees que influyen las influencers en ti, en tu autoestima y en tu interacción en Instagram?
8. ¿Crees que los ideales de belleza mostrados en Instagram tienen algún impacto sobre ti?
9. ¿Usas algún tipo de editor o filtro para modificar tus fotografías o historias?

4. Obj. 2 “Identificar los ideales de belleza promovidos en Instagram y su influencia en las representaciones femeninas.”

1. ¿Cuál es el ideal de belleza femenina que se promueve en Instagram?
2. ¿Piensas que Instagram es una red social con enfoque en el género femenino?
3. ¿Sientes que el rol femenino está cosificado en la red social? (Explicar concepto)
4. ¿Te sientes identificada con la representación femenina dentro de Instagram?
5. ¿Crees que las mujeres están teniendo más representación en las redes sociales? ¿Por qué?
6. ¿Cómo crees que las representaciones femeninas dentro de Instagram pueden influir en los estereotipos de las mujeres?
7. ¿Según tus experiencias dentro de la red social, has percibido discriminación por tu género, sexualidad o por tu apariencia entre los usuarios de la red?
8. ¿Qué opinas de las influencers de género femenino?
9. ¿Crees que las influencers representan el género femenino en todos sus aspectos?
10. ¿Qué contenido publican las influencers que conoces?

5. Obj. 3 “Conocer la relación del uso de Instagram en la percepción del autoconcepto físico de las mujeres.”

1. ¿En general, cómo te sientes con tu imagen física?
2. ¿Cómo percibes la relación que tienes con tu cuerpo?
3. ¿Estás contenta de como eres y con lo que subes a Instagram? ¿Por qué?
4. ¿Cómo te hace sentir Instagram? ¿Sientes que hubo un cambio en tu vida usando la aplicación?
5. ¿Cómo crees que la imagen corporal está relacionada con la cantidad de interacciones dentro de Instagram?
6. ¿Cómo crees que puede influir el uso de Instagram en tu autoconcepto físico y en las demás mujeres?
7. ¿Crees que las demás mujeres de tus contactos se esfuerzan por cumplir con ciertos ideales de belleza promovidos dentro de Instagram?
9. ¿Crees que existe alguna influencia en Instagram que puede impactar en la imagen corporal de las mujeres?
8. ¿A quién crees que están dirigidos los filtros de Instagram?
9. Crees que hay diferencias entre tu ciudad de procedencia y el contenido que has visto de las mujeres acá en Concepción.
10. ¿Crees que existe diferencia en los contenidos que publican las mujeres según el estrato social?
11. Si pudieras darle un consejo a una chica que recién se quiere crear una cuenta de Instagram, ¿qué le dirías?

Experiencia Diagnóstica de Mujeres Chilenas en el Espectro Autista: Hacia Orientaciones Alternativas a los Criterios Diagnósticos del DSM-5

Diagnostic Experience of Chilean Women on the Autism Spectrum: Towards Alternative Guidelines to DSM-5 Diagnostic Criteria

Recepción: 7 de julio de 2024 / Aceptación: 23 de septiembre de 2024

Consuelo Valentina Martínez Astorga¹
Ivón Leticia Jara Espinoza²
Ximena Aracelly Martínez Figueroa³
Yaritza Fernanda Henríquez Méndez⁴

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.870>
Licencia CC BY 4.0.

1 Magíster en Literatura, Universidad de Chile. Doctoranda en Psicología, Beca FUNIBER Universidad Internacional Iberoamericana, México. Psicólogo, Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación (UNIACC), Santiago, Chile.

Docente en Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación (UNIACC), Santiago, Chile. Universidad Internacional Iberoamericana (UNINI), Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO), México. Autor para correspondencia: Avenida Salvador 1200, Providencia, Santiago, Chile. Código postal: 7501277

Calle 15 Número 36, Colonia IMI III, Campeche (México). Código postal: 24560

Correo electrónico: consuelo.martineza@uniacc.edu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1629-2154>

2 Magister en Orientación y Mediación Familiar, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

Facultad de Estudios Teológicos y Filosofía, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile. Av. Alonso de Ribera 2850, Concepción, Chile.

Correo electrónico: ivon.jara@ucsc.cl ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7956-7998>

3 Psicóloga, Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación, UNIACC, Santiago, Chile. Profesional independiente. 37A Rue Tracy Brownsburg, Quebec-Canadá.

Correo electrónico: ximemartinezfigueroa@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7683-7771>

4 Psicóloga, Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación, UNIACC, Santiago, Chile. CESFAM Arrau Méndez, Parral, Chile. 3 Sur N 0115, Parral, Chile.

Correo electrónico: yaritzafernanda@hotmail.cl

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4303-5410>

Resumen

Las investigaciones sobre la Condición del Espectro Autista (CEA) han sido principalmente de enfoque biomédico, plasmadas en discursos oficiales como el *DSM-5* y la *CIE-11*, que establecen diagnósticos categoriales formados por criterios unilaterales que no consideran la experiencia propia del colectivo ni la expresión dinámica de esta condición, dificultando su identificación oportuna y certera en mujeres. De ahí surge la necesidad de investigar: ¿Cuáles son las experiencias diagnósticas de mujeres chilenas que forman parte del colectivo del Espectro Autista respecto a su condición, y de qué manera pueden contribuir a los criterios diagnósticos del *DSM-5*? Este estudio se sustentó en un enfoque cualitativo, con un alcance exploratorio-descriptivo y un diseño fenomenológico, realizando *focus groups* con mujeres autistas de distintas agrupaciones y comunidades, considerándolas expertas por experiencia y protagonistas de su propia historia. Del análisis fenomenológico-interpretativo se desprenden como resultado las contribuciones de las mujeres autistas al proceso diagnóstico, ampliando la visión diagnóstica de la CEA y ofreciendo orientaciones alternativas para prevenir diagnósticos rígidos, erróneos y/o tardíos en mujeres. Por ejemplo, se debe considerar que, en mujeres, la interacción social implica un esfuerzo a través de estrategias aprendidas y camuflaje. Así, se concluye la necesidad de criterios diagnósticos diferenciadores para mujeres, con el objetivo de promover un diagnóstico temprano basado en la formación sobre autismo en mujeres y su visibilización para derribar estigmas y destacar la CEA como un llamado a cambios sociales.

Palabras clave: Condición del Espectro Autista; mujeres; DSM-5; evaluación psicodiagnóstica; colectivo; grupos focales

Abstract

Research on the Autism Spectrum Condition (ASC) has been primarily biomedical, reflected in official discourses such as *DSM-5* and *ICD-11*, which establish categorical diagnoses based on unilateral criteria that do not consider the personal experience of the community or the dynamic expression of this condition, making its timely and accurate identification in women difficult. This study aimed to investigate: What are the diagnostic experiences of Chilean women who are part of the Autistic Spectrum Community regarding their condition, and how can these experiences contribute to the diagnostic criteria of the *DSM-5*? This study was based on a qualitative approach, with an exploratory-descriptive scope and a phenomenological design, conducting focus groups with autistic women from different groups and communities, considering them experts by experience and protagonists of their own stories. From the interpretative phenomenological analysis, the results show the contributions of autistic women to the diagnostic process, expanding the diagnostic vision of the ASC and providing alternative orientations to prevent rigid, erroneous, and/or late diagnoses in women. For instance, recognizing that social interaction in women involves effort through learned strategies and

camouflage. Thus, the study concludes the need for differentiating diagnostic criteria for women, aiming for early diagnosis based on training about autism in women and their visibility to break down stigmas and emphasize ASC as a call for social change.

Keywords: Autism Spectrum Condition; women; DSM-5; psychodiagnostic evaluation; community; focus groups

Introducción

Los estudios sobre las experiencias de personas en el Espectro Autista (EA) o Condición del Espectro Autista (CEA)⁵ son limitados, por lo que se reconoce que la mayoría de las experiencias de las propias personas sobre su diagnóstico no están necesariamente consideradas en publicaciones de primer orden, sino que circulan principalmente en plataformas de redes sociales y, en general, de manera individual. En este sentido, es posible observar que en múltiples plataformas sociales, mujeres diagnosticadas presentan formas divergentes de vivenciar el día a día y los contextos en los que se desenvuelven. Estas incluyen desafíos en la interacción social, mayor capacidad de adaptación a distintos entornos, tendencia al hiperfoco en temas o actividades de preferencia, diferencias en el procesamiento sensorial y una mayor hipersensibilidad a estímulos ambientales (ruidos, luces, colores, olores, sabores, entre otros).

Mujeres, como colectivo y grupo de interés en este estudio, comparten su diagnóstico de EA principalmente a través de videos, *reels*, publicaciones, historias y fotos, lo que ha permitido a profesionales conocerlas y considerar aspectos que mejoran su práctica. Por ejemplo, existen cuentas de mujeres autistas chilenas como: *la_conni*, *profe.sonrie*, *magdamon-teron*, *tuamigaautista* y *eaenfemenino-plumaazul*, entre otras, donde se comparten experiencias y vivencias, no necesariamente desde una mirada de los discursos de poder (White y Epston, 2007; White, 2002), manuales o propuestas biomédicas. La organización bonaerense *Mujeres EA*, destacada por la visibilización del diagnóstico en femenino en Latinoamérica, ha gestionado encuentros, simposios y seminarios entre familias, mujeres y profesionales, donde tanto chilenas como extranjeras han compartido sus *experiencias*, saberes e historias, especialmente en lo relativo al diagnóstico.

⁵ Ambas nomenclaturas serán usadas en este estudio indistintamente, más adelante se explica con más detalle el motivo del uso de éstas.

Los estudios se han centrado en descubrir la etiología de esta condición y las posibles intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas y familias. Sin embargo, se debe considerar que, aunque el diagnóstico de EA ha aumentado en las últimas décadas, en Chile no existen datos epidemiológicos suficientes (Carvajal et al., 2021). Además, “los investigadores históricamente han experimentado *dificultades para identificar y diagnosticar a niñas* con Trastorno del Espectro Autista sin deterioro cognitivo” (Carvajal et al., 2021, p. 66, énfasis añadido), así como a mujeres en la etapa adulta, ya que suelen “enmascarar sus síntomas del autismo [...] debido a la experiencia social y las demandas de género” (Carvajal et al., 2021, p. 67). Esto deriva en diagnósticos erróneos, tardíos o encubiertos, presentando un gran desafío para los profesionales.

De lo anterior surge la necesidad de preguntarnos: ¿Cuáles son las experiencias diagnósticas de mujeres chilenas que forman parte del colectivo del espectro autista respecto a su condición, y cómo pueden contribuir a los criterios diagnósticos del *DSM-5*? Esta investigación se centró en reconocer las experiencias diagnósticas de mujeres chilenas en el Espectro Autista que participan en distintas agrupaciones o colectivos sociales a nivel nacional.

El Lugar de las Mujeres en el Espectro Autista

Se ha estudiado que esta condición se detecta tardíamente en mujeres o estas suelen recibir diagnósticos equivocados, lo cual puede deberse a que los criterios diagnósticos no suelen aplicarse de manera adecuada al evaluar a niñas, adolescentes o adultas, resultando en diagnósticos erróneos o tardíos y observándose “trastornos” o comorbilidades (que, en realidad, no son más que *coocurrencias*)⁶. Esto ocurre porque las dificultades presentes en este grupo pasan desapercibidas, con las implicancias negativas que podrían derivarse de sesgos culturales y de género (Leiva, 2022; Lai et al., 2015; D’Agostino, 2014; Gould y Ashton-Smith, 2011). Además, se ha considerado que el espectro autista tradicionalmente se asocia con los hombres (Gould y Ashton-Smith, 2011), generando un vacío en la detección de niñas

⁶ Respecto a ello, Paula (2013, 2021) indica que el concepto de Comorbilidad en los Trastornos del Neurodesarrollo, donde las patogénesis no son claras, resulta ambiguo; de ahí que hablar de Concurrencia hace referencia a la presencia de diversos síntomas en las personas con la CEA, debido a la falta de evidencia sobre la patogénesis de ellos y alude a la idea de que estos ‘síntomas’ serán más bien conjunta a la condición, es decir, son mutuamente existentes.

y mujeres, cuando se reporta que la proporción es de 3.2 niños por cada niña (Loomes et al., 2017).

De esta manera, surge la necesidad de fortalecer las identidades de las mujeres y de establecer sus propias unidades de conocimiento para aportar a otras mujeres. Como señala D'Agostino (2014), más allá de las tendencias y las prevalencias actualmente cuestionadas en la CEA en mujeres, se reconoce que muchas mujeres llegan al diagnóstico en la edad adulta, ya sea por auto-diagnóstico tras investigar sobre el tema, por el diagnóstico de un hijo/a, o al acudir a un profesional especializado para tratar la ansiedad o la depresión. Las repercusiones de esto son significativas en la calidad de vida, el bienestar emocional y los derechos fundamentales (Young et al., 2018; Bargiela et al., 2016).

Las mujeres en el Espectro Autista, especialmente aquellas sin discapacidad intelectual asociada, muestran ciertas habilidades comunicativas y de interacción social que dificultan un diagnóstico precoz (Cridland et al., 2014), ya que sus características tienden a camuflarse en los primeros años de vida y a hacerse más evidentes en la adolescencia. En este sentido, la investigación en adultos autistas indica que los resultados para las mujeres son menores en comparación con los de los hombres, contribuyendo a la invisibilización de la población femenina. Esto no ocurre en el caso de mujeres con discapacidad intelectual asociada, cuyo diagnóstico es más ágil (Brugha et al., 2011). En este contexto, se corrobora la necesidad de evaluar a mujeres que sospechan estar en el espectro autista, cuyos diagnósticos suelen ser tardíos o errados, a menudo por cuestiones de género. La presentación de los “síntomas” en mujeres puede ser diferente a la de los varones, lo que hace que sus dificultades pasen desapercibidas, y que niñas y mujeres potencialmente diagnosticables no sean identificadas por los profesionales (Hernández et al., 2021; Montagut et al., 2018; Merino et al., 2016).

De lo anterior surge la necesidad de adentrarnos en la posibilidad de reunir a este colectivo de mujeres, quienes, desde su propia experiencia, precisan fortalecer no solo su identidad, sino también aportar orientaciones alternativas al conocimiento experto que permitan avances y mejoras en el proceso diagnóstico (White y Epston, 2007; White, 2002). Así, es importante que las propias mujeres contribuyan con sus experiencias diagnósticas, vivencias y trayectorias, ofreciendo orientaciones complementarias

más allá de la perspectiva biomédica propuesta por manuales como el *DSM-5* (actualmente, *DSM-5-TR*⁷).

Por ello, se reconoce la necesidad de diagnósticos oportunos que permitan identificar a las mujeres en edad temprana que presentan esta condición. Es fundamental recoger sus experiencias diagnósticas y escuchar sus historias como expertas en sí mismas, contribuyendo a procesos evaluativos que trasciendan la cultura y el discurso dominante (White y Epston, 2007; White, 2002). En este sentido, la propuesta investigativa busca recoger orientaciones basadas en las propias personas y sus experiencias diagnósticas para fortalecer tanto los saberes disciplinares como los experienciales, considerando la variabilidad y heterogeneidad inherentes al espectro, lo cual representa un desafío para lograr un diagnóstico oportuno.

Acercamiento a la Conceptualización del Espectro Autista

“Las singularidades te desafían.
Te llevan a preguntarte eso que damos por sabido y establecido,
y nos recuerda que todos somos distintos”

Dra. Alexia Rattazzi, Sé amable con el Autismo.

El concepto de *Neurodiversidad*⁸ surge para debatir sobre las diferencias neurológicas y se consolida como un movimiento social que visibiliza la diversidad asociada al cerebro. Así, la neurodiversidad funcional se refiere a la variabilidad en el funcionamiento cerebral (Rattazzi, 2020). En este contexto, esta perspectiva aboga por comprender la *Condición del*

7 Actualmente, DSM en su versión 5-TR, realizó algunos ajustes a los Criterios Diagnósticos de TEA, en el Criterio A, agrega “manifestado por *todo* (*all of*) lo siguiente”, es decir, se entiende que se requieren todos los subcriterios del Punto A, quitando la ambigüedad clínica. Por otro lado, se cambia en el apartado final de los criterios el concepto *trastorno* por *problema* del desarrollo, esto permite indicar coocurrencias que no cumplan los criterios diagnósticos (v.g. autolesiones, ansiedad, etc.).

8 El concepto de *Neurodiversidad* representa las diferencias neurológicas que deberían reconocerse como una categoría social, y fue la socióloga australiana Judy Singer quien acuña este término entre 1996 y 1998 (Armstrong, 2012). Este concepto no solo quedó en su teoría, sino que Singer reconoció que las personas con diferentes tipos de mentes estaban oprimidas y que se requería de un movimiento propio, así entonces se convierte en un movimiento con apoyo mundial y que ha permitido el avance de la investigación en este campo.

Espectro Autista (CEA)^{9,10} como una expresión de la diversidad humana, en lugar de considerarla una patología, promoviendo una visión que trasciende la salud física.

Rattazzi (2020) explica que el CEA es una manifestación del desarrollo cerebral que implica desafíos en áreas como la interacción social, la comunicación y el procesamiento de estímulos sensoriales, y se caracteriza por intereses o comportamientos denominados restrictivos o repetitivos, conocidos en la comunidad autista como *Intereses Profundos*¹¹. De este modo, el espectro autista es heterogéneo y variable; aunque existen similitudes diagnósticas entre las personas, también hay diferencias notables en dimensiones como el lenguaje, el nivel cognitivo y el nivel de apoyo requerido. Por ello, no se aborda como una categoría diagnóstica única, sino como una dimensión más amplia y menos restringida (Cadaveira y Waisburg, 2018).

En Chile, el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es el instrumento oficial para el diagnóstico de diversas patologías en servicios de salud pública y privada. No obstante, en el ámbito de la salud mental, y específicamente para el diagnóstico del espectro autista, se utiliza comúnmente el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (conocido en inglés como *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* o DSM) en su versión 5-TR. Sus criterios permiten a

9 La doctora Lorna Wing, psiquiatra social, fue quién propuso la noción de que el autismo es un *espectro*, es decir, no es categórico, sugiriendo que el diagnóstico era mucho más corriente de lo que se creía (Wing, 1997; Baron-Cohen, 2016).

10 Para efectos del desarrollo de este estudio, se utilizará la nomenclatura de CEA y/o EA, considerando que este colectivo prefieren hablar de Condición y/o Persona en el Espectro Autista indistintamente, puesto que como indican (Siervo y Kreisel, 2018) la propia persona con Autismo y sus familias les acomoda más que el de Trastorno; sin embargo, se ha de tener en cuenta que desde la vía disciplinar, al momento de realizar una hipótesis diagnóstica o hacer uso de los criterios diagnósticos se debe utilizar la nomenclatura o conceptualización de la versión más actualizada de DSM o CIE. Ahora bien, Simón Barón-Cohen en el Congreso IMFAR en 2015 en su presentación propuso un cambio gramatical en la nomenclatura médica para hablar de Condición en vez de Trastorno, aportando una serie de argumentos diferentes entre ellos que trastorno implica una causa biomédica, implica gravedad, sufrimiento, discapacidad, algo disfuncional, etc. De esta manera, el concepto trastorno es potencialmente estigmatizante, de ahí la importancia de apelar a esta noción y ocuparnos de ella en este estudio.

11 Utilizar el concepto de *Intereses Profundos* es acudir a la propia forma en que la comunidad autista denomina aquellos temas a los que dedica mayor intensidad, puesto que hablar de intereses restringidos o repetitivos u obsesiones denota una característica deficitaria o vista como un problema que debe ser solucionado.

los profesionales de la salud formular diagnósticos en este ámbito, y en el caso del espectro autista, se establecen cuatro criterios diagnósticos, resumidos como: (A) desafíos persistentes en la comunicación social e interacción social en diversos contextos; (B) patrones restrictivos y repetitivos de conducta, intereses o actividades; (C) los síntomas deben estar presentes desde la niñez, aunque pueden manifestarse plenamente cuando las demandas sociales exceden las capacidades o quedan enmascarados por estrategias aprendidas; y (D) los síntomas causan deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento habitual (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Es relevante considerar que estas descripciones no abarcan todas las características que pueden observarse en las personas (Rattazzi, 2020). En este sentido, las personas pueden aportar otras descripciones que contribuyan a un diagnóstico más robusto, brindando respuestas a familias, profesionales y a las propias personas, especialmente en el caso de las mujeres, ya que “las características de las mujeres con CEA son diferentes de las de los hombres” (Rattazzi, 2020, p. 73).

Según Mujeres EA (2019), la presentación de los “síntomas” puede variar significativamente en las mujeres y en diferentes etapas de su ciclo vital, lo cual puede “confundir a los clínicos acostumbrados a evaluar estos síntomas en la presentación clásica masculina, influenciada por un sesgo que lleva muchos años presente en la historia del autismo, sumado a los estereotipos de género y las expectativas sociales” (párr. 2). Esto subraya la relevancia de profundizar en el diagnóstico específico en mujeres, garantizando una detección temprana y oportuna, así como apoyos personalizados cuando sean necesarios, para construir conocimientos complementarios en la disciplina y responder a los compromisos que este colectivo demanda.

Metodología

Tipo de estudio

En cuanto a nuestro objeto de estudio, el enfoque metodológico adecuado para comprenderlo corresponde a la investigación cualitativa, definida por Hernández et al. (2010) como un procedimiento metodológico guiado por temas o áreas significativas para la investigación. En esta línea, García (2015) destaca la importancia del enfoque cualitativo, dado que su tríada involucra al investigador, la representación de la realidad y la interpretación subjetiva de esta. Así, la relación entre el sujeto y el objeto incluye el contexto histórico, social y cultural del problema. En este estudio, abordar el grupo de mujeres adultas diagnosticadas en el espectro autista (CEA) permitirá recopilar sus experiencias diagnósticas, superando las comprensiones tradicionales de la perspectiva biomédica.

Alcance

El alcance de la investigación es exploratorio-descriptivo, pues se busca explorar y describir las experiencias y el carácter subjetivo de un grupo de mujeres chilenas en el espectro autista. En este caso, el objetivo es acercarnos al fenómeno y describir cómo se manifiesta (Hernández et al., 2010).

Diseño de investigación

El diseño alineado con la epistemología, las preguntas y los objetivos de esta investigación es el *Diseño Fenomenológico*, cuyo enfoque indaga: “¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona, grupo o comunidad respecto a un fenómeno?” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 712). Este diseño se distingue de otros enfoques cualitativos al centrar la indagación en la experiencia de los participantes. Así, se enfoca en “las experiencias individuales subjetivas de los participantes” (Mertens, 2005, citado en Hernández et al., 2010, p. 515). Este enfoque reconoce la existencia de múltiples interpretaciones de una misma experiencia, y el significado que cada participante otorga a esta constituye la realidad, base de la fenomenología (Hernández et al., 2006).

Participantes

Muestra y acceso a las participantes

Dado el enfoque cualitativo de esta investigación, la muestra será un grupo de mujeres en el espectro autista, de quienes se recolectarán los datos. En este sentido, el tipo de muestra será de participantes voluntarios o autoseleccionada (Hernández et al., 2010, p. 396), quienes responderán a una invitación. Para el acceso a las participantes, y como medida ética y filtro para la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión, se contará con “gatekeepers”, personas que facilitarán el acceso a los grupos y comunidades, y que recibirán una carta formal por correo electrónico solicitando su colaboración en el proceso.

Criterios de inclusión/exclusión

Para la selección de la muestra, se aplicarán criterios de inclusión y exclusión en función de sexo-género, edad, ubicación geográfica, diagnóstico médico y tiempo de diagnóstico. Los criterios de inclusión son: mujeres chilenas diagnosticadas oficialmente con CEA hace al menos dos o tres años, o extranjeras nacionalizadas en Chile, mayores de 18 años, sin deterioro o déficit cognitivo significativo, con capacidad comunicativa verbal/oral, y sin estar atravesando un evento crítico a nivel físico o psicoemocional. Los criterios de exclusión incluyen: mujeres chilenas o extranjeras sin diagnóstico oficial o sin nacionalización chilena, menores de 18 años, con deterioro o déficit cognitivo significativo, con dificultades comunicativas verbales/orales o que utilicen sistemas aumentativos alternativos de comunicación, y que estén atravesando un evento crítico a nivel físico o psicoemocional.

Técnica de Recolección de Datos

La información obtenida a lo largo del proceso investigativo se recabó a través de Grupos Focales (Focus Groups), ya que se considera “un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto” (Martínez-Miguelés, 2004, párr. 5). Además, se trata de “un modo de oír a

la gente y aprender de ella” (Morgan, 1998b, citado en Martínez-Migueles, 2004, párr. 25), permitiendo el descubrimiento de una estructura de sentido compartida, ya sea consensuada o, en su defecto, bien fundamentada por los aportes de los miembros del grupo (Martínez-Migueles, 2004). En cuanto al número de Grupos Focales, se realizaron dos, con un total de ocho participantes provenientes de distintas regiones de Chile.

Para ello, se diseñó un Guion de Preguntas basado en Preguntas Directrices y validado por un Juez Experto, complementado con Observación Participante. Este enfoque permitió que, a partir del relato de la muestra, emergieran sus propias experiencias diagnósticas de EA, considerando el sentido colectivo de esta instancia, en la que se compartieron experiencias de manera colaborativa y no individual. Las Preguntas Directrices fueron: 1) Antes y/o durante el proceso diagnóstico inicial, ¿qué les llamaba la atención en relación con su propia experiencia comunicativa e interacción social?; 2) ¿Cómo vivenciaron esa experiencia comunicativa e interacción social?; 3) Antes y/o durante el proceso diagnóstico, ¿cuáles eran los intereses profundos que más captaban su atención y la de los demás?; 4) ¿Cómo vivenciaron esos intereses profundos y qué les provocaba en sí mismas y en los demás?; 5) Antes y/o durante el proceso diagnóstico, ¿cuáles fueron los principales hitos que marcaron el proceso diagnóstico?; 6) ¿Cómo vivenciaron esos hitos?; 7) ¿Qué otras experiencias, características o particularidades personales identifican y que no se describen en los criterios diagnósticos, pero que ustedes asocian a la condición del espectro autista?; y 8) ¿Cómo vivenciaron esas experiencias o particularidades?

Método de Análisis de Datos

Considerando el Diseño Fenomenológico en que se basa esta investigación, centrado en las experiencias diagnósticas de las participantes, se pretende reconocer sus percepciones y el significado de un fenómeno o experiencia (Bogden y Biklen, 2006; Taylor y Bogdan, 1994). Por ello, se emplearon Grupos Focales para recoger la ‘viva voz’ de las participantes, sus opiniones y experiencias (Hernández et al., 2010). En consecuencia, se optó por el Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI) como “un enfoque de investigación cualitativo comprometido con el examen de cómo las personas dan sentido a sus principales experiencias de vida” (Alase, 2017, p. 9), lo cual permite comprender sus experiencias sobre un fenómeno

o múltiples perspectivas de este, intentando ‘desenmarañar’ (*unravel*) los significados de las experiencias contenidos en las descripciones de las participantes mediante un proceso de compromiso interpretativo con las transcripciones (Willig, 2008).

En este sentido, el AFI busca generar una descripción minuciosa y profunda de las experiencias particulares, tal como son vividas y entendidas por las participantes (Howitt y Cramer, 2011, en Duque y Aristizábal, 2019; Langdrige, 2007), es decir, destacando la importancia de “la experiencia tal y como es vivida” (Castillo, 2021, p. 9), recurriendo a la Fenomenología como *Método o Técnica de Análisis dentro de la Investigación Cualitativa, la cual se aproxima a las experiencias vividas* (Castillo, 2021, énfasis añadido)¹².

Para este proceso, se utilizó la propuesta de Duque y Aristizábal (2019), quienes describen una serie de etapas para el análisis e interpretación de datos: a) Comentarios Iniciales, b) Identificación de Temas Emergentes, c) Agrupamiento de Temas (acompañado del uso de ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Window 9.1, 2022); y d) Tabla de Temas. Estas etapas permiten trabajar las transcripciones de los Grupos Focales 1 y 2, facilitando la revisión y revelación de las experiencias a través de grandes temas que reflejan una posición reflexiva sobre el fenómeno en estudio (Castillo, 2021).

12 El Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI) o conocido en inglés como *Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)* explora a detalle cómo los participantes dan sentido a su mundo personal y social, siendo el foco las experiencias, sus significados y estados de los participantes, de manera que Castillo (2021) indica que algunos autores consideran que el AFI tiene poca adherencia a la filosofía fenomenológica, ya que no apela a la *epoché-reducción* (o *bracketing*, actitud de abstención de juicios, de conocimientos previos, de conceptos y de teorías que se poseen sobre las cosas) y no se centra en las estructuras esenciales de la experiencia, sino que en casos experienciales concretos (Zahavi, 2019 citado en Castillo, 2021), reportando principalmente las experiencias y sus significados a través de conceptos psicológicos (van Manen, 2018 citado en Castillo, 2021).

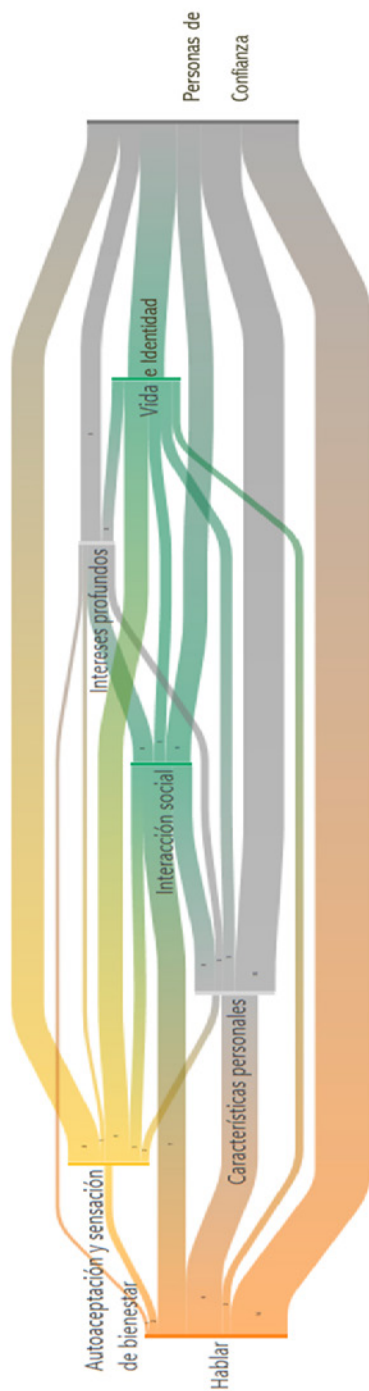
Resguardos Éticos

Los resguardos éticos a considerar antes de realizar el Focus Group incluyen el contacto previo mediante Correo o Carta Formal con Gatekeepers de distintas agrupaciones o comunidades, quienes facilitarán el contacto con las participantes, mediando el encuentro, la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión y la voluntariedad de la participación. Además, a través de los Gatekeepers se hará llegar el Consentimiento Informado, ratificando la participación voluntaria en la investigación. Por otra parte, como investigadoras, debemos resguardar la información proporcionada por las personas y actuar en conformidad con los principios y normas éticas de nuestra disciplina.

Resultados

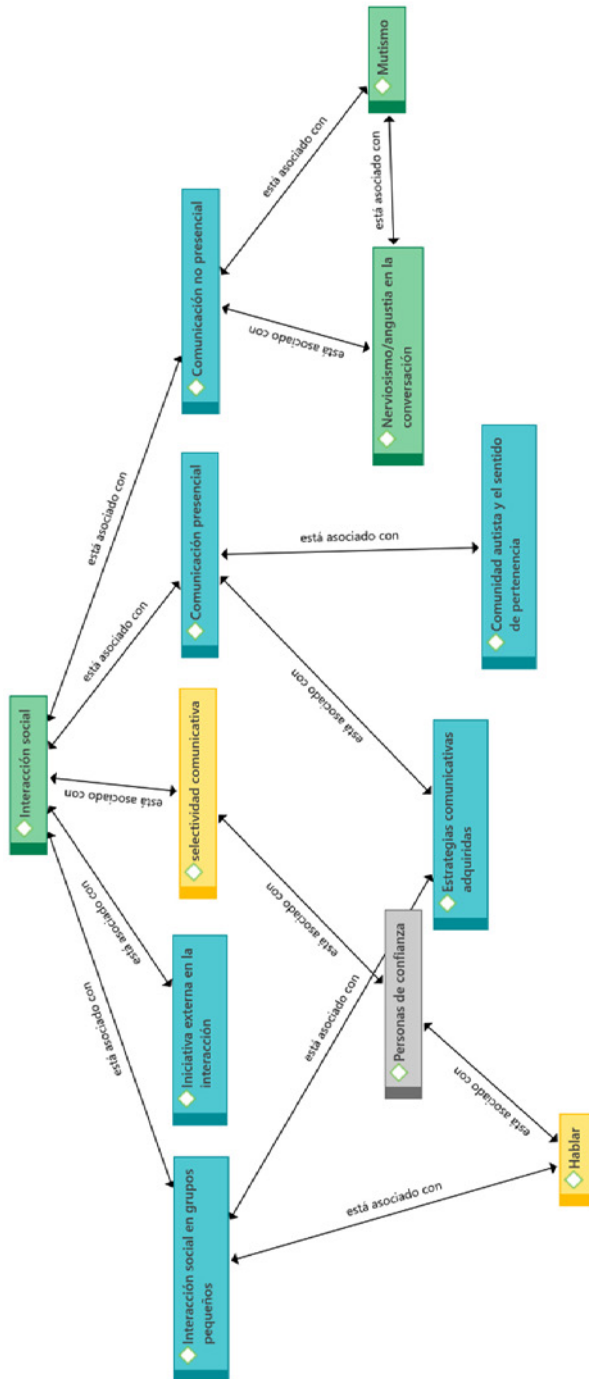
Esta sección se basa en el Proceso de Agrupamiento y Relaciones y en la Tabla de Temas. De esta fuente se extraen los Temas Superordinados junto con sus respectivos Temas Subordinados, fundamentados en los extractos obtenidos de los Focus Group (Duque y Aristizábal, 2019). Se opta por presentar los resultados en este formato para, posteriormente, exponer en un apartado distinto la discusión y las conclusiones sobre lo descrito (Howitt, 2012, citado en Duque y Aristizábal, 2019). Los resultados obtenidos en esta investigación se orientan de acuerdo con los objetivos específicos establecidos, el Diseño Fenomenológico de Investigación y el Procesamiento de los Datos de manera Análoga y Digital, apoyado en el Método de Análisis Fenomenológico Interpretativo (Duque y Aristizábal, 2019). A continuación, se muestra el proceso de la investigación, el cual contextualizará la redacción de los Resultados. En cuanto a las Declaraciones Significativas y su Análisis, es relevante para este estudio considerar un Diagrama de Sankey, ya que permite observar flujos, volumen, la proporción entre categorías y los nodos con mayor magnitud en sus vínculos.

Figura 1
Diagrama de Sankey de Nodos Principales (elaboración propia con ATLAS.ti 9.1 Windows).



A partir de los resultados obtenidos mediante el Diagrama de Sankey, es posible observar e interpretar que los flujos y cantidades entre sus categorías reflejan una magnitud clara y significativa entre ellas. De este modo, se identifican las siguientes categorías centrales: Autoaceptación y Sensación de Bienestar, Hablar, Personas de Confianza, Características Personales, Interacción Social, Intereses Profundos y Vida e Identidad. Por ejemplo, es posible interpretar que la categoría “Hablar” se relaciona de manera directa y con mayor densidad con la categoría “Personas de Confianza”, la cual a su vez se vincula con la categoría “Vida e Identidad” del colectivo de mujeres en el espectro autista. Asimismo, la categoría “Hablar” muestra un vínculo estrecho con la “Interacción Social”, la cual, a su vez, se relaciona con “Intereses Profundos” y con “Vida e Identidad” en un vínculo de mediana densidad; estos elementos constituyen y se correlacionan con la categoría de “Características Personales” de la muestra en estudio, subrayando la gran magnitud respecto a las “Personas de Confianza” en el entorno de las mujeres autistas.

Figura 2
Categoría Central «Interacción Social» (elaboración propia con ATLAS.ti 9.1 Windows).



A partir de la categoría “Interacción Social”, se establece el siguiente agrupamiento y sus respectivas relaciones: las participantes experimentan la Interacción Social generalmente como un proceso obligado o forzado, destacándose la Interacción en Grupos Pequeños como espacios de confianza que facilitan la Apertura Comunicativa (Hablar):

La interacción en grupos pequeños se me va bien, pero en grupo más grandes me cuesta, me cuesta seguir conversaciones, es como si me fuese a blanco y me cuesta que decir o concentrarme en qué cosa le puedo retribuir al interlocutor (...) que yo he notado mucho cuando se me dio el diagnóstico, porque antes no era consciente (...) Entonces cuando tengo este tipo de interacción, como forzada (F2-CG).

La Interacción en Grupos Pequeños facilita el proceso comunicativo, especialmente cuando se trata del propio colectivo autista, ya que la experiencia comunicativa es diferente de la que se produce con neurotípicos. Estos grupos se configuran mediante una Selectividad Relacional, lo que ellas denominan Selectividad Comunicativa, basada en círculos sociales de confianza (Personas de Confianza).

Actualmente tengo una gran, una mayor interacción social, sí, con las personas, pero son aquellas que yo quiero interactuar, ya uso el colador humano, no cualquiera entra (F1-SG).

Esta apertura comunicativa responde a la confianza y cercanía generadas con el otro, especialmente dentro de la comunidad autista, ya que comparten sentidos de comunicación, como la literalidad. Además, según el esquema de relaciones, la interacción social fortalece los vínculos, al considerarse entre pares y compartir experiencias similares.

Yo como usualmente me comunico con las personas es a través de aplicaciones o mucho frente a frente, me gusta mucho la comunicación presencial, entonces uso ambas, pero uso más a través de aplicaciones (...) Aunque me comunico mucho mejor con autistas desde que tengo la comunidad autista y nos juntamos a conversar. La conversación fluye de forma muy cómoda. No sobreentendemos nada. Todo es muy literal y esto tenemos el mismo humor, los mismos códigos, entonces con personas no autistas tampoco me cuesta, pero obviamente con mi comunidad me es mucho más agradable (F2-NB).

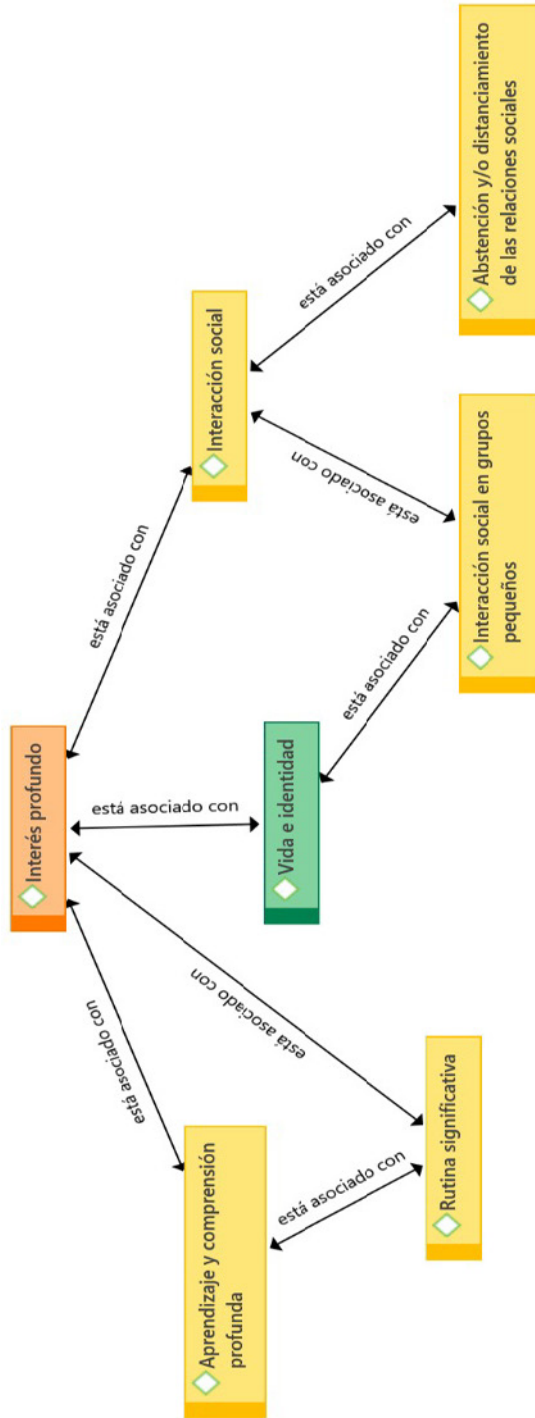
Las participantes señalaron que sus procesos de interacción y comunicación se relacionan con el uso de Estrategias Comunicativas Adquiridas, tanto en espacios de Comunicación Presencial como No Presencial. La Comunicación Presencial se asocia con el sentido de pertenencia a la comunidad autista, considerándose un espacio facilitador y reconfortante para la comunicación.

A mí lo que me pasa es que yo el día de hoy puedo comunicarme de forma muy fácil en general, pero fue porque pasé años investigando cómo dialogaba la gente, que cosas conversaba, qué preguntas se hacían y hice como mi pregrado de análisis de conversaciones (F2-NB).

En cuanto a la Comunicación No Presencial, esta se asocia con la angustia causada por la interacción, ya que el nerviosismo ante la expectativa de una conversación fluida puede llevar al mutismo.

A mí no me gusta ninguna, lo hago solamente por obligación. Prefiero los mensajes de texto o sea *Whatsapp -I Love you, Whatsapp-*. Una llamada telefónica me genera demasiada ansiedad realizarla yo y contestarla también, por lo cual evito y suelo colgar” (F1-SG).

Figura 3
Categoría Central «Interés Profundo» (elaboración propia con ATLAS.ti 9.1 Windows).

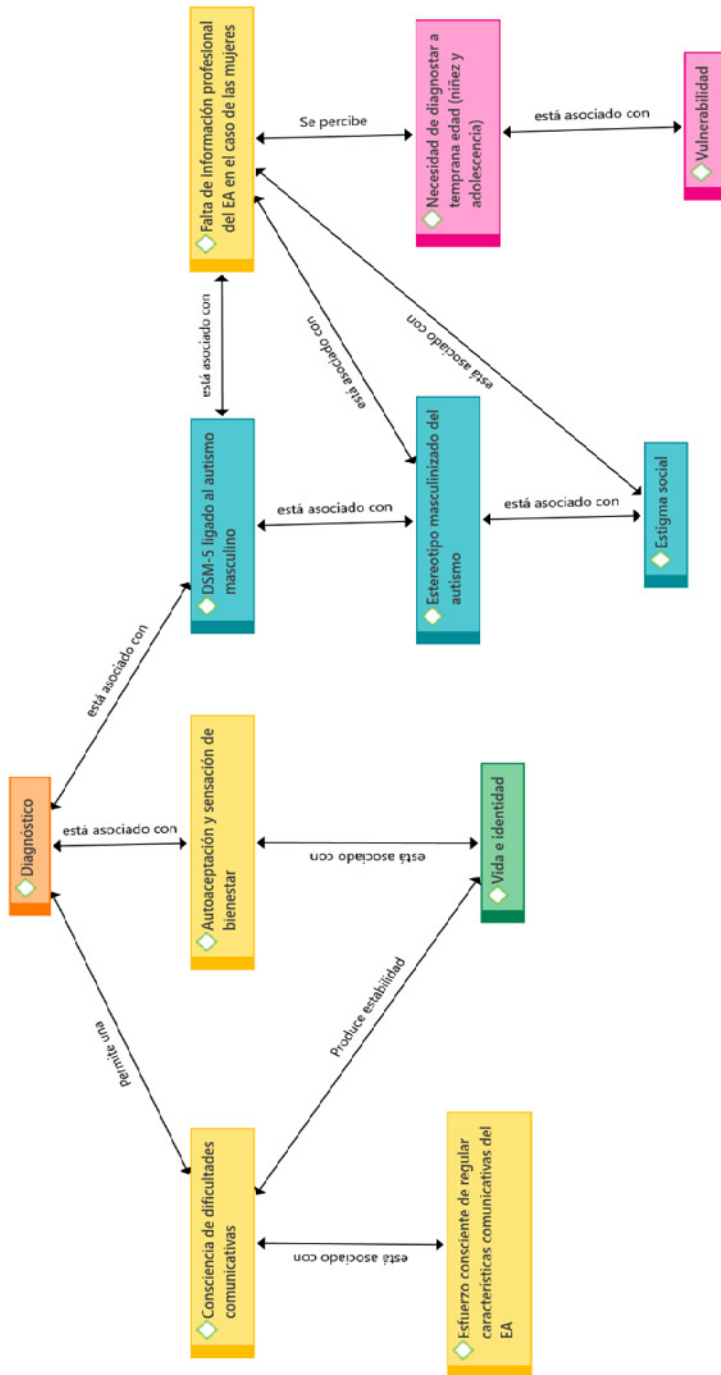


A partir de la categoría central de “Interés Profundo”, se establece la relación con una necesidad de comprensión exhaustiva sobre algún tema o situación, bajo una estructura que ellas identifican como rutina. Las participantes expresan que desarrollar sus intereses profundos constituye una Experiencia Identitaria que involucra un Compromiso Emocional significativo.

(...) Los intereses profundos, yo creo que igual marcan a toda la vida. En mi caso también han marcado mucho mi vida (...) Que en verdad creo que no se vuelve como mi interés más preponderante, pero yo creo que marcan porque la intensidad emocional que produce son, es muy potente. Entonces, como que no es solo, un tema de interés, cómo podría no ser la gente que tiene hobbies o cosas así. Si no que es algo como más central en la vida de las personas autistas, o sea, lo digo, en mi caso como algo muy como ligado, como a la identidad de cada una (...) Como que son muy importantes, como que creo que un autista no vive sin sus intereses profundos, es como que una experiencia muy muy identitaria (F2-AN).

Esta categoría se asocia con la Interacción Social en dos aspectos: primero, en la intención de compartir y socializar sus intereses en grupos pequeños donde regulan su comunicación; segundo, en la abstención de las relaciones sociales debido a que la actividad demanda energía, afectando sus rutinas.

Figura 4
Categoría Central «Diagnóstico»



Para cumplir con los objetivos propuestos en este estudio se realiza la red semántica mediante el Categoría Central “Diagnóstico”, de esta manera se asocia a que una vez diagnosticadas, se produce una Consciencia de las Dificultades Comunicativas desde una perspectiva clínico-académica..

En grupo más grandes me cuesta, me cuesta seguir conversaciones, es como si me fuese a blanco y me cuesta que decir o concentrarme en qué cosa le puedo retribuir al interlocutor (...) que yo he notado mucho cuando se me dio el diagnóstico, porque antes no era consciente (F2-CG).

Además, esta consciencia de la dificultad para comunicar se asocia a un esfuerzo personal por regular y controlar características asociadas a la CEA como el nerviosismo al verbalizar, ansiedad por terminar una idea, hablar a ritmo rápido y no lograr una comunicación fluida.

Pienso mucho lo que tengo que hablar antes de lo que voy a decir y cuando estoy nerviosa, hablo muy rápido y casi no se me entiende nada lo que lo que estoy diciendo. Entonces preparo mucho mi discurso hablado (...) pero con el paso del tiempo estuve en grupos de teatro, tomé terapias con fonoaudiólogo. Yo fui diagnosticada a los 7 años. Entonces tuve varias terapias que me permitieron proyectar la voz, conocerme más, conocer mi propia voz (F1-SG).

La Consciencia de la Dificultad Comunicativa también les produce una Sensación de Bienestar, de Autoaceptación y Comprensión, superando barreras comunicativas.

Hoy puedo comunicarme de forma muy fácil en general, pero fue porque pasé años investigando cómo dialogaba la gente, que cosas conversaba, qué preguntas se hacían y hice como mi pregrado de análisis de conversaciones. Entonces era como ya cuando alguien dice “tema a” alguien responde tal cosa y así estuve mucho, mucho tiempo. ¿Entonces que hay dificultad? Yo considero que en la comunicación y en la interacción social, si la existen, pero no es un criterio como que te persigue toda la vida. No creo que es algo que sea para siempre, una puede superar esta barrera (F2-NB).

Por otro lado, el diagnóstico se asocia a criterios sesgados que operan bajo estereotipos masculinos presentes en el DSM-5 y reforzados por los estereotipos sociales. Este sesgo contribuye a un Estigma que afecta tanto

las experiencias de estas mujeres como la imagen que el entorno social construye de ellas. Entre las características asociadas a la condición del espectro autista (CEA) en hombres se incluyen un lenguaje menos fluido y una marcada dificultad para mantener contacto visual. En este contexto, se reconoce una importante falta de información sobre criterios específicos para la CEA en mujeres. A partir de las experiencias de la infancia y adolescencia de las participantes, surge la necesidad de diagnósticos tempranos en mujeres, ya que están expuestas en mayor medida a situaciones de vulnerabilidad, como abuso sexual, precariedad económica y otras (no especificadas).

Discusión y Conclusiones

La experiencia diagnóstica de mujeres chilenas en el espectro autista se presentó como el fenómeno de estudio, explorando los significados y desafíos contenidos en sus descripciones; se examinó la experiencia tal como fue vivida y percibida por sus protagonistas. Este análisis permite identificar elementos que podrían servir como orientaciones alternativas a los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5. En este sentido, este proceso investigativo contribuye al trabajo de la comunidad científica en torno a la comprensión de diversos “síntomas” del Espectro Autista y su heterogeneidad. Este panorama multiforme y variable permitió recoger orientaciones alternativas para el proceso diagnóstico desde las propias voces de las mujeres como una “vía alternativa” a la propuesta hegemónica, dado que en mujeres, debido a una mayor funcionalidad y capacidad de disimulo, el diagnóstico suele llegar de manera más tardía (Hervás, 2022; Galindo et al., 2021; Murillo et al., 2020; Montagut, 2018; Simone, 2013).

En este contexto, Carvajal et al. (2021) sostienen que ciertas características y síntomas típicos, como conductas y lenguaje expresivo más estereotipados, se presentan con menor intensidad en mujeres, lo cual dificulta su detección, ya que pueden estar enmascarados, lo que conlleva a diagnósticos erróneos o tardíos (Hernández et al., 2021; Merino et al., 2016). Esto pone en evidencia la necesidad de seguir investigando en torno a la experiencia diagnóstica desde una mirada multicontextual, construida y significada por el propio colectivo, como se buscó en esta investigación.

Las participantes resaltaron la relevancia de experiencias de vida centradas en categorías como autoaceptación, sensación de bienestar, hablar,

personas de confianza, características personales, interacción social, intereses profundos, vida e identidad. El contexto en el cual se desenvuelve este colectivo influye en la vivencia y manifestación de su condición y características. Muchas de estas mujeres logran, en distintos niveles de funcionalidad, comunicarse, interactuar, proyectarse laboralmente y superar diversas dificultades. Estos elementos se desarrollan de forma más satisfactoria en círculos de confianza y en grupos pequeños.

Estudios recientes confirman un sesgo diagnóstico en niñas y mujeres, pues las mujeres autistas (especialmente las niñas) suelen requerir niveles más altos de “síntomas autistas” y presentar más comorbilidades para recibir atención clínica. Esto suele llevar a una infradetección del diagnóstico (Mandy, 2018). En este sentido, reflexionar sobre los criterios diagnósticos del DSM-5 e incorporar la experiencia de las mujeres puede contribuir a superar la tendencia histórica a desestimar su diagnóstico en el EA (Hernández et al., 2021; Mandy, 2018). Así, la revisión de los criterios oficiales ha sido determinante para reflejar los aspectos alternativos aportados por las propias mujeres, que pueden servir como orientaciones al proceso diagnóstico.

Respecto al **Criterio A** (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), que refiere a deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos, las participantes describen desafíos en la comunicación e interacción social. Si bien experimentan la Interacción Social como un proceso obligado o forzado, no lo perciben como una deficiencia persistente, ya que buscan y gestionan estrategias comunicativas para interactuar con otros. Esto ocurre de manera más fluida en grupos pequeños, ya que, como señalan Galindo et al. (2021), la socialización femenina en mujeres del EA tiende a darse en grupos pequeños e íntimos, lo que podría explicar la ocultación de los déficits en habilidades sociales. Esta interacción se observa más si los pequeños grupos pertenecen al propio colectivo, estructurándose como espacios de confianza que permiten una mayor Apertura Comunicativa (categoría Hablar). La interacción se da en círculos sociales de confianza y cercanía, especialmente en la Comunidad Autista, donde se comparten sentidos y modos de comunicarse, como la literalidad y los intereses comunes.

En relación con el **Criterio B** (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), en relación a patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, las mujeres entrevistadas conocen e identifican

sus *Intereses Profundos* como parte de su experiencia diagnóstica, siendo percibida como la necesidad de comprender lo más exhaustivamente posible alguna temática o situación, rigiéndose por medio de una estructura que identifican como rutina, la cual se manifiesta principalmente por un tema o actividad de mayor interés, lo cuales pueden variar en el tiempo. En este marco, las participantes mencionan que desarrollan y viven su Interés Profundo como una Experiencia Identitaria que involucra un gran Compromiso Emocional, pues como indica Simone (2013) “la información llena un vacío dado (...) sentimos una especie de afán por aprender y crear, pero no se puede crear nada si no se tiene una *comprensión suficientemente profunda* de lo que ya existe” (p.14, énfasis añadido). Se trata de algo más profundo que un simple gusto o interés, refiere a una experiencia que les da sentido y horizonte, señalando que desde los intereses profundos han desarrollado una profesión u oficio, emprendimiento e incluso es una plataforma para interactuar y comunicarse con otros de modo más fluido, al mismo tiempo que señalan que al ser una actividad altamente demandante y estimulante, a menudo logran un efecto contrario a lo anterior, se abstienen de sus rutinas cotidianas o de interactuar con otros.

En relación con el Criterio C (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), que establece que los síntomas deben estar presentes en las primeras etapas del desarrollo, pero pueden no manifestarse completamente hasta que las demandas sociales superen las capacidades limitadas o que pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en etapas posteriores de la vida, este punto se evidencia en el diagnóstico de la mayoría de las participantes, realizado en la juventud o adultez. Esto ocurre debido al esfuerzo personal por regular y/o camuflar características asociadas al autismo, o a criterios de diagnóstico sesgados. Attwood (2018) observa que el diagnóstico y reconocimiento del espectro autista (EA) en mujeres puede ser más difícil, debido a sus mejores mecanismos de afrontamiento y camuflaje. Por ejemplo, las niñas suelen integrarse a un grupo quedando en la periferia de la interacción social, adoptando comportamientos socioculturales de “buena educación” que dificultan su identificación por parte de profesores, terapeutas o familiares.

En este contexto, particularidades y experiencias como el contacto visual, la interacción y comunicación con otros, la formación de vínculos, el establecimiento de una familia y la consecución de una carrera, entre otros factores, suelen retrasar o errar el diagnóstico en mujeres. Como indica

Attwood (2018), una mujer puede “adoptar un rol” y un guion social o basarse en las características de otra persona, mostrando habilidades razonables a nivel intelectual y camuflándose mediante diversas estrategias. Esto resulta en dificultades para las mujeres que no reciben un diagnóstico oportuno. Merino et al. (2016) señalan que las mujeres presentan una sintomatología dinámica y, en ocasiones, diversa a la de los varones o los criterios del DSM-5, lo cual agrava las consecuencias de un diagnóstico tardío o erróneo. Las mujeres del CEA resaltan las repercusiones de esta falta de diagnóstico a lo largo de su vida, incluyendo desgaste emocional por desconocer su diagnóstico, mayor riesgo de abuso y discriminación, y manipulación. Como señala Simone (2013), “si no hay diagnóstico, entonces hay un vacío, un agujero en el cual lanzar todo tipo de hipótesis y otras etiquetas” (p. 35).

Por el contrario, recibir un diagnóstico proporciona, según las participantes, comprensión, autoconocimiento, empoderamiento, bienestar, satisfacción e identidad. Estas mujeres sienten que su percepción de sí mismas estaba incompleta y que un diagnóstico temprano y preciso podría mejorar significativamente sus vidas. Galindo et al. (2021) destacan que la falta de apoyos y la invisibilidad social incrementan la vulnerabilidad de estas mujeres con TEA. El diagnóstico, cuando es tardío, supone un proceso largo y arduo, ya que muchas llegan a la adultez estresadas y agotadas, tratando de encajar en una sociedad neurotípica sin entender por qué les cuesta tanto. Mujeres EA (2019) señala que “muchas mujeres adultas se encuentran sospechando un diagnóstico en su edad adulta, habiendo transitado toda su vida con dificultades y adaptándose en exceso, lo cual tiene un costo en términos de salud mental” (párr. 12).

Escuchar la experiencia diagnóstica de estas mujeres plantea reflexiones y desafíos, como la necesidad de criterios diferenciadores para el diagnóstico en mujeres, formación en autismo orientada a mujeres, visibilización del diagnóstico en mujeres para reducir estigmas y cambios sociales necesarios en la comprensión del autismo. Dado lo aportado por las propias mujeres autistas, se podrían considerar orientaciones diagnósticas alternativas, teniendo en cuenta que las mujeres presentan habilidades relacionales y comunicativas desarrolladas (sin necesariamente un lenguaje estereotipado) y enfrentan diversos contextos camuflándose sin renunciar a aspectos socioculturales, demostrando resiliencia a medida que avanzan en su desarrollo.

Respecto a los Intereses Profundos, es necesario entenderlos como experiencias identitarias ligadas a un Compromiso Emocional. En este sentido, debería considerarse la cualidad del interés y no solo la presencia o ausencia de conductas. Estos intereses se presentan con alta intensidad y flexibilidad en las mujeres, quienes pueden abandonarlos tras cubrir sus necesidades básicas, pero no son fijos cuando se trata de desarrollar un nuevo interés. Es decir, ellas saturan un tema y luego inician uno nuevo. Además, sus intereses tienden a ser “abstractos” más que centrados en objetos, siendo comunes a los intereses de personas neurotípicas, como temas de género, neurociencias, orden, religiones y cuidado de animales. En mujeres autistas, los movimientos estereotipados o el habla idiosincrásica no son tan frecuentes. Asimismo, la Hiporreactividad e Hiperreactividad Sensorial deben observarse sin distinción de género.

En la evaluación diagnóstica de una mujer, el contexto es fundamental, ya que determina el desarrollo de sus roles y la apertura comunicativa, relacionada con la confianza y cercanía con otros. En el entorno familiar, puede ser más difícil identificar ciertos criterios de comunicación y relaciones establecidos en el DSM-5, por lo que se recomienda un historial clínico y de vida detallado en el caso de mujeres adultas. La sintomatología suele ser dinámica y a menudo encubierta por otros diagnósticos, lo cual requiere la revisión de conductas aprendidas para diferenciarlas. Es relevante también considerar posibles falsos negativos en las pruebas, debido a la baja representación de mujeres en estudios, y complementar la información con aportes de la propia mujer, su familia, amigos, profesores y otros actores relevantes en su vida.

En conclusión, esta investigación busca sentar un precedente para futuros estudios con una muestra más amplia del colectivo de mujeres con EA, para que los criterios diagnósticos del DSM-5 sean más inclusivos y variados, evitando diagnósticos tardíos o incorrectos que resulten en auto-negación, camuflaje y rechazo de su condición, como ocurre en muchas mujeres autistas no identificadas. Este estudio destaca la necesidad de mayor consistencia experiencial para captar criterios diagnósticos más allá de la complementariedad.

Finalmente, las participantes expresaron haber sentido la necesidad de buscar ayuda profesional para responder a sus interrogantes, pero enfrentaron obstáculos debido a que los criterios del DSM-5 no siempre coincidían con su experiencia personal. Como señalan Merino et al. (2016),

es fundamental que los profesionales, tanto psicólogos como psiquiatras, realicen una anamnesis exhaustiva que incluya el contexto, antecedentes familiares y observación, para evitar diagnósticos errados o tardíos. Además, sugieren incorporar las aportaciones de las propias mujeres como recurso orientativo al evaluar una sospecha de EA en niñas, como también lo indican Hernández et al. (2021) y Leiva (2022).

Referencias bibliográficas

- Alase, A. (2017). The interpretative phenomenological analysis (IPA): A guide to a good qualitative research approach. *International journal of education & literacy studies*, 5(2), 9-19. <https://doi.org/10.7575/aiac.ijels.v.5n.2p.9>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5* (5ª ed.). Médica Panamericana.
- Armstrong, T. (2012). *El Poder de la Neurodiversidad. Las Extraordinarias Capacidades que se ocultan tras el Autismo, la Hiperactividad, la Dislexia y otras diferencias cerebrales*. Paidós.
- Attwood, T. (2018). *Guía del Síndrome de Asperger* (6ª ed.). Paidós.
- Bargiela, S., Steward, R. y Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281-3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Alianza.
- Bogdan, R. y Biklen, S.K. (1992). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. (5ª ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., Bebbington, P., Jenkins, R. y Meltzer, H. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of general psychiatry*, 68(5), 459-465. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.38>
- Cadaveira, M. y Waisburg, M. (2018). *Autismo. Guía para padres y profesionales*. Paidós.
- Carvajal, J., Riveros Del Valle, C., Aldunate, S. y Farías, V. (2021). Influencia de las Expectativas de Género en las Dificultades Diagnósticas en Mujeres

- con Trastorno del Espectro Autista. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 8(1), 64-82. <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/110>
- Castillo, N. (2021). Fenomenología como método de investigación cualitativa: Preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación social*, 20(10), 7-18.
- Cridland, E, Jones, S., Caputi, P. y Magee, C. (2014). Being a Girl in a Boys' World: Investigating the Experiences of Girls with Autism Spectrum Disorders during Adolescence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1261-1274. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1985-6>
- D'Agostino, C. (19 de noviembre de 2014). *El Diagnóstico tardío en mujeres con TEA y sus etapas*. Mujeres EA. <https://www.mujieresea.com/el-diagnostico-tardio-en-mujeres-con-tea-y-sus-etapas/>
- Duque, H. y Aristizábal, E. (2019). Análisis Fenomenológico Interpretativo. Una guía Metodológica para su uso en la Investigación Cualitativa en Psicología. *Pensando psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Galindo, E., Galindo, C., Hernáiz, L., Calvo, D., García, C. y Lalana, P. (2021). Trastornos del Espectro Autista (TEA) en Mujeres. Fingiendo que no pasa nada. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/trastornos-del-espectro-autista-tea-en-mujeres-fingiendo-que-no-pasa-nada/>
- García, A. (2015). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Universitat Politècnica de València.
- Gould, J. y Ashton-Smith, J. (2011). Missed diagnosis or misdiagnosis? Girls and women on the autism spectrum. *Good Autism Practice (GAP)*, 12(1), 34-41.
- Hernández, C., Verde, M., Vidriales, R., Plaza, M. y Gutiérrez, C. (2021). *Recomendaciones para la Detección y el Diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista en Niñas y Mujeres*. Confederación Autismo España.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª ed.). McGraw-Hill Educación.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). McGraw-Hill Educación.

- Hervás, A. (2022). Género Femenino y Autismo: Infra detección y mis diagnósticos. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(1), 37-42.
- Lai, M. C., Baron-Cohen, S. y Buxbaum, J. D. (2015). Understanding Autism in the light of Sex/gender. *Molecular Autism* 6, 24. <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0021-4>
- Landridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology Theory, Research and Method*. Pearson Education Limited.
- Leiva, M. (2022). Mujeres Autistas Chilenas Diagnosticadas en Edad Adultra: Consencuencias y Dificultades durante el Proceso. *Revista Psiquiatría y Salud Mental*, 39(3/4), 96-101.
- Loomes, R., Hull, L. y Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Mandy, W. (9 de mayo de 2018). *En el DSM V los lineamientos sobre las niñas con autismo son cortos pero prácticos*. Mujeres EA. <https://www.mujeresea.com/en-el-dsm-v-los-lineamientos-sobre-las-ninas-con-autismo-son-cortos-pero-practicos>
- Martínez-Miguelés, M. (2004). *Los grupos focales de discusión como método de investigación*. *Heterotopía*, 10(26), 59-72. <https://biblat.unam.mx/es/revista/heterotopia/articulo/los-grupos-focales-de-discusion-como-metodo-de-investigacion>
- Merino, M., D'Agostino, C., de Soursa, V., Gutiérrez, A., Morales, P., Pérez, L., Camba, O., Garrote, L. y Amat, C. (2016). *Guía de Buenas Prácticas en Niñas, Adolescentes y Mujeres con Trastorno del Espectro del Autismo*. AETAPI.
- Montagut, M., Mas, R., Fernández, M. y Pastor, G. (2018). Influencia del Sesgo de Género en el Diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista: Una Revisión. *Escritos de Psicología*, 11, 42-54.
- Mujeres EA. (7 de mayo de 2019). *Niñas y mujeres en el espectro autista. Entrevista a Lic. Cynthia D'Agostino, por la Lic. Viviana Maller*. Mujeres EA. <https://www.mujeresea.com/ninas-y-mujeres-en-el-espectro-autista/>

- Murillo, L., Díaz de Neira, M., Azul, M. y Palanca, I. (2020). Una presentación no tan atípica: Autismo en Mujeres. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(3), 29-34. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a4>
- Paula, I. (2013). Coocurrencia entre ansiedad y autismo. Las hipótesis del error social y la carga alostática, *Revista de Neurología*, 56(1), 45-59. <https://doi.org/10.33588/rn.56S01.2012652>
- Paula, I. (2021). *La Ansiedad en el Autismo*. Alianza.
- Rattazzi, A. (2020). *Sé amable con el autismo. Guía de navegación para todos* (2ª ed.). Grijalbo.
- Taylor S.J. y Bodgan, R. (1994). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados* (2ª ed.). Ediciones Paidós.
- Siervo L. y Kreisel V. *Condición Del Espectro Autista. Evaluación, Apoyos y Calidad De Vida*. Cuarto Propio.
- Simone, R. (2013). *El Asperger en Femenino. Cómo Promover la Independencia de Mujeres Diagnosticadas de Síndrome de Asperger*. Federació Espectre Autista-Asperger de Catalunya.
- White, M. y Epston, D. (2007). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- White, M. (2002). *Reescribir la Vida. Entrevistas y ensayos*. Gedisa.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method*. Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Wing, L. (1997). *The Autistic Spectrum. A Guide for Parents and Professionals*. Constable & Robinson.
- Young, H., Oreve, M. J., y Speranza, M. (2018). Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives de Pédiatrie*, 25(6), 399-403. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.06.008>

Impacto psicológico y sociocultural de la violencia de género en México

Psychological and sociocultural impact of gender violence in México

Recepción: 5 de abril de 2024 / Aceptación: 23 de septiembre de 2024

Karen Jiménez Arriaga¹
Jesús Pozas Rivera²

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.843>
Licencia CC BY 4.0.

1 Doctora en Estudios para el Desarrollo Humano por el Instituto de Estudios sobre la Universidad y Doctora en Ética Social por la Facultad de Humanidades, ambos de la Universidad Autónoma del Estado de México. Profesora en la Universidad del Valle de México, Campus Toluca.

Autora para correspondencia. Dirección postal institucional: Av. De Las Palmas Poniente 439, San Jorge Pueblo Nuevo, 52164 San Jorge Pueblo Nuevo, México.

Correo electrónico: karen.jimenez@uvmnet.edu.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1030-3710>

2 Doctor en Investigación Educativa por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México. Investigador en el Centro de Estudios Superiores Universitarios CESU.

Dirección postal institucional: Av. Constituyentes #600, Santiago Tianguistenco, Código postal: 52600, Estado de México.

Correo electrónico: pozas.jesus_psic@outlook.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8662-0101>

Resumen

La violencia de género se caracteriza por el control y la opresión de una persona sobre otra, generalmente de un hombre sobre una mujer, manifestándose en diversas formas, como física, sexual, psicológica y económica (ONU Mujeres, 2022). Esta situación provoca efectos psicológicos en las víctimas, tales como ansiedad y depresión, además de dificultades en sus relaciones debido a la falta de confianza (Rico, 1996). Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es analizar el impacto psicológico y sociocultural de la violencia de género en México. Se empleó una metodología cualitativa con alcance descriptivo y un diseño fenomenológico. La muestra, no probabilística y seleccionada por expertos, estuvo constituida por tres especialistas en la temática. La técnica de recolección de información consistió en un grupo focal en el que se abordaron temas como: 1) Violencia de género, 2) Trastornos de la salud mental y violencia de género, 3) Impacto a largo plazo y estrategias de afrontamiento, 4) Género y violencia de género, 5) Infancia y desarrollo, 6) Recuperación y apoyo, 7) Prevención y acción social, y 8) Recursos y sistema legal. Para el análisis de los resultados se realizó un análisis fenomenológico, donde se categorizó y estructuró la información obtenida de los especialistas. Las conclusiones del estudio buscan responder a la pregunta de investigación y a los objetivos planteados. Los resultados se discuten con base en literatura científica reciente.

Palabras clave: violencia de género; salud mental; sociedad

Abstract

Gender violence is characterized by the control and oppression of one person over another, generally a man over a woman, manifesting in various forms, such as physical, sexual, psychological, and economic (ONU Mujeres, 2022). This situation causes psychological effects in victims, such as anxiety and depression, as well as challenges in their relationships due to lack of trust (Rico, 1996). Therefore, the objective of this work is to analyze the psychological and sociocultural impact of gender-based violence in Mexico. A qualitative methodology with a descriptive scope and a phenomenological design was used. The non-probabilistic sample, selected by experts, consisted of three specialists in the subject. The data collection technique involved a focus group addressing topics such as: 1) Gender-based violence, 2) Mental health disorders and gender-based violence, 3) Long-term impact and coping strategies, 4) Gender and gender-based violence, 5) Childhood and development, 6) Recovery and support, 7) Prevention and social action, and 8) Resources and the legal system. A phenomenological analysis was conducted to examine the results, where the information obtained from the specialists was categorized, described, and structured. The study's conclusions aim to answer the research question and objectives set. The results are discussed based on recent scientific literature.

Keywords: gender violence; mental health; society

Introducción

La violencia de género es un flagelo que afecta a millones de mujeres en todo el mundo, dejando cicatrices invisibles en sus vidas. Esta investigación se adentra en un aspecto crucial y a menudo subestimado de este problema: el impacto psicológico que la violencia de género tiene en las víctimas (Rico, 1996). La violencia de género incluye experiencias de abuso, discriminación y agresión que afectan la salud mental y emocional de las mujeres en los ámbitos clínico y laboral, destacando la necesidad urgente de comprender y abordar este aspecto de manera integral para contribuir a la erradicación de esta violencia (Rico, 1996). Esta forma de violencia es una manifestación de desigualdad profundamente arraigada en la sociedad, y sigue siendo un problema global alarmante que se presenta en diversas manifestaciones, desde el abuso físico y sexual hasta el control psicológico y la discriminación. Uno de los aspectos menos comprendidos y a menudo subestimados es su impacto en la salud mental y emocional de las víctimas (Rico, 1996).

Las consecuencias de la violencia de género no solo causan daño físico, sino que también tienen un profundo efecto en el bienestar psicológico de quienes la experimentan, creando una compleja red de traumas y secuelas que pueden perdurar a lo largo de toda la vida (Organización Panamericana de la Salud [OPS/OMS], 2018). Estudios recientes muestran que la violencia de género acarrea consecuencias devastadoras tanto a nivel físico como psicológico para las víctimas. Investigaciones indican que las mujeres expuestas a violencia de género tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (Barchielli et al., 2023; Nieto-Cabrera y Nieto-Morales, 2023). Estos efectos psicológicos no solo afectan el bienestar inmediato de las víctimas, sino que también pueden perdurar a largo plazo, influyendo negativamente en su calidad de vida y capacidad de funcionamiento en diversas áreas (Ángel et al., 2018; Maldonado, 2023). Además, se ha documentado que las secuelas emocionales de la violencia de género afectan las relaciones interpersonales y la autoestima de las víctimas, generando un ciclo de vulnerabilidad y trauma difícil de superar sin apoyo adecuado (Maldonado, 2023).

La investigación sobre el impacto psicológico de la violencia de género es esencial para revelar las consecuencias silenciosas pero devastadoras que

enfrentan las víctimas. Algunas investigaciones sobre el impacto psicológico de la violencia de género revelan consecuencias profundas y multifacéticas para las víctimas. Estudios recientes sugieren que las mujeres expuestas a esta violencia presentan un riesgo elevado de desarrollar trastornos mentales como depresión, ansiedad y estrés postraumático (Nieto-Cabrera y Nieto-Morales, 2023). Además, estas experiencias traumáticas pueden influir negativamente en la autoestima, las relaciones interpersonales y la calidad de vida en general (Perusset, 2023; García Villalba, 2024).

Investigaciones cualitativas también han destacado cómo la violencia de género puede generar un ciclo de trauma que afecta la salud mental a largo plazo de las víctimas, resaltando la necesidad urgente de intervenciones psicológicas y sociales efectivas (Peña Axt et al., 2023). Lamentablemente, la violencia de género conlleva una carga devastadora en la salud mental de las personas afectadas. Esta forma de violencia, que puede manifestarse de diversas maneras—como abuso físico, emocional, psicológico o sexual—, deja secuelas profundas en las víctimas. Los efectos psicológicos pueden ser inmediatos o a largo plazo, provocando ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y una disminución en la autoestima. Según estudios recientes (García-Moreno et al., 2006), las mujeres que experimentan violencia de género tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad (Mechanic et al., 2008), depresión (Golding, 1999), trastornos del sueño y consumo de sustancias nocivas (Ellsberg et al., 2008), entre otros.

El impacto de la violencia de género en el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión es considerable, ya que las víctimas de esta forma de violencia experimentan altos niveles de estrés, miedo y trauma psicológico. Diversos estudios indican que las mujeres expuestas a la violencia de género tienen una probabilidad significativamente mayor de desarrollar trastornos de ansiedad, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y fobias específicas (Dutton et al., 2005; Mechanic et al., 2008). Asimismo, estas mujeres tienen un riesgo elevado de padecer depresión, mostrando síntomas como desesperanza, pérdida de interés en actividades cotidianas y sentimientos persistentes de tristeza (Coker et al., 2002). Estos trastornos mentales son una manifestación clara del impacto profundo y duradero que la violencia de género puede tener en la salud mental de las personas afectadas.

El trauma psicológico derivado de la violencia de género es una carga significativa que afecta la salud mental y emocional de las víctimas. Abordar

esta problemática con especialistas en salud mental resulta fundamental, ya que estos profesionales están capacitados para tratar las complejas repercusiones psicológicas del trauma. La terapia especializada proporciona un espacio seguro y de apoyo donde las víctimas pueden procesar sus experiencias y manejar los efectos del trauma en sus vidas. Según investigaciones (Herman, 1992; Cloitre et al., 2019), el tratamiento centrado en el trauma ayuda a las personas a recuperar su bienestar emocional, reconstruir su autoestima y desarrollar estrategias efectivas para afrontar el impacto duradero de la violencia de género en su salud mental.

La autoestima y el autoconcepto son aspectos fundamentales en la formación de la identidad y el bienestar psicológico de un individuo. La autoestima se refiere a la evaluación subjetiva y emocional que una persona tiene sobre sí misma, mientras que el autoconcepto engloba la percepción global y cognitiva de las características, habilidades y roles que una persona cree tener.

El ciclo de la violencia, un modelo conceptual propuesto por Lenore Walker en 1979, describe la secuencia típica de fases que se repiten en las relaciones abusivas. Este ciclo consta de tres etapas principales: la fase de tensión acumulada, donde se percibe un aumento de la tensión y la hostilidad en la relación; le sigue la fase de explosión o incidente violento, caracterizada por el estallido del abuso físico, emocional o psicológico; finalmente, llega la fase de luna de miel o reconciliación, donde el agresor muestra arrepentimiento, busca la reconciliación y puede llegar a disculparse, prometiendo cambios para evitar el abuso en el futuro. Esta secuencia, aunque no siempre es lineal ni sigue un patrón exacto, se repite y se intensifica con el tiempo si no se interviene adecuadamente para romper este ciclo (Walker, 1979).

La exposición a la violencia de género durante la infancia tiene efectos profundos y duraderos en el desarrollo emocional y psicológico de los niños. Investigaciones señalan que los niños expuestos a la violencia de género en el hogar enfrentan un mayor riesgo de problemas de salud mental, tales como ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y dificultades en el comportamiento (Fantuzzo et al., 1997; Evans et al., 2008). Estos niños pueden también desarrollar dificultades en el establecimiento de relaciones saludables, presentar desafíos académicos y manifestar conductas agresivas o autodestructivas debido al estrés crónico y al trauma experimentado en el entorno familiar. Es crucial abordar esta problemática desde

una perspectiva integral que incluya intervenciones psicológicas y apoyo social para mitigar los efectos negativos de la violencia de género en la infancia.

Presenciar actos de violencia puede tener un impacto profundo en el bienestar emocional y psicológico de las personas que son testigos. La exposición a la violencia en el hogar, en la comunidad o en cualquier otro entorno puede generar estrés emocional, ansiedad, miedo, tristeza y sentimientos de indefensión en los testigos, incluso si no son directamente las víctimas (Osofsky, 2003; Holt et al., 2008). Estos individuos pueden experimentar dificultades en sus relaciones interpersonales, así como problemas de salud mental a largo plazo, incluyendo trastorno de estrés postraumático, depresión y problemas de conducta (Koverola et al., 2005).

La violencia de género tiene consecuencias devastadoras a largo plazo en la salud física, mental y emocional de las personas afectadas. Estos efectos incluyen trastornos mentales como ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, así como un aumento del riesgo de suicidio y comportamientos autodestructivos (Ellsberg et al., 2008). Además, las víctimas pueden sufrir problemas crónicos de salud, como dolores crónicos, enfermedades cardíacas, trastornos gastrointestinales y otros problemas de salud física (Coker et al., 2002).

Síndrome de la mujer maltratada es una condición psicológica que afecta a mujeres que han experimentado abuso físico, emocional o sexual por parte de sus parejas. Estas mujeres suelen desarrollar una serie de síntomas, como baja autoestima, ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Además, pueden experimentar sentimientos de culpa, aislamiento y miedo, lo que dificulta su capacidad para buscar ayuda. Este síndrome resalta la complejidad de las dinámicas abusivas y la importancia de brindar apoyo integral a las víctimas para superar los efectos devastadores del maltrato.

Estrategias de afrontamiento de la violencia de género son fundamentales para empoderar a las víctimas y promover su recuperación. Estas estrategias incluyen el acceso a recursos de apoyo, como refugios y líneas de ayuda, para garantizar la seguridad inmediata. La concientización y educación sobre los patrones de abuso también son cruciales para que las víctimas reconozcan la violencia y busquen ayuda. Además, la terapia psicológica y el apoyo legal pueden ayudar a las mujeres a procesar el trauma y a tomar medidas para romper el ciclo de violencia. Fomentar la equidad de género y

promover la educación sobre relaciones saludables son componentes esenciales para abordar la raíz de la violencia de género y trabajar hacia su erradicación.

La violencia puede tener un impacto profundo en la percepción de uno mismo. Las personas que han experimentado violencia, ya sea física, emocional o sexual, a menudo desarrollan una baja autoestima y una imagen negativa de sí mismas. El trauma resultante puede generar sentimientos de vergüenza, culpa y autodesprecio. Además, las víctimas pueden internalizar la narrativa del agresor, adoptando creencias negativas sobre su valía personal. La constante exposición a la violencia también puede erosionar la confianza en uno mismo y generar una sensación de indefensión. Las repercusiones psicológicas de la violencia pueden afectar la forma en que una persona se percibe en sus relaciones interpersonales, en el ámbito laboral y en su capacidad para establecer límites saludables. El proceso de recuperación generalmente implica trabajar en la reconstrucción de la autoimagen y la autoestima a través de terapia, apoyo emocional y el desarrollo de habilidades de afrontamiento para superar los efectos devastadores de la violencia.

La violencia de género puede manifestarse de diversas maneras en diferentes contextos culturales, reflejando normas sociales, roles de género y estructuras de poder específicas de cada sociedad. En algunos lugares, las prácticas culturales arraigadas pueden contribuir a la perpetuación de la violencia de género, mientras que en otros se están llevando a cabo esfuerzos para desafiar y cambiar estas dinámicas. En culturas donde prevalece la desigualdad de género, las mujeres pueden enfrentar formas sistémicas de violencia, como la discriminación laboral, la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil forzado. Es esencial abordar la violencia de género desde una perspectiva culturalmente sensible, reconociendo y respetando las diversidades culturales. Los enfoques efectivos deben considerar las normas y valores específicos de cada comunidad, al mismo tiempo que buscan promover la igualdad de género. La sensibilización, la educación y la promoción de roles de género más equitativos son componentes clave para abordar la violencia de género en diversos contextos culturales. En muchos casos, las comunidades, líderes religiosos y organizaciones locales desempeñan un papel crucial en la transformación de actitudes y prácticas arraigadas que perpetúan la violencia de género (OCNF, 2021).

La influencia de la cultura en la percepción y respuesta a la violencia de género es profunda y compleja. Las normas culturales, los valores y las creencias moldean la manera en que una sociedad comprende y aborda este fenómeno. En culturas con roles de género rígidos, la violencia puede ser percibida de manera diferente, con estigmatización hacia las víctimas o justificación del agresor. La respuesta institucional también está fuertemente influenciada por la cultura. La disponibilidad de recursos, las leyes y las políticas varían, afectando la capacidad de las víctimas para buscar ayuda y justicia. Además, en algunas culturas, la presión social puede desalentar a las víctimas de denunciar la violencia, perpetuando un ciclo de silencio. La sensibilización cultural es esencial para abordar este problema de manera efectiva. Los esfuerzos educativos deben adaptarse a las particularidades de cada cultura, desafiando las normas dañinas y promoviendo la igualdad de género. Trabajar con líderes comunitarios y figuras clave dentro de una cultura específica puede ser fundamental para cambiar actitudes arraigadas y fomentar respuestas más solidarias y proactivas ante la violencia de género. En última instancia, la comprensión de la influencia cultural es esencial para desarrollar estrategias efectivas y respetuosas en la lucha contra la violencia de género (OCNF, 2021).

Las intervenciones psicológicas son fundamentales en el tratamiento de las personas afectadas por la violencia de género. Estas intervenciones buscan abordar los efectos psicológicos del trauma, como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático. Los profesionales de la salud mental utilizan enfoques terapéuticos centrados en la víctima, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia de apoyo, para ayudar a las personas a reconstruir su autoestima y superar los patrones de pensamiento negativos asociados con el abuso. Además, se fomenta la resiliencia emocional y se brinda apoyo para desarrollar habilidades de afrontamiento saludables. La intervención psicológica no solo aborda los síntomas inmediatos, sino que también contribuye a un proceso de recuperación integral, empoderando a las víctimas para superar el impacto duradero de la violencia de género.

El empoderamiento y la resiliencia son elementos clave en el proceso de recuperación de las víctimas de violencia de género. El empoderamiento implica fortalecer a las personas para que tomen el control de sus vidas y se conviertan en agentes de cambio. En el contexto de la violencia de género, esto implica ofrecer a las víctimas recursos, información y apoyo que les permitan tomar decisiones informadas y recuperar el control sobre su

bienestar. La resiliencia, por otro lado, se refiere a la capacidad de sobrepasar y adaptarse ante la adversidad. En el caso de las víctimas de violencia de género, la resiliencia implica la capacidad de superar el trauma, reconstruir la autoestima y establecer relaciones saludables. Fomentar el empoderamiento y la resiliencia no solo contribuye a la recuperación individual, sino que también desempeña un papel crucial en la prevención, al romper el ciclo de la violencia y promover comunidades más fuertes y equitativas.

Empoderar a las víctimas de violencia de género implica implementar estrategias integrales que aborden tanto las dimensiones psicológicas como las sociales de su experiencia. En primer lugar, proporcionar información clara sobre los derechos y recursos disponibles es fundamental, permitiendo que las víctimas tomen decisiones informadas. El apoyo emocional y psicológico, a través de intervenciones terapéuticas centradas en la resiliencia y la autoestima, es esencial para fortalecer su bienestar mental. Además, promover la autonomía económica mediante el acceso a oportunidades laborales y recursos financieros contribuye significativamente a su empoderamiento. Finalmente, fomentar redes de apoyo comunitario y sensibilizar sobre la violencia de género desempeñan un papel crucial en crear entornos solidarios que respalden el proceso de empoderamiento de las víctimas, permitiéndoles recuperar el control de sus vidas y construir un camino hacia la recuperación (OCNF, 2021).

Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

- Analizar el impacto psicológico de la violencia de género.

Objetivos específicos:

1. Identificar el impacto psicológico en las víctimas de violencia de género en el ámbito clínico y laboral.
2. Examinar los factores sociales y culturales que promueven y propagan la violencia de género.
3. Distinguir los planes de acción de las instituciones enfocadas en reducir la violencia de género.

Abordaje fenomenológico de la violencia

La investigación sobre la violencia entre individuos ha sido abordada desde múltiples disciplinas científicas convencionales en México, tales como la psicología, la sociología, el trabajo social, la educación y el derecho, entre otras. Si bien se ha puesto énfasis en la recopilación de datos cuantitativos para dimensionar la magnitud del problema en contextos sociales clave, es crucial reconocer la necesidad de aprovechar estos aportes más allá de los números.

Sin desestimar la importancia de estas contribuciones, resulta imperativo utilizarlas para desentrañar aquello que está oculto detrás de las cifras, pues estas a menudo reflejan solo una parte de las complejas dimensiones de la violencia. Estas consideraciones han impulsado un enfoque directo con las comunidades en México, donde la violencia se manifiesta de diversas maneras. La experiencia obtenida en el trabajo de campo sociocomunitario ha suscitado inquietudes que permiten configurar un enfoque amplio de investigación, enfatizando un abordaje fenomenológico.

Emprender la investigación sobre la violencia social en México brinda la oportunidad de explorar otras dimensiones del problema, centradas en las acciones, subjetividades y comportamientos de las personas en su tiempo real. Esto permitirá percibir la naturaleza y dinámica de la violencia, interpretarla y comprenderla, con el propósito de descubrir su esencia.

La magnitud del problema de la violencia social, familiar y escolar en México es conocida y se evidencia a diario en nuestras vidas cotidianas, desde las calles hasta las escuelas y los centros de trabajo. Esto nos permite enfocar la mirada hacia contextos subjetivos, donde los comportamientos intencionados de los individuos condicionan escenarios sociales propicios para la violencia o para una convivencia saludable.

Es fundamental abordar la violencia como un fenómeno y como una esencia, trascendiendo los estereotipos y adentrándonos en su naturaleza, considerando componentes afectivos, emocionales, valorativos, éticos, morales, religiosos, hábitos, pasiones, costumbres y tradiciones. La familia, como institución presente en cada escenario del municipio de Naguanagua, se revela como una célula social que influye en la socialización de los hijos a través de las conductas manifiestas y afectivas de los padres. Desde esta perspectiva, la investigación se dirige a contemplar, comprender e

interpretar los actos individuales y su repercusión en los grupos micro y macro de la sociedad mexicana. Al observar la dinámica de algunos núcleos familiares locales, se pueden identificar patrones de actuación, lenguajes, códigos, costumbres y hábitos que impactan en los procesos cognitivos de cada persona.

Resulta de interés descubrir los vínculos entre el clima de violencia social en los niveles local y nacional en México y su manifestación en los ámbitos familiar y escolar, así como observar las reacciones de los adultos ante este panorama social de desesperanza y su impacto en la crianza de los hijos. Esto revela una de las dinámicas fundamentales en la violencia social: la asimilación de patrones de comportamiento necesarios para mantener el orden social.

En el fenómeno de la violencia y sus diversas formas sociales en México, es necesario buscar expresiones simbólicas a través de las exclamaciones de la gente para apreciar y comprender la configuración de una nueva cultura: la de la violencia intrafamiliar, escolar y social en su conjunto. Aprehender la naturaleza y dinámica del fenómeno debe alinearse con el entendimiento de cómo este se expande hacia contextos cada vez más amplios, donde su control se vuelve más difícil.

Al adoptar un enfoque cualitativo en México, se pretende descubrir las relaciones y condicionantes entre los factores mencionados y su interacción con los marcos culturales, educativos, religiosos y jurídico-legales de la sociedad. Construir un aparato ontológico y gnoseológico con la intención de configurar un estado de la cuestión cualitativo permitirá aportar un producto final enmarcado en la perspectiva fenomenológica sobre la violencia social en México.

Síntesis de la fundamentación teórica de la violencia

La violencia de género, fenómeno que permea todos los espacios de desarrollo de la mujer, ha sido objeto de numerosos estudios en contextos domésticos, de pareja y escolares. No obstante, su exploración en el ámbito laboral ha sido relativamente limitada, como señalan Undurraga y López (2020). Acevedo et al. (2009) destacan el carácter incipiente de los estudios sobre violencia de género en el trabajo, subrayando la relevancia de investigaciones como la presente para visibilizar esta realidad y comprender sus efectos.

Los análisis muestran que las mujeres sometidas a violencia de género experimentan un deterioro significativo en su salud, presentan ausentismo laboral y manifiestan una mayor insatisfacción en comparación con sus colegas (Notelaers et al., 2019). Es esencial reconocer que la violencia de género abarca cualquier comportamiento dañino, maltrato o conducta agresiva dirigida contra las mujeres debido a su género.

Los estudios sobre violencia de género han profundizado en la estructura patriarcal, resaltando su compleja red de significados, valores y roles. Esto ha conducido al desarrollo de marcos interpretativos que revelan cómo esta forma de violencia se fundamenta en la subordinación estructural de las mujeres (Bosch et al., 2007).

Se identifican tres tipos principales de violencia: la física, la sexual y la psicológica. La primera causa daños o lesiones visibles; la segunda atenta contra la libertad sexual y la integridad física o emocional; mientras que la tercera es principalmente de carácter verbal y afecta el bienestar y la autoestima (Krantz y García-Moreno, 2005).

Un componente crucial de la violencia contra las mujeres es el conjunto de creencias que sustentan su desvalorización, arraigado en una estructura social e ideológica que legitima y perpetúa las jerarquías de género (Lerner, 1990). Estas creencias generan conductas que justifican la violencia hacia las mujeres, proyectando prácticas con fuertes componentes sexistas basadas en la diferencia sexual.

La violencia psicológica, ejercida de diversas maneras, presenta niveles alarmantemente altos. A menudo minimizada socialmente, estas agresiones tienen efectos perjudiciales claros, como el deterioro de la autoestima y la seguridad personal (Domenech del Río y Sirvent García, 2017; Lara-Caba, 2019).

Por ende, es imperativo desarrollar estrategias de prevención e incorporar la perspectiva de género de manera transversal en las prácticas cotidianas. Estas medidas son esenciales para reflexionar crítica y analíticamente sobre las bases de la violencia de género y sus múltiples consecuencias. El género no se limita al ámbito doméstico-privado, sino que también se inscribe en la esfera pública y en la constitución de la sociedad en su conjunto.

Metodología

En esta investigación, los autores adoptan una perspectiva fenomenológica como metodología cualitativa para analizar el impacto psicológico de la violencia de género en el municipio de Metepec, Estado de México. Este abordaje fenomenológico busca profundizar en las experiencias de las víctimas, con el propósito de informar políticas y prácticas que aborden de manera efectiva este problema social y promuevan la igualdad de género y la erradicación de la violencia. Escuchar las voces de las víctimas, en lugar de analizar la violencia de género desde una perspectiva externa o estadística, el enfoque fenomenológico se centra en comprender sus experiencias personales, su sufrimiento y los significados que construyen en torno a la violencia vivida. Según Martínez (2009), este enfoque estudia realidades cuya naturaleza y estructura solo pueden captarse desde el marco de referencia interno del sujeto que las experimenta.

Los investigadores desarrollaron el estudio en las siguientes etapas:

1. **Etapa previa:** Selección del tema de investigación.
2. **Etapa descriptiva:**
 - o Elección de técnicas y procedimientos adecuados.
 - o Realización de un cuestionario base para llevar a cabo el grupo focal.
 - o Elaboración del informe de investigación y presentación de resultados.
3. **Etapa estructural:**
 - o Inmersión en el tema del impacto psicológico de la violencia de género.
 - o Reflexión sobre significados y variantes del tema.
 - o Eliminación de repeticiones y aplicación de un enfoque fenomenológico/hermenéutico.
 - o Descubrimiento de estructuras básicas y retroalimentación mediante un procedimiento cooperativo y dialógico con los sujetos.

Escenario de abordaje in situ

El trabajo de campo se llevó a cabo en las instalaciones de la Universidad del Valle de México en Metepec, Estado de México, utilizando una cámara de Gesell para registrar las experiencias profesionales de expertos en violencia de género desde enfoques clínico, jurídico-legal y educativo. Los aspectos éticos y el consentimiento informado fueron planificados con anticipación y contaron con el consentimiento de las expertas participantes en el grupo focal.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se emplearon las siguientes técnicas e instrumentos de recolección de datos:

- **Grupo focal:** Diseñado para comprender y analizar las experiencias, percepciones y significados que los participantes atribuyen a este fenómeno. El grupo focal se caracteriza por ser un espacio de discusión donde los participantes dialogan sobre un tema específico y comparten sus experiencias (Saldanha et al., 2015).
- Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por expertos, que incluyó a tres especialistas en violencia de género: una psicóloga clínica, una psicóloga jurídica-legal y una psicóloga especializada en educación y prevención de la violencia de género. Las profesionales compartieron experiencias, casos y situaciones comunes que abordan en su práctica profesional.

Procedimiento

La fase procedimental se desarrolló de la siguiente manera:

- a. Diseño de una guía estructurada para organizar y estructurar el grupo focal.
- b. Clasificación de los discursos de los participantes en categorías temáticas:
 1. Violencia de género,

2. Trastornos de salud mental y violencia de género,
 3. Impacto a largo plazo y estrategias de afrontamiento,
 4. Género y violencia de género,
 5. Infancia y desarrollo,
 6. Recuperación y apoyo,
 7. Prevención y acción social,
 8. Recursos y sistema legal.
- c. Categorización de los datos según las directrices de Martínez (2009):
- ...en cada revisión del material disponible es útil ir haciendo anotaciones marginales, subrayando los nombres, verbos, adjetivos, adverbios o expresiones más significativas y que tienen mayor poder descriptivo, poniendo símbolos pictográficos, nemónicos o numéricos, elaborando esquemas de interpretación posible, diseñando y rediseñando los conceptos de manera constante. Categorizar es clasificar, conceptualizar o codificar mediante un término o expresión breve que sean claros e inequívocos (categoría descriptiva), el contenido o idea central de cada unidad temática; una unidad temática puede estar constituida por uno o varios párrafos o escenas audiovisuales (p.152).

Estrategia de consolidación e interpretación de datos

Los datos recolectados se agruparon en categorías que especifican los aportes de las especialistas, quienes sostienen que el impacto de la violencia de género en los entornos clínicos y laborales puede examinarse mediante una metodología fenomenológica. Este fenómeno, profundamente arraigado en la sociedad, involucra a todos los individuos que participan de diversas formas en dichos entornos. La violencia se analiza considerando las contribuciones de los sujetos y su identificación con situaciones violentas presentes en los contextos sociales en los que se manifiesta. Es fundamental entender que, al ser un fenómeno percibido y experimentado de manera colectiva, su estudio puede abordarse tanto a nivel individual como grupal.

Puntualizaciones asociadas con la etapa descriptiva

Abordar las manifestaciones de la violencia de género en los ámbitos legales, educativos y clínicos desde una perspectiva fenomenológica permitió aproximarse a una realidad humana con signos y representaciones que visibilizan las distintas expresiones de violencia en el municipio de Metepec. Estas expresiones van desde formas más “comunes” hasta aquellas que escapan de la imaginación de los participantes y los investigadores.

Además, se identificaron factores que contribuyen a la consolidación de la violencia de género en sus formas verbal, psicológica, económica y física, afectando a niñas, niños, adolescentes y adultos mayores. Las manifestaciones de violencia, al ser fenómenos sociales y reflejar patologías de origen social, fueron inicialmente captadas a través de la intuición. Esta observación incluyó la percepción de signos y sensaciones en la vida cotidiana de personas que han experimentado, en algún momento, los efectos de la violencia en cualquiera de sus formas.

El impacto psicológico de la violencia de género en el municipio de Metepec fue observado mediante un grupo focal con tres especialistas en diferentes áreas que trabajan con personas, familias e instituciones afectadas por este tipo de violencia. Este enfoque permitió identificar elementos descriptivos clave para comprender la esencia del fenómeno, destacando los impactos psicológicos asociados con el tipo de violencia sufrida y el entorno en el que se produce.

Resultados

Etapa Estructural

A través de una conversación formal con las especialistas, se profundizó en la dinámica y naturaleza de la violencia de género en diferentes escenarios del municipio de Metepec. Se identificaron conceptos, perspectivas y representaciones que permiten comprender el fenómeno y su origen.

1) Categoría de análisis: Violencia de género

La violencia de género se caracteriza por el control y la opresión de una persona, generalmente un hombre, sobre otra, generalmente una mujer, basada en su género. Esta se manifiesta en formas físicas, sexuales, psicológicas y económicas. “Son todos aquellos actos violentos, agresiones que se infieren hacia una persona; por lo general es alguien que tiene una posición de poder hacia otra persona que se denomina la víctima” (P1).

Las víctimas suelen experimentar efectos psicológicos como ansiedad, depresión, estrés postraumático y baja autoestima, además de enfrentar desafíos en sus relaciones debido a la falta de confianza. El estigma social agrava estos problemas, culpabilizando a las víctimas y dificultando su búsqueda de ayuda. “No podemos negar que en México somos parte de una cultura específica que ha fomentado el desequilibrio, desde tiempos inmemoriales” (P2).

La violencia de género en la educación es un problema grave que no se debe ignorar.

Creo que es crucial enseñar desde temprano el respeto mutuo y la igualdad entre todos, sin importar el género. Cuando los niños y jóvenes entienden esto desde la escuela, estamos sentando las bases para una sociedad más justa y segura para todos. Por eso es nuestra responsabilidad como comunidad educativa abordar este tema de manera franca y constructiva, para crear un ambiente donde todos puedan aprender y crecer sin miedo ni discriminación. (P3).

2) Categoría de análisis: Trastornos de la salud mental y violencia de género

La violencia de género y los trastornos de salud mental están estrechamente interrelacionados, creando un ciclo destructivo que afecta tanto a las víctimas como a los agresores. “Tendríamos que considerar que ninguna víctima actúa de la misma manera; el impacto psicológico no va a ser el mismo para todas, ya que depende de la frecuencia y su contexto” (P2). La violencia de género puede desencadenar o exacerbar problemas de salud mental en las víctimas, contribuyendo a la ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos. “Las mujeres viven violencia de género todo el tiempo y en todos los espacios” (P3).

Reconocer y abordar la relación entre los trastornos de salud mental y la violencia de género es esencial para construir un mundo en el que todas las personas, independientemente de su género, puedan vivir libres de violencia y con una buena salud mental. “Retomar la importancia del acompañamiento terapéutico a las víctimas” (P1). Los trastornos de salud mental y la violencia de género son temas complejos que requieren mayor atención en la educación. “Creo que en las escuelas deberíamos hablar más abiertamente sobre cómo estos problemas pueden afectar a las personas, especialmente a las mujeres”. Es crucial educar a los jóvenes sobre cómo reconocer los signos de abuso y cómo apoyar a quienes lo sufren. Además, es importante desterrar los estigmas que rodean a los trastornos mentales para que las víctimas puedan buscar ayuda sin temor al juicio. “Si empezamos a abordar estos temas desde la educación, podemos crear una sociedad más empática y comprensiva, donde todos puedan sentirse seguros y valorados” (P3).

3) Categoría de análisis: Impacto a largo plazo y estrategias de afrontamiento

El impacto a largo plazo de la violencia de género es profundo y afecta a las víctimas en muchos aspectos de sus vidas. Confío en que en la educación deberíamos enfocarnos más en enseñar estrategias de afrontamiento saludables desde una edad temprana (P3).

Es fundamental que las escuelas proporcionen recursos y apoyo emocional para ayudar a los jóvenes a entender y manejar las consecuencias emocionales de la violencia de género. Además, educar sobre el respeto mutuo y la igualdad de género puede ser clave para prevenir futuros casos de violencia. “Si podemos equipar a los estudiantes con habilidades de afrontamiento y fomentar relaciones saludables desde la educación, estaremos construyendo una base sólida para una sociedad más segura y empática en el futuro” (P3).

Las estrategias de afrontamiento saludables para las víctimas de violencia de género incluyen buscar apoyo terapéutico y participar en grupos de apoyo, establecer límites personales y redes de seguridad, practicar el autocuidado a través de la meditación, el ejercicio y una adecuada rutina de sueño, y educarse sobre relaciones saludables y autoafirmación.

Lo único que desde mi vivencia he podido percatarme es que el hecho de que ellas se animen a romper ese secreto de la violencia, a expresar lo que les está pasando, a que haya alguien que les crea, que lleguen a una instancia donde ya se liberaron de ese secreto, las empodera (P1).

Los profesionales de la salud mental deben crear un entorno seguro para las víctimas, utilizando enfoques terapéuticos basados en la evidencia y adaptados a las necesidades individuales. Es también crucial que estén informados sobre los recursos disponibles para apoyo legal y social. “El acompañamiento terapéutico va encaminado justo a fortalecerlas” (P2).

4) Categoría de análisis: Género y violencia de género

La erradicación de la violencia de género requiere un compromiso colectivo para desafiar estereotipos de género, promover la igualdad y educar a la sociedad sobre los daños causados por la discriminación de género. “La violencia de género tiene como trasfondo el que el simple hecho de ser de determinado género te hace sujeto de violencia” (P2).

Es fundamental trabajar juntos para crear comunidades seguras y respetuosas donde todas las personas puedan vivir sin temor a la violencia de género. Esto implica no solo sancionar a los agresores, sino también brindar apoyo y recursos a las víctimas, así como fomentar un cambio cultural que elimine la tolerancia hacia la violencia de género. “Para mí, visibilizarla es algo importante en los espacios educativos, en los salones de clase, en espacios como estos, en capacitaciones...” (P3).

La educación sobre género y violencia de género es clave para construir un mundo más justo y seguro.

Desde las escuelas deberíamos hablar abiertamente sobre las diferencias de género y cómo estas pueden llevar a situaciones de desigualdad y violencia. Es importante que desde pequeños aprendamos a respetar y valorar a todas las personas, sin importar su género u orientación. (P3).

Además, educar sobre los diferentes tipos de violencia de género y cómo reconocerlos puede empoderar a los jóvenes para que actúen como agentes de cambio en sus comunidades. “Si logramos integrar estos temas

de manera integral en la educación, estaremos sentando las bases para una sociedad más inclusiva y equitativa en el futuro” (P3).

Desde una perspectiva jurídico-legal, “creo firmemente que es crucial abordar la cuestión del género y la violencia de género de manera contundente y efectiva” (P2). Las leyes y políticas deben ser claras y firmes en la protección de los derechos de todas las personas, independientemente de su género. Es fundamental que existan mecanismos legales sólidos para prevenir, investigar y sancionar los casos de violencia de género. Además, “es importante que el sistema judicial y las instituciones legales estén capacitadas para tratar estos casos de manera sensible y justa, brindando apoyo adecuado a las víctimas y asegurando que los perpetradores sean responsabilizados por sus acciones” (P2). En última instancia, la justicia y la igualdad deben ser los pilares sobre los cuales se construya un marco legal robusto que proteja a todos los individuos, sin excepción, contra la violencia de género.

5) Categoría de análisis: Infancia y desarrollo

Desde una perspectiva jurídico-legal, “considero que la infancia y el desarrollo deben ser protegidos y promovidos de manera prioritaria en todos los sistemas legales” (P2). Es fundamental que las leyes y políticas estén diseñadas para garantizar el bienestar y los derechos de los niños en todas las etapas de su crecimiento. Esto incluye asegurar un entorno seguro y saludable, protegerlos de cualquier forma de abuso o explotación, y garantizar el acceso a una educación de calidad y a servicios de salud adecuados. Además,

Es crucial que el sistema legal esté preparado para actuar rápidamente en casos de violencia, negligencia o cualquier otro tipo de vulneración de los derechos infantiles, asegurando que se tomen las medidas necesarias para proteger y rehabilitar a los niños afectados. (P2).

La violencia de género en la infancia tiene graves implicaciones en el desarrollo emocional y psicosocial a lo largo de la vida. Esto incluye la dificultad en la formación de vínculos seguros, ya que los niños pueden aprender patrones de violencia y control. “A mí me llama mucho la atención los roles de género, que están tan tipificados” (P1).

Enfoques terapéuticos efectivos para ayudar a estos niños incluyen terapia cognitivo-conductual, terapia de juego y terapia familiar, para procesar traumas y desarrollar habilidades de afrontamiento. La terapia especializada es vital para abordar las secuelas psicológicas, centrándose en las necesidades específicas de las víctimas y testigos, facilitando una recuperación a largo plazo y la reconstrucción de sus vidas. “Quizás aquí algo que sí podríamos empezar a trabajar de una forma más sistemática, es justo el que si yo, papá, trabajo en mí antes de ser papá, voy a poder ofrecer una estructura más sana para mi familia” (P1).

Desde un enfoque educativo, “la infancia y el desarrollo son etapas cruciales que deben ser apoyadas con una educación sólida y comprensiva. Es esencial que las escuelas no solo enseñen conocimientos académicos, sino que también fomenten un ambiente donde los niños puedan crecer emocional y socialmente” (P3). Esto implica no solo brindar herramientas para desarrollar habilidades cognitivas, sino también para cultivar valores como el respeto, la empatía y la inclusión desde una edad temprana.

“Creo firmemente que la educación debe adaptarse a las necesidades individuales de cada niño, reconociendo y apoyando sus diferencias y potenciales únicos” (P3). Es crucial que los programas educativos promuevan un ambiente seguro y estimulante donde los niños puedan explorar, aprender y desarrollar su propia identidad de manera positiva y saludable. Además, los educadores tienen un papel fundamental en modelar comportamientos y actitudes que promuevan el bienestar integral de los niños, preparándolos para enfrentar los desafíos y oportunidades que encontrarán en su vida adulta.

6) Categoría de análisis: Recuperación y apoyo

Desde una perspectiva jurídico-legal, “la recuperación y el apoyo de las víctimas de violencia de género deben ser prioritarios en nuestro sistema legal” (P2). Es fundamental que las leyes y políticas protejan adecuadamente a las víctimas y aseguren que los perpetradores sean responsabilizados por sus acciones. Esto incluye garantizar el acceso a recursos legales como órdenes de protección y asistencia legal gratuita para las víctimas.

Además, es crucial que el sistema legal sea sensible a las necesidades específicas de las víctimas de violencia de género, proporcionando procedimientos judiciales que minimicen la revictimización y aseguren un proceso justo y equitativo. “Los jueces y abogados tienen la responsabilidad de asegurar que se apliquen las leyes de manera efectiva para proteger a las víctimas y prevenir futuros casos de violencia” (P2).

La atención a la violencia de género debe ser una prioridad absoluta. Es fundamental que los servicios clínicos estén bien equipados para ofrecer un apoyo integral que no solo aborde las secuelas físicas, sino también los traumas emocionales y psicológicos que pueden perdurar mucho después de que cese la violencia. “Los profesionales de la salud mental y los terapeutas desempeñan un papel crucial en este proceso, proporcionando un espacio seguro donde las víctimas puedan expresar sus experiencias, procesar emociones complejas y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas” (P1). Además, es esencial que se implementen programas de intervención temprana que puedan ayudar a prevenir la revictimización y apoyar la reconstrucción de la autoestima y la confianza en sí mismas.

Las barreras comunes para que las víctimas de violencia de género busquen ayuda incluyen el miedo a represalias, la vergüenza, la falta de recursos, el desconocimiento de servicios y el temor al estigma social. Grupos de apoyo y redes de supervivientes son beneficiosos para la curación emocional, mientras que factores como el apoyo social, acceso a recursos y terapia influyen en la recuperación. “Tendríamos que hablar de la importancia del papel de la sociedad como soporte, como red de apoyo a esas víctimas” (P2).

Familiares y amigos juegan un papel importante, y estrategias como la terapia cognitivo-conductual y el empoderamiento son útiles. “Si creces en una familia sana, pues se va a notar en todos los ámbitos en que te desarrollas” (P1).

Desde un enfoque educativo, la recuperación y el apoyo a las víctimas de violencia de género son fundamentales para construir una sociedad más justa y segura. “Las escuelas tienen un papel crucial en este proceso al educar sobre el respeto mutuo, la igualdad de género y la prevención del abuso desde una edad temprana” (P3). Es importante que las instituciones educativas promuevan un ambiente seguro y comprensivo donde las víctimas puedan sentirse apoyadas y escuchadas. Esto incluye no solo

proporcionar recursos y orientación, sino también fomentar una cultura escolar que rechace la violencia en todas sus formas y promueva relaciones saludables y respetuosas entre los estudiantes. Además, “los programas educativos deben abordar la educación emocional y las habilidades de afrontamiento, equipando a los jóvenes con herramientas para reconocer y responder adecuadamente a situaciones de violencia de género tanto dentro como fuera del entorno escolar” (P3).

7) Categoría de análisis: Prevención y acción social

La violencia de género está relacionada con el ciclo de violencia en relaciones de pareja, caracterizado por patrones de tensión, episodios violentos y reconciliación, perpetuando el abuso. “Parte que nos corresponde como sociedad siempre es creerles” (P1). Las estrategias de prevención efectivas incluyen educación en igualdad de género, promoción de relaciones saludables y servicios de apoyo, mientras que la violencia de género afecta la percepción de seguridad en la sociedad. “Identificarla y prevenirla...” (P1).

La prevención y la acción social contra la violencia de género deben comenzar en las aulas desde una edad temprana. “Las escuelas tienen la responsabilidad de educar no solo en materias académicas, sino también en valores fundamentales como el respeto, la igualdad y la tolerancia. Es crucial implementar programas educativos que enseñen a los estudiantes sobre las diferentes formas de violencia de género y cómo identificarlas...” (P3).

Además, las escuelas pueden desempeñar un papel activo en la promoción de relaciones saludables y en la prevención del machismo y los estereotipos de género desde una edad temprana. Esto implica fomentar el diálogo abierto sobre temas de género y sexualidad, así como proporcionar recursos y apoyo a los estudiantes que puedan estar experimentando o presenciando situaciones de violencia en sus vidas. “Es fundamental que los educadores estén capacitados para abordar estos temas de manera sensible y efectiva, creando un entorno donde todos los estudiantes se sientan seguros y respetados...” (P3). Al integrar la educación sobre la violencia de género en el currículo escolar, estamos sentando las bases para una sociedad más justa

y equitativa, donde todos puedan vivir libres de violencia y discriminación basada en el género.

Las políticas gubernamentales y las organizaciones pueden abordar el impacto psicológico de la violencia de género a nivel social, y las instituciones desempeñan un papel importante al proporcionar apoyo a las víctimas. Los profesionales de la salud mental enfrentan desafíos al abordar la violencia de género en comunidades marginadas o culturalmente diversas, lo que requiere una adaptación cultural y sensibilidad en la prestación de servicios. “Además de trabajar con las víctimas, además de empoderarlas y todo esto, hay que trabajar con aquellos que ejercen violencia” (P2).

8) Categoría de análisis: Recursos y sistema legal

Los recursos y sistemas legales en relación con la violencia de género en México son esenciales, pero enfrentan desafíos significativos. “Yo creo que la principal reestructura que deberíamos tener es de todo el sistema judicial” (P2).

A pesar de la existencia de leyes y regulaciones para proteger a las víctimas y sancionar a los agresores, su aplicación efectiva suele ser deficiente. “Creo que en la parte de operación es en dónde está el problema, porque más que legislar, es la capacitación a los operadores o la sensibilización” (P1).

La escasez de recursos, como refugios, asesoramiento legal y apoyo psicológico, limita la capacidad de las víctimas para buscar ayuda y escapar de situaciones violentas. “También habrá que pensar que esto es un problema estructural” (P2).

Se requiere un esfuerzo continuo para fortalecer y mejorar los recursos y sistemas legales relacionados con la violencia de género en México. Esto “implica la capacitación adecuada de profesionales en el sistema legal y de salud, la ampliación de servicios de apoyo y la concienciación pública sobre la violencia de género” (P2). También es fundamental garantizar el acceso a la justicia para todas las víctimas y eliminar la impunidad en casos de violencia de género. La protección y el apoyo a las víctimas son

fundamentales para poner fin a este problema y promover la igualdad de género en México.

Conclusiones

La violencia de género, en sus diversas manifestaciones, representa un desafío persistente y profundamente arraigado en las sociedades a nivel mundial. Este fenómeno incluye desde el abuso físico y sexual hasta formas más sutiles de control psicológico y discriminación, dejando secuelas profundas tanto en el tejido social como en la salud mental y emocional de las víctimas.

Es fundamental comprender que la violencia de género trasciende los daños físicos visibles; su impacto en la salud psicológica es igualmente devastador, tejiendo una red compleja de traumas que perduran en el tiempo. Este problema persiste en un contexto donde las estadísticas continúan siendo alarmantes y muchas víctimas carecen del apoyo necesario para sanar. Las consecuencias psicológicas, que abarcan desde depresión y ansiedad hasta trastorno de estrés postraumático, plantean desafíos significativos tanto para los individuos afectados como para la sociedad en su conjunto. Estos efectos adversos no solo impactan la calidad de vida de las víctimas, sino que también obstaculizan su capacidad para establecer relaciones saludables y participar plenamente en la sociedad.

Abordar de manera integral y comprensiva el impacto psicológico de la violencia de género es crucial para proporcionar un apoyo efectivo a las víctimas, prevenir futuros casos de violencia y avanzar hacia una sociedad más equitativa y justa. Este llamado a la acción enfatiza la necesidad urgente de investigar y abordar este problema sistémico en todos los ámbitos, incluidos el laboral, educativo y social.

Esta investigación representa un paso fundamental para iluminar este tema complejo y urgente, subrayando la importancia de trabajar en conjunto para lograr un cambio social significativo que elimine la desigualdad y la discriminación arraigadas. Esto permitirá asegurar un futuro donde todas las personas, sin distinción de género, puedan vivir libres de violencia y disfrutar de una plenitud emocional y mental.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, D., Biaggii, Y. y Borges, G. (2009). Violencia de género en el trabajo: acoso sexual y hostigamiento laboral. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 163-182. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100012&lng=es&tlng=es
- Ángel, I. T., Rico, E. R. y Tamayo, J. J. (Eds.). (2018). *La intervención en violencia de género desde diversos ámbitos*. Dykinson, S.L. <https://doi.org/10.2307/j.ctv6hp3w5>
- Barchielli, B., Lausi, G., Pizzo, A., Messineo, M., Del Casale, A., Giannini, A. M. y Ferracuti, S. (2023). A Medical-Legal and Psychological Systematic Review on Vitriolage Related to Gender-Based Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 2953-2965. <https://doi.org/10.1177/15248380221121288>
- Bosch, E., Ferrer, M., García, E., Ramis, M. C., Mas, M. C., Navarro, C. y Torrens, G. (2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*. Instituto de La Mujer, Ministerio de Igualdad.
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T. y Shevlin, M. (2019). ICD-11 PTSD and complex PTSD in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://10.1002/jts.22454>
- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E., & King, M. J. (2002). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health*, 92(4), 636-642. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.4.553>
- Domenech Del Rio, I., & Sirvent Garcia Del Valle, E. (2017). The Consequences of Intimate Partner Violence on Health: A Further Disaggregation of Psychological Violence-Evidence From Spain. *Violence against women*, 23(14), 1771–1789. <https://doi.org/10.1177/1077801216671220>
- Dutton, M. A., Kaltman, S., Goodman, L. A., Weinfurt, K., & Vankos, N. (2005). Patterns of intimate partner violence: correlates and outcomes. *Violence and Victims*, 20(5), 483-497
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic

- violence: an observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165-1172. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60522-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60522-x)
- Evans, S. E., Davies, C. y DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>
- Fantuzzo, J., Boruch, R., Beriama, A., Atkins, M., & Marcus, S. (1997). Domestic Violence and Children: Prevalence and Risk in Five Major U.S. Cities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(1), 116-122. <https://doi.org/10.1097/00004583-199701000-00025>
- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368(9543), 1260- 1269. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)69523-8)
- García Villalba, M. (2024). La cristalización de la violencia mediante la palabra y su trauma: Ushuaia (2017) de Alberto Conejero. *Kamchatka. Revista De análisis Cultural*, (23), 89-112. <https://doi.org/10.7203/KAM.23.25756>
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Holt, S., Buckley, H. y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- Lara-Caba, E. Z. (2019). Autoestima en las mujeres víctimas de violencia por la pareja íntima. *AULA Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 65(2), 9–16. <https://doi.org/10.33413/aulahcs.2019.65i2.116>
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Editorial Crítica.
- Koverola, C., Papas, M. A., Pitts, S., Murtaugh, C., Black, M. M. y Dubowitz, H. (2005). Longitudinal investigation of the relationship among maternal victimization, depressive symptoms, social support, and children's

- behavior and development. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(12), 1523–1546. <https://doi.org/10.1177/0886260505280339>
- Krantz, G. (2005). Violence against women. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(10), 818-821. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.022756>
- Maldonado Culquimboz, Y. (2023). Sensibilización en la violencia de género y bienestar emocional en trabajadores de una entidad pública, 2023. *Revista de Climatología*, 23, 1389–1395. <https://doi.org/10.59427/rcli/2023/v23cs.1389-1395>
- Martínez, M. (2009). *Epistemología y Metodología Cualitativa en las Ciencias Sociales*. Trillas.
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634-654. <https://doi.org/10.1177/1077801208319283>
- Nieto-Cabrera, M. E. y Nieto-Morales, C. (Eds.). (2023). *Soluciones prácticas a controversias de la vida diaria. Casos Prácticos: Jurídicos, Socio-Jurídicos, Sociales*. Dykinson, S.L. <https://doi.org/10.2307/jj.1866708>
- Notelaers, G., Van der Heijden, B., Hoel, H., & Einarsen, S. (2019). *Short Negative Acts Questionnaire (SNAQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t80313-000>
- OCNFeminicidioMX. (2021, February 24). *Violencia contra las Mujeres en México | Informe del OCNF, CDD y REDTDT al Comité CEDAW*. OCNF. <https://www.observatoriofeminiciomexico.org/post/violencia-contra-las-mujeres-en-m%C3%A9xico-informe-del-ocnf-cdd-y-redtdt-al-comit%C3%A9-cedaw>
- ONU Mujeres. (2002). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- Organización Panamericana de La Salud. *Prevención de la violencia*. (2018). <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of children’s exposure to domestic violence and child maltreatment: implications for prevention and intervention.

Clinical Child and Family Psychology Review, 6(3), 161–170. <https://doi.org/10.1023/a:1024958332093>

- Peña Axt, J. C., Boll Henríquez, V. y Riquelme Brevis, H. (2023). Percepciones de violencia de género en instituciones de educación superior en Chile. *Revista Estudios Feministas*, 31(2), e84004. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n284004>
- Perusset Veras, M. (2023). Efectos de la violencia de género en las familias monoparentales: Profundización de desigualdades y vulnerabilidad socioeconómica. *Eleuthera*, 25(1), 151-164. <https://doi.org/10.17151/eleu.2023.25.1.8>
- Rico, N. (1996). MUJER Y DESARROLLO. *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ad499997-25ec-4e34-9d48-60b60f5f4180/content>
- Saldanha, D., Beck, C., Teresinha Heck Weiller, Nunes, M. y Viviani Viero. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 71–75. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962015000100016>
- Undurraga, R. y López Hornickel, N. (2020). Trayectorias laborales de mujeres y violencia en el trabajo: Una cuestión de género. *Psykhé (Santiago)*, 29(2). <https://doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1494>
- Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. Harper & Row. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5855/S9600674_es.pdf

Ciudades amigables con las personas adultas mayores. Estudio de viabilidad del municipio de Puebla, México¹

Cities friendly to older adults. Feasibility study of the municipality of Puebla, Mexico

Recepción: 2 de julio de 2024 / Aceptación: 23 de septiembre de 2024

Lorena Martínez Zavala²

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.867>
Licencia CC BY 4.0.

¹ Este artículo es parte del documento con el que la autora participó en el “Concurso de Políticas Públicas *Puebla, Contigo y Con Rumbo*” que realizó el municipio de Puebla en 2022.

² Doctora en Sociología, Maestra en Sociología y Licenciada en Psicología. Docente investigadora de tiempo completo en El Colegio de Puebla, México. SNII Nivel 1. Autora para correspondencia: Código postal: 72470
Correo electrónico: lorena.martinez.zavala@gmail.com lorena.martinez@colpue.edu.mx.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0836-7344>

Resumen

El artículo tiene como objetivo analizar la viabilidad de consolidar ciudades amigables con las personas mayores, tomando como estudio de caso la ciudad de Puebla, México. Esta perspectiva ha sido promovida desde 2005 por diversas asociaciones civiles e impulsada por la Organización Mundial de la Salud (2007), la cual postula que las ciudades deben contar con las condiciones necesarias para que las personas adultas mayores vivan con una adecuada calidad de vida. Esta investigación se sustentó en una metodología cualitativa. Se utilizó la técnica de investigación documental basada en informes emitidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), planes de desarrollo nacionales, estatales y municipales; así como en la propuesta internacional plasmada en la Agenda 2030. En estos documentos se exploraron cuatro aspectos: 1) Datos de envejecimiento; 2) Movilidad autónoma; 3) Promoción del envejecimiento activo y 4) Sustento legal. Como resultado, se obtuvo un modelo de acción aplicable a Puebla para instaurar al municipio como una ciudad amigable con las personas adultas mayores. Su viabilidad se fundamenta en los siguientes puntos: 1) El crecimiento de la población y del porcentaje de personas adultas mayores, que posiciona al municipio en el quinto lugar de ciudades con mayor porcentaje de población adulta mayor; y 2) La necesidad de trabajar en tres ámbitos para consolidarse como amigable con las personas adultas mayores: a) diseño y reestructuración de la ciudad, b) servicios públicos accesibles como el transporte público (movilidad autónoma) y c) promoción del envejecimiento activo. Las leyes de los diversos órdenes de gobierno propugnan dichas acciones.

Palabras clave: personas adultas mayores; ciudades amigables con las personas adultas mayores; envejecimiento exitoso

Abstract

The article aims to analyze the viability of consolidating age-friendly cities, using the city of Puebla, Mexico, as a case study. This perspective has been promoted since 2005 by various civil associations and advocated by the World Health Organization (2007), which postulates that cities must have the necessary conditions for older adults to live with an adequate quality of life. This research was based on a qualitative methodology. The documentary research technique relied on reports issued by INEGI, CONEVAL, and national, state, and municipal development plans, as well as the international proposal reflected in the 2030 Agenda. Four aspects were explored: 1) Aging data; 2) Autonomous mobility; 3) Promotion of active aging; and 4) Legal support. Results: An action model applicable to Puebla was obtained to establish the municipality as an age-friendly city. Its viability is based on the following points: 1) The population has grown, along with the percentage of older adults, placing the municipality fifth among cities with the highest percentage of older adult population; and 2) The city must work in three areas to consolidate itself as friendly to older adults: a) design and restructuring of the city, b) accessible public services such as public transportation (autonomous mobility), and c) promotion of active aging. The laws of various levels of government advocate for such actions.

Keywords: older adults; age-friendly cities; successful aging

Introducción

Existen diversas teorías que intentan explicar el proceso de envejecimiento. Desde una perspectiva biológica, se han propuesto teorías como la de los radicales libres, la autoinmune, la termodinámica, la del envejecimiento celular, la de la acumulación de errores y la de la programación genética, entre otras. Estas teorías sostienen que el envejecimiento tiene un impacto tanto físico como socio-familiar. En el aspecto físico, “existe de manera universal un deterioro de la reserva fisiológica y de la homeostasis, lo cual conlleva a una menor capacidad para responder al estrés” (Ocampo y Londoño, 2007, p. 1073). En el ámbito socio-familiar, se producen cambios en las relaciones familiares, en las nuevas tareas, en el rol laboral y en la situación económica. Desde una perspectiva psicológica, se han desarrollado la teoría de la desvinculación, la teoría de la actividad y la teoría del cambio de poder, las cuales comparten el enfoque en la pérdida de autonomía y de la capacidad para la toma de decisiones individuales y colectivas por parte de la persona adulta mayor.

En contraste con estas teorías, Rowe y Kahn (1997) proponen el concepto de envejecimiento exitoso, planteando que el envejecimiento no es un proceso que implica necesariamente enfermedad o discapacidad. Más bien, la forma en que envejecemos depende del estilo de vida y de los hábitos que cada persona adopta a lo largo de su vida. Para estos autores, el envejecimiento exitoso se define por “tres componentes principales: baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada con la enfermedad, alta capacidad funcional cognitiva y física, y compromiso activo con la vida” (p. 433). Así, el envejecimiento exitoso se consolida cuando la persona adulta mayor goza de salud física y cognitiva, y participa activamente en su comunidad.

El compromiso con la vida –postulan Rowe y Kahn (1997)– implica dos aspectos. Uno se refiere a la capacidad de las personas para mantener vínculos con otros, ya que “ser parte de una red social es un determinante significativo de la longevidad” (p. 451). La instauración de redes de apoyo ofrece a las personas mayores tanto apoyo emocional como instrumental, entendiendo el primero como la capacidad de recibir afecto, compañía y retroalimentación, y el segundo como ayuda en acciones concretas, tales como asistencia económica o apoyo en tareas domésticas.

Por su parte, Reyes (1998) concibe este mismo proceso –al que denomina envejecimiento natural– como un tránsito de las personas que permite disfrutar de una salud relativamente buena, sin sufrir problemas físicos ni mentales, y con capacidad de interacción social. El envejecimiento natural no está vinculado a enfermedades; los cambios están asociados a la predisposición genética y al estilo de vida de cada persona.

Como señalan Gallardo-Peralta et al. (2016), la propuesta de envejecimiento exitoso transforma la concepción del envejecimiento, dejándolo de percibir como un proceso de pérdida y declive y considerándolo un proceso en el cual aún existe plasticidad y capacidad de adecuar el estilo de vida para mejorar los ámbitos físico, emocional y social de las personas. La participación social en el entorno y la socialización dentro de la comunidad son elementos clave para consolidar un envejecimiento exitoso, al otorgar a las personas un sentido de pertenencia y un espacio de apoyo mutuo.

De manera concordante, Freund y Baltes (2009) sostienen que, si bien existen pérdidas durante el proceso de envejecimiento, esto no implica que las personas deban aislarse o dejar de participar en actividades comunitarias.

El envejecimiento exitoso es “un proceso que incluye simultáneamente la maximización de ganancias y la minimización de pérdidas” (p. 312), lo cual se logra mediante un modelo basado en selección, optimización y compensación. La selección se refiere a la delimitación de las posibilidades existentes; la optimización describe el aprovechamiento de los recursos internos y externos; y la compensación consiste en reemplazar las pérdidas con los recursos disponibles. Esta propuesta busca fomentar el envejecimiento exitoso, otorgando mayor autonomía a las personas adultas mayores para realizar sus actividades diarias y generando nuevas alternativas para llevarlas a cabo.

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) propuso la creación de Ciudades Amigables con las Personas Adultas Mayores, con el fin de que los gobiernos, guiados por la OMS, generen espacios accesibles para las personas mayores. La finalidad es crear condiciones que permitan un envejecimiento exitoso y reducir los índices de población que envejece con enfermedades que restringen su autonomía.

En México, una realidad ineludible es la existencia de una gran cantidad de personas adultas mayores dependientes que requieren cuidados y atención continua. Según García et al. (2014), esto se debe a que el aumento en la esperanza de vida no va de la mano con una esperanza de vida saludable. Esto genera un impacto económico que conlleva problemas administrativos, pues el envejecimiento dependiente representa un gasto público significativo, el cual, a pesar de ser una situación a considerar, “hasta ahora ha sido poco visible, y ha pasado desapercibido en la agenda de política pública de México” (García et al., 2014, p. XIX). Bajo este contexto, en el presente capítulo se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Es factible y necesario diseñar una estrategia para consolidar al municipio de Puebla como una ciudad amigable con las personas mayores?

Metodología

Esta propuesta tiene como objetivo realizar un análisis que permita visualizar la importancia y viabilidad de implementar acciones que sienten las bases para consolidar ciudades amigables con las personas adultas mayores. Para elaborar dicha propuesta, se tomó como estudio de caso el municipio de Puebla. La investigación realizada es primordialmente de corte cualitativo y se basó en una investigación documental que retomó

informes emitidos por el INEGI, el CONEVAL y planes de desarrollo a nivel nacional, estatal y municipal, así como la propuesta generada por la Agenda 2030 para este sector. La investigación documental se enfocó en la exploración de cuatro códigos: 1. Datos de envejecimiento; 2. Movilidad autónoma; 3. Promoción del envejecimiento activo; y 4. Sustento legal. Posteriormente, se realizó el análisis de los datos y la elaboración de la propuesta, estrategias y lineamientos aplicables en el municipio de Puebla para instaurarlo como una ciudad amigable con las personas adultas mayores.

Resultados

El diagnóstico: ¿Por qué una ciudad amigable con las personas adultas mayores en el municipio de Puebla, México?

La Auditoría Superior de la Federación (ASF) publicó en 2016 una evaluación sobre las acciones que el Estado emprendió entre 2002 y 2014 para atender las necesidades de las personas adultas mayores. En dicho diagnóstico, se estableció que el Estado ha asignado a diversas instituciones la tarea de desarrollar y aplicar políticas públicas para la atención de las personas adultas mayores en México. Durante dos sexenios e inicios del tercero —es decir, los periodos presidenciales de Vicente Fox, Felipe Calderón y Enrique Peña Nieto— se implementaron diversas estrategias para asistir a este sector poblacional. Sin embargo, dicha evaluación sugiere que estas acciones se emprendieron sin una delimitación adecuada del problema público.

Es una realidad que:

El proceso de envejecimiento demográfico de México es un fenómeno que se intensificará en las próximas décadas, ya que las generaciones más numerosas, nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. (ASF, 2016, p. 13).

Sin duda, el desarrollo tecnológico, científico y médico ha permitido una prolongación en la esperanza de vida de los seres humanos, aunque esto no ha estado necesariamente acompañado de una vida longeva con una calidad de vida óptima, lo cual contribuye a una vida de dependencia en las personas adultas mayores. Este fenómeno plantea dos temas centrales. En

primer lugar, invita a considerar la calidad de vida de la población adulta mayor en el estado, ya que, aunque el aumento en la esperanza de vida constituye un logro científico y médico, es fundamental que esos años adicionales se vivan con salud, bienestar y autonomía, cubriendo todos los elementos necesarios para una adecuada calidad de vida.

En segundo lugar, y en concordancia con el punto anterior, surge la incertidumbre sobre las políticas de protección que se podrán generar en el futuro para apoyar a un sector cada vez más amplio de personas adultas mayores. De este modo, es necesario implementar políticas que contribuyan a la consolidación de un envejecimiento exitoso, entendiendo este concepto como el proceso que permite a mujeres y hombres llegar a la vejez con adecuada salud física y emocional, manteniendo lazos con la comunidad y gozando de autonomía e independencia, optimizando los recursos disponibles y reemplazando habilidades perdidas con otras que compensen el deterioro de ciertas destrezas a lo largo del tiempo.

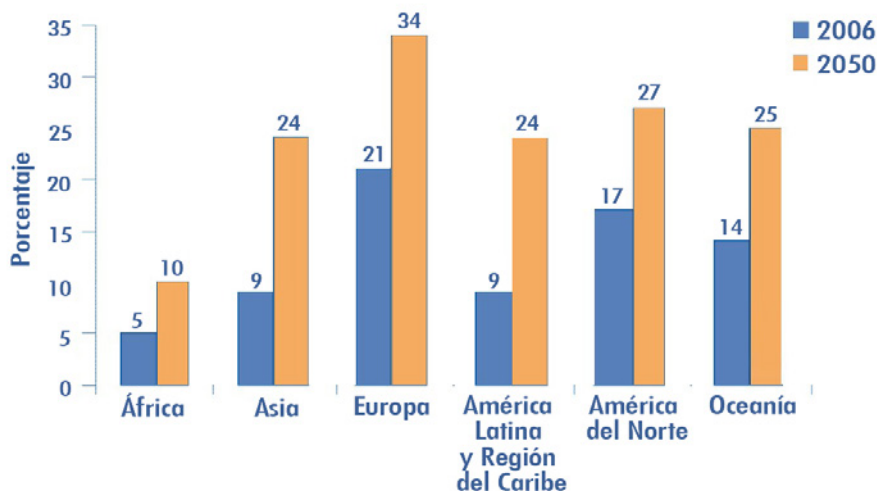
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017):

El mundo está envejeciendo rápidamente: para el año 2050 el número de personas de 60 años de edad y más como proporción de la población global se habrá duplicado, de 11% en el 2006 a 22%” (ver Figura 1) (p. 8). De igual manera, se ha observado un crecimiento poblacional en las zonas urbanas, consolidando mega-ciudades; esto implica que “más personas mayores están viviendo en las ciudades. (p. 9).

Esta situación se refleja en Puebla, donde el crecimiento poblacional, los procesos migratorios y otros fenómenos sociales han configurado el municipio como una ciudad grande, con una diversidad poblacional y con una variedad de demandas y necesidades.

Figura 1

Distribución de la población mundial (%) de 60 años o más por región, 2006 y 2050



Fuente: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División Población, 2006(1)

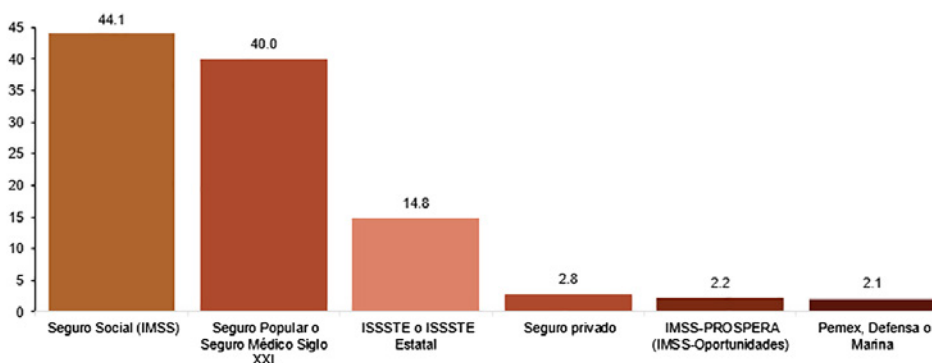
De manera concordante, INEGI, 2021a sostiene que en México se ha producido un proceso paulatino de envejecimiento demográfico. En el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas. De este grupo poblacional, el 41.4 % es económicamente activo y el 69.4 % presenta algún tipo de discapacidad o limitación. El 47.9 % vive en familias nucleares, el 39.8 % en hogares ampliados y el 11.4 % vive solo (INEGI, 2019). La principal razón para vivir solas o solos es la viudez; de estas personas, el 42.6 % son hombres y el 65.3 % son mujeres viudas. En cuanto a personas divorciadas, los porcentajes indican que el 31.5 % de los hombres se encuentran en esta situación civil, al igual que el 19 % de las mujeres (INEGI, 2019).

Respecto a la actividad económica, el 41.4 % de las personas adultas mayores es económicamente activo, de las cuales el 54.1 % son hombres y el 45.9 % mujeres. Del porcentaje que trabaja, el 21.7 % no recibe prestaciones, el 15.7 % recibe aguinaldo y el 13.4 % cuenta con vacaciones pagadas (INEGI, 2019). En cuanto a la salud, el 85.4 % tiene algún tipo de

servicio médico. Como se observa en la Figura 2, el 44.1 % está afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 40 % al Seguro Popular o Seguro Médico Siglo XXI, y el 14.8 % al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (INEGI, 2019). Cabe señalar que estos datos corresponden a 2018 y que actualmente el Seguro Popular ha sido eliminado.

Figura 2

Porcentaje de la población de 60 años o más que vive sola con afiliación a los servicios de salud según institución, 2018



Fuente: INEGI, 2019.

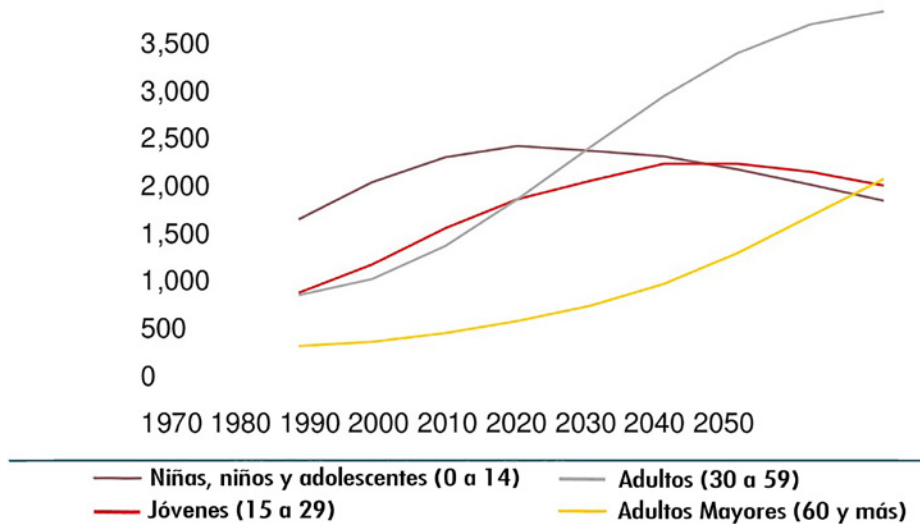
El 27.1 % de las personas adultas mayores que viven solas tiene alguna discapacidad, y el 42.3 % presenta dificultades para realizar actividades básicas como caminar, subir y bajar, mover los brazos, recordar, escuchar, bañarse, vestirse, comer y hablar, así como problemas psicológicos y cognitivos. A mayor edad, mayor es el porcentaje de adultos mayores con dificultades. En la población de 60 a 69 años, solo el 18.1 % tiene una discapacidad, mientras que en el grupo de 80 años y más, el 48.2 % presenta una limitación (INEGI, 2019).

En cuanto a educación, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) indica que el 18.9 % de las personas adultas mayores en México no sabe leer ni escribir; esta problemática afecta al 20.8 % de las mujeres adultas mayores y al 15.9 % de los hombres. Además, “si bien es cierto que la mayoría es alfabeta, el nivel de escolaridad que alcanzan es de apenas 6 años (5.9), lo que indica que lograron concluir la primaria” (p. 7).

El estado de Puebla cuenta con 6,583,278 habitantes, de los cuales el 11.3 % tiene 60 años o más (INEGI, 2021b). Del total de personas adultas mayores, el 12.2 % recibe una pensión o jubilación, y el 15.9 % presenta alguna discapacidad (INEGI, 2020). De acuerdo con el *Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024*, se proyecta que para 2050 habrá un incremento superior al 100 % en la población de personas adultas mayores (véase la Figura 3). Este crecimiento representa un reto para el estado, lo que hace necesario promover políticas enfocadas en temas de pensiones, salud, oportunidades laborales, entre otros (Gobierno de Puebla, 2019).

Figura 3

Población por grupos de edad y su tendencia a futuro 1970-2050



Fuente: Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024

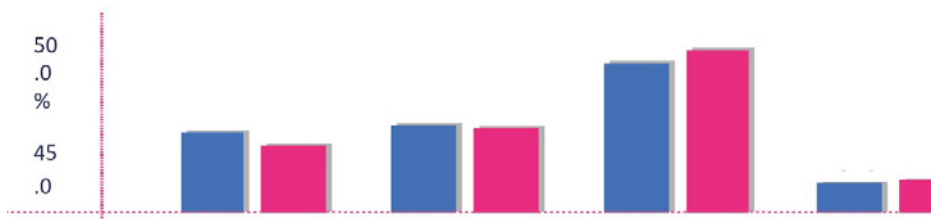
De acuerdo con los datos de la Encuesta Intercensal 2015, el 79.8 % de la población en el estado de Puebla cuenta con algún servicio de salud, en contraste con el 19.8 % que no está afiliado a ningún centro de salud (Gobierno de Puebla, 2019). De este porcentaje,

23.6 % está afiliada al IMSS; 5.7 % al ISSSTE o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP); 0.5 % a PEMEX, Defensa o Marina; 69.4 % al Seguro Popular; 2.2 % a alguna institución privada; y 0.9 % a otra institución. (p. 158).

Las proyecciones demográficas indican que, para 2030, la población mayor de 65 años alcanzará un 9.3 %, lo que representa un incremento de 0.7 % en comparación con 2020 (véase la Figura 4). Este crecimiento “representa un reto en función a las políticas públicas para dotar de servicios, equipamiento, infraestructura y fuentes de empleo, recreación, deporte y cultura a este grupo poblacional” (Gobierno Municipal, 2021, p. 36).

Figura 4

Porcentaje de la población por grandes grupos de edad, 2020 y proyección a 2030

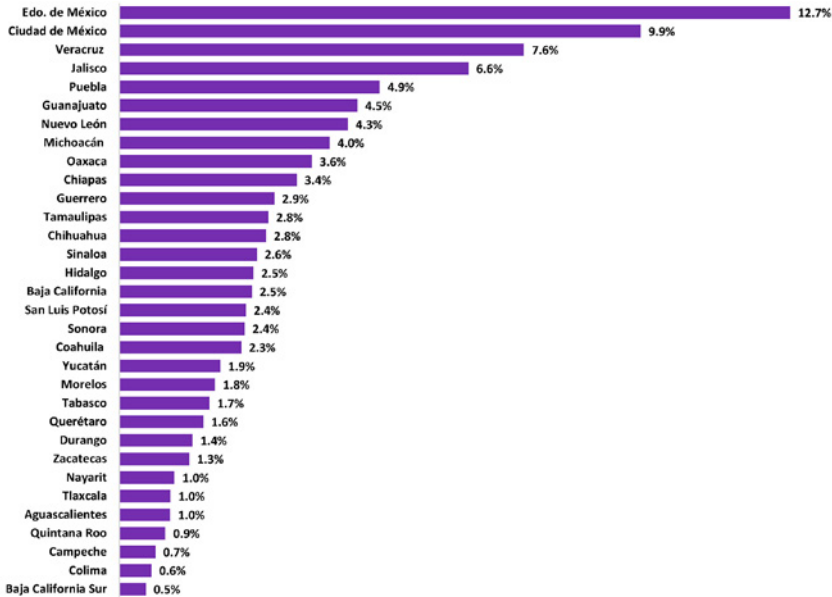


Fuente: Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024

Puebla ocupa el quinto lugar a nivel nacional entre los estados con el mayor porcentaje de personas adultas mayores. En primer lugar, se encuentra el Estado de México, con un 12.7 %, seguido de la Ciudad de México, con 9.9 %; Veracruz, con 7.6 %; Jalisco, con 6.6 %; y Puebla, con 4.9 % (véase la Figura 5). El municipio de Puebla tiene el mayor número de personas adultas mayores, con una población de 214,718 (Kánter, 2021).

Figura 5

Distribución porcentual de las personas de 60 años o más por entidad federativa, México 2020



Fuente: Kánter, 2021.

De acuerdo con datos proporcionados por el Observatorio de Salarios de la Universidad Iberoamericana, en 2021 el 66.3 % de la población en el estado de Puebla se encontraba en situación de pobreza. Esta situación se ve agravada por la baja escolaridad, ya que el 36.7 % de las personas adultas mayores del estado no sabe leer ni escribir. Asimismo, el acceso a los servicios médicos es un problema, pues solo el 18.1 % tiene acceso a ellos (González, 2022). Además, únicamente el 5 % de los adultos mayores del estado cuenta con pensión o jubilación (Vera, 2022).

Cabe señalar que, como lo indica la evaluación de la ASF (2016):

La transformación de la vejez en un problema público va más allá del número creciente de individuos que alcanzan esta etapa de la vida, radica en la forma como las personas llegan a ésta y en las capacidades que tienen los gobiernos para atenderlas. (p. 19).

Ocampo y Londoño (2007) señalan que el envejecimiento es un proceso por el que pasan todos los seres vivos. Esto implica que es natural, universal,

irreversible, progresivo, heterogéneo, mortal y multifactorial. Nadie está exento de envejecer; la diferencia radica en la manera en que cada persona enfrenta esta etapa: “cada persona enfrenta de manera singular, individual y única este periodo y, por consiguiente, depende de su historia personal” (p. 1073).

La presente propuesta se enmarca en el trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007 para consolidar ciudades amigables con las personas adultas mayores. La OMS llevó a cabo una investigación a nivel mundial para identificar las necesidades y demandas que las personas mayores tienen para vivir con una adecuada calidad de vida.

Este interés responde al cambio demográfico que se ha generado a nivel mundial, caracterizado por una disminución de los nacimientos y un aumento en la esperanza de vida. Estos fenómenos están formando una tendencia futura de ciudades habitadas principalmente por población envejecida. Si bien es alentador que tanto mujeres como hombres puedan vivir más años, esto podría convertirse en un problema individual y social si esos años se viven con enfermedades, aislamiento y dependencia.

Contrario a esta situación, se busca que el aumento de la esperanza de vida esté acompañado de una buena calidad de vida, consolidando un envejecimiento exitoso que permita que las personas adultas mayores sigan siendo actores sociales participativos. Para lograrlo, es fundamental sensibilizar a las autoridades sobre la importancia de construir ciudades amigables con las personas mayores.

De entre las múltiples propuestas y demandas de la OMS, es importante trabajar en tres ámbitos. En primer lugar, la planificación, el diseño y la reestructuración de la ciudad deben contemplar las necesidades de las personas adultas mayores. La OMS subraya la importancia de que las banquetas estén libres de hoyos y bordes peligrosos, evitando así caídas o lesiones en este sector de la población. Es necesario considerar la ciudad como un espacio que permita la movilidad de los adultos mayores y establecer cruceros con tiempos y condiciones físicas adecuadas para que puedan cruzar las calles sin poner en riesgo su vida.

En segundo lugar, y de acuerdo con lo propuesto por la OMS, es necesario continuar ofreciendo servicios públicos accesibles para las personas

mayores. En el caso del municipio de Puebla, el transporte Ruta cuenta con espacios específicos e instalaciones accesibles; sin embargo, el resto del transporte público no contempla en absoluto las necesidades de los adultos mayores. Una propuesta recuperable del análisis de la OMS es impulsar un servicio de taxis específicos para las personas mayores (similares al servicio de taxis para mujeres), que ofrezca precios asequibles. Estos dos puntos son fundamentales para ayudar a las personas mayores a tener mayor autonomía en su movilidad.

En tercer lugar, es necesario fomentar el cuidado holístico impartiendo en las diversas colonias de Puebla pláticas de nutrición y bienestar psicológico, así como realizar caravanas de salud específicas en las que atiendan geriatras, fisiatras y médicos en general. Asimismo, es importante ofrecer actividades físicas, como yoga o ejercicios de baja intensidad, que beneficien la salud de las personas adultas mayores. También se pueden organizar actividades recreativas y culturales, como conciertos de música o cursos, con un costo accesible.

Estas acciones se pueden realizar generando convenios con universidades, las cuales, a través de sus prestadores de servicio social, pueden ofrecer pláticas, servicios, cursos y conciertos. Puebla es un estado con una amplia gama de universidades tanto públicas como privadas, las cuales pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, beneficiando colateralmente a la población en general. A continuación, se presenta la propuesta generada para el municipio de Puebla, que incluye los objetivos del proyecto, el sustento legal internacional, nacional, estatal y municipal que le otorga viabilidad, así como las estrategias y líneas de acción.

Propuesta de ciudades amigables con las personas adultas mayores para el municipio de Puebla

Objetivo general

Promover el envejecimiento exitoso en las personas adultas mayores de Puebla mediante actividades y acciones que mejoren su calidad de vida e instauren ciudades amigables con este sector poblacional.

Objetivos particulares

- Dar los primeros pasos y acciones para consolidar a Puebla como una ciudad amigable con las personas adultas mayores.
- Llevar a cabo la planeación y el diseño de la ciudad, considerando las necesidades de las personas adultas mayores.
- Continuar las estrategias implementadas para mejorar el servicio de transporte público para las personas adultas mayores.
- Mejorar la salud física y emocional de las personas adultas mayores.
- Impulsar actividades recreativas que contribuyan al bienestar emocional de las personas adultas mayores.

Sustento legal

El 25 de junio de 2002 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM). Dicho documento establece la obligatoriedad del Estado y sus instituciones de “garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores” (Secretaría de Desarrollo Social, 2002, p. 38).

En este documento, se delimita a la persona adulta mayor como aquella que tiene sesenta años o más y que reside o está en tránsito en el país. La LDPAM señala en el Artículo 5 los siguientes ámbitos: el I. **Integridad y dignidad**, que hace referencia al derecho de las personas mayores a tener una adecuada calidad de vida, a disfrutar plenamente, a vivir sin violencia, a que se respete su integridad física, psicoemocional y sexual, a la protección contra cualquier tipo de explotación, a recibir protección de su comunidad, sociedad y familia, y a vivir en entornos seguros.

El ámbito II. **De la certeza jurídica** hace referencia a la facultad de las personas mayores de recibir un trato digno en cualquier problema jurídico, de recibir apoyo y buen trato de las instituciones en cualquier orden de gobierno y de recibir asesoría jurídica. El ámbito III. **De la salud, la alimentación y la familia** establece que las personas mayores deben:

Tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su

atención integral; a tener acceso preferente a los servicios de salud; [y] a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene. (Secretaría de Desarrollo Social, 2002, p. 40).

En el ámbito IV. **De la educación**, la Ley establece que “las instituciones educativas, públicas y privadas, deberán incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores” (Secretaría de Desarrollo Social, 2002, p. 40). El V. **Trabajo** puntualiza que las personas mayores deben tener las mismas oportunidades laborales. El VI. **De la asistencia social** postula que dicho sector debe ser contemplado en los apoyos generados por los gobiernos en caso de desempleo, discapacidad y para tener una vivienda digna. El VII. **De la participación** sostiene que las personas adultas mayores tienen el derecho a colaborar en las decisiones relacionadas con su comunidad, región y/o país, así como a participar en los procesos educativos, culturales, deportivos y de representación. El VIII. **De la denuncia popular** establece que “toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades, podrán denunciar [...] todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos [...] de las personas adultas mayores” (Secretaría de Desarrollo Social, 2002, p. 41).

El 10 de mayo de 2022 se realizó una reforma a esta ley, agregando los ámbitos IX. **Del acceso a los servicios**, en el cual se sostiene que las personas adultas mayores deben tener un servicio y asientos preferenciales en los establecimientos públicos y privados, así como espacios accesibles para este sector. Finalmente, el ámbito X. **De la información** postula que esta debe ser “plural, oportuna y accesible, la cual será garantizada por el Estado” (Cámara de Diputados, 2022, p. 6).

Cabe destacar que en el Artículo 6, la Ley establece que “el Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores” (Secretaría de Desarrollo Social, 2002, p. 41). Por lo tanto, el Estado debe implementar políticas públicas dirigidas al bienestar social de este sector.

Este mandato queda establecido en el Artículo 10, donde se determina que la Política Pública Nacional sobre personas adultas mayores tiene como entre otros objetivos:

Propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental;
garantizar a esta población el pleno ejercicio de sus derechos;

garantizar igualdad de oportunidades y una vida digna; establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas; promover la solidaridad y la participación ciudadana; fomentar en la familia, el Estado y la sociedad, una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno; promover la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y ejecución de las políticas públicas que les afecten; impulsar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores; fomentar la creación de espacios de expresión para el adulto mayor. (Secretaría de Desarrollo Social, 2002, pp. 42–43).

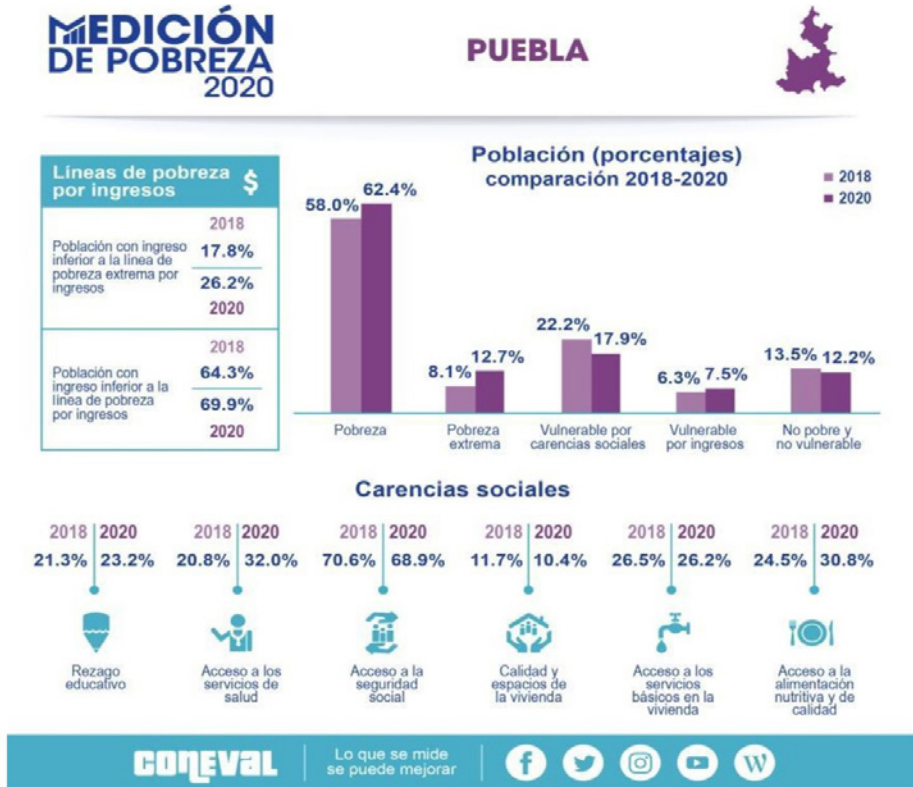
Alineación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU

La propuesta de promover el envejecimiento activo en Puebla contribuye a dos de los 17 objetivos establecidos por la Organización de las Naciones Unidas en el Plan 2030. Primero, al objetivo 10, que se refiere a reducir la desigualdad en y entre los países; y segundo, al objetivo 3 sobre salud y bienestar.

El objetivo 10, Reducir la desigualdad en y entre los países, busca “garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto” (ONU, 2018, p. 48). La desigualdad es una situación que se ha mantenido de manera persistente. Como señala el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013), “México es un país de contrastes y la desigualdad es uno de sus aspectos más característicos. [...], importantes contingentes de la población todavía subsisten en condiciones sumamente precarias” (párr. 1).

En la Figura 6 se observan las características de Puebla en cuanto a carencias sociales. El rezago educativo aumentó de 2018 a 2020, pasando de 21.3 % a 23.2 %. El acceso a los servicios de salud incrementó de 20.8 % a 32.0 %, y la carencia en el acceso a una alimentación nutritiva y de calidad creció de 24.5 % a 30.8 % (CONEVAL, 2020a).

Figura 6
Carencias Sociales en Puebla



Fuente: CONEVAL, 2020.

Es importante señalar que los índices de desigualdad han disminuido en el estado de Puebla. De acuerdo con datos de CONEVAL (2020b), hubo una reducción de la desigualdad de 7.3 %, lo cual permitió que el estado pasara del lugar 19 en 2016 al lugar 29 en 2018. Dichos datos son alentadores; sin embargo, es cierto que las personas adultas mayores pueden sufrir mayor vulnerabilidad y desigualdad. Se debe considerar que la jubilación conlleva una reducción en el ingreso de las personas adultas mayores (CONEVAL, 2020c).

En cuanto al objetivo 3, que hace referencia a la salud y bienestar, el Plan 2030 señala que para generar desarrollo social en los países es imprescindible que el Estado garantice e impulse una vida saludable. Por tal razón, la ONU (2018) establece la importancia de emprender acciones que disminuyan las enfermedades y enfrenten los problemas de salud que van surgiendo.

Alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 establece que una prioridad del gobierno federal es llevar a cabo iniciativas que disminuyan la desigualdad existente en el país. Bajo el planteamiento “No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera”, el gobierno federal destaca la necesidad de implementar políticas públicas que contrarresten una realidad ineludible: “un crecimiento económico excluyente, concentrador de la riqueza en unas cuantas manos” (Gobierno de México, 2019, p. 12).

Para combatir esta situación, el gobierno federal puntualiza su rechazo a cualquier acto de discriminación contra sectores poblacionales vulnerables, señalando que salvaguardarán “la dignidad de los adultos mayores” y promoverán “un modelo de desarrollo respetuoso de los habitantes y del hábitat, equitativo, orientado a subsanar y no a agudizar las desigualdades” (Gobierno de México, 2019, p. 12).

Alineación al Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024

La propuesta de promover el envejecimiento activo en Puebla se alinea con el Eje 4: Disminución de las Desigualdades, del Plan Estatal de Desarrollo. Se plantea que esto se logrará “priorizando la reducción de brechas de desigualdad social, en donde se generen condiciones de bienestar que ayuden a satisfacer las necesidades básicas de la población y mejorar su calidad de vida; así como cerrar las brechas entre las regiones” (Gobierno de Puebla, 2019, p. 77).

Asimismo, esta propuesta es congruente con la Estrategia 1, la cual propone “generar las condiciones que permitan mejorar el bienestar integral de las personas”. Principalmente, en tres líneas de acción:

1. Incorporar la atención primaria a la salud como estrategia en los 3 niveles de atención.
2. Incrementar el acceso a los servicios de salud con un enfoque equitativo e incluyente. Y
3. Promover la cultura física, el deporte y el deporte adaptado como elemento de esparcimiento y desarrollo de capacidades, para contribuir al bienestar individual y social. (Gobierno de Puebla, 2019, p. 104).

Alineación al Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024

El proyecto de promover el envejecimiento exitoso se enmarca en el Eje de Desarrollo Humano del Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024, principalmente en dos apartados. Uno, “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades”. Y dos, “garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos” (Gobierno Municipal, 2021, p. 23).

Esta propuesta tiene como eje central el enfoque transversal de la Estrategia para Derechos Humanos establecido en el Plan Municipal de Desarrollo. Específicamente, en lo señalado sobre la necesidad de que el gobierno municipal trabaje en “realizar acciones que contribuyan a la protección de los derechos fundamentales de la población del Municipio de Puebla”. Además, busca “impulsar acciones para contribuir al ejercicio del derecho a la salud de la ciudadanía” (Gobierno Municipal, 2021, pp. 59-60).

Cabe agregar que el gobierno municipal tiene como objetivo apoyar “a mujeres, niñas, niños, jóvenes, adultos mayores sin importar sexo, género, creencias o ideología”. Enfatizan que su objetivo es “mejorar su calidad de vida” (Gobierno Municipal, 2021, p. 99).

Plan de acción para consolidar al municipio de Puebla como ciudad amigable con las personas adultas mayores

Estrategias

1. Coordinar el trabajo realizado por el Instituto Municipal de Planeación y la Secretaría de Desarrollo Urbano y Sustentabilidad, tanto del municipio como del estado, para implementar acciones que contemplen las necesidades y los requerimientos de las personas adultas mayores. Esto implica, como señala la OMS, asegurar espacios de movilidad seguros, áreas verdes recreativas pensadas también para las personas mayores y no solo para niños y jóvenes, aceras accesibles y cruces peatonales seguros.
2. Establecer un convenio con los taxistas para ofrecer un servicio especializado para las personas adultas mayores.

3. Coordinar con las instituciones de salud del municipio y del estado para organizar caravanas de salud en las colonias de Puebla, llevando médicos y/o servicios específicos para personas adultas mayores, como gerontólogos, fisiatras, nutriólogos y otros profesionales.
4. Realizar convenios con universidades e instituciones de educación superior, tanto públicas como privadas, para que estudiantes de últimos semestres o prestadores de prácticas y servicio social impartan cursos, pláticas, actividades deportivas y eventos culturales en las colonias de Puebla.

Líneas de acción

1. Generar las condiciones necesarias para que las calles de la ciudad de Puebla puedan ser recorridas con el menor riesgo por las personas adultas mayores.
2. Crear y/o adecuar pequeños parques o áreas verdes en los que las personas adultas mayores puedan ejercitarse o descansar.
3. Construir aceras seguras que permitan el tránsito de las personas adultas mayores.
4. Revisar el diseño de los cruces peatonales para que sean accesibles para las personas mayores.
5. Establecer un transporte público específico para las personas adultas mayores con un costo accesible.
6. Realizar caravanas de salud orientadas a las personas adultas mayores, dirigidas por gerontólogos, fisiatras y otros especialistas.
7. Organizar en las colonias actividades deportivas, pláticas de salud, nutrición y bienestar psicológico, enfocadas a los requerimientos de las personas adultas mayores.
8. Llevar a cabo conciertos o eventos culturales gratuitos o de bajo costo enfocados en los intereses de las personas adultas mayores.

Conclusiones

La voluntad de vivir es un impulso muy fuerte que permite al ser humano superar adversidades y trasciende aspectos como la edad, clase social, raza o género. Incluso, permite sobrellevar y sobrevivir a circunstancias inesperadas, como la pandemia de COVID-19. En Puebla, en México y en el mundo en general, existen muchos adultos mayores que desean continuar viviendo, y esto debe llevarse a cabo con una adecuada calidad de vida, respetando los derechos de todos los individuos para vivir dignamente.

Las personas adultas mayores constituyen un sector social con derechos; por esta razón, los gobiernos deben emprender acciones enfocadas a mejorar su calidad de vida. Es necesario adoptar una nueva perspectiva sobre la vejez, es decir, dejar de verla como un problema y una carga familiar o social, y, en cambio, promoverla como una etapa de la vida que puede y debe experimentarse con plenitud y autonomía.

El concepto de envejecimiento exitoso y la creación de ciudades amigables con las personas adultas mayores otorgará mayor autonomía a este sector poblacional, instaurándolos como sujetos activos, participativos y transformadores de los problemas que existen en su comunidad. Las acciones emprendidas por los gobiernos deben basarse en lo establecido en la Declaración sobre Envejecimiento de la OMS (1996), que señala que “las personas mayores saludables constituyen un recurso para sus familias, sus comunidades y la economía” (OMS, 2007, p. 9).

En México, los objetivos de los tres niveles de gobierno están alineados con los principios de democracia y la búsqueda de igualdad de oportunidades para todos los sectores sociales. Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores contribuirá al desarrollo social de Puebla y a la consolidación de un gobierno que responda a las necesidades de la población actual del municipio.

Referencias bibliográficas

- Auditoría Superior de la Federación. (2016). *Evaluación de la política pública de atención a las Personas Adultas Mayores*. https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014_1645_a.pdf
- Cámara de Diputados. (2022). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*.
- CONEVAL. (2020a). *Entidades federativas*. Puebla. <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Puebla/Paginas/principal.aspx>
- CONEVAL. (2020b). *Informe de pobreza y evaluación 2020*. CONEVAL.
- CONEVAL. (2020c). *Comunicado No. 29. Día de la población adulta mayor*. https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2020/COMUNICADO_29_POBREZA_Y_ADULTOS_MAYORES.pdf
- Freund A. y Baltes, P. (2009). Hacia una teoría del envejecimiento con éxito. En B. R. Fernández (Cord.), *Psicogerontología* (pp. 311-330). Pirámide.
- Gallardo-Peralta, L., Conde-Llanes, D. y Córdova-Jorquera, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, 27(3), 104-108.
- García, M.C, Gutiérrez, L.M, y Medina, R.H. (2014). Introducción. En L.M Gutiérrez, M.C. García y J. Jiménez (Eds.), *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años*(pp xix-xxiii). CONACYT.
- Gobierno de México. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019- 2024*. Gobierno de México.
- Gobierno de Puebla. (2019). *Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024*. Gobierno de Puebla.
- Gobierno Municipal. (2021). *Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024*. Gobierno Municipal.
- González, L. (2022). En Puebla, 66.3% de adultos mayores en pobreza en 2021; en país, 54.6%: Ibero. *Ángulo 7*. <https://www.angulo7.com.mx/2022/05/31/en-puebla-66-3-de-adultos-mayores-en-pobreza-en-2021-ibero/>
- INEGI. (2013). *Seminario las Desigualdades y el Progreso en México: Enfoques, Dimensiones y Medición*. <https://www.inegi.org.mx/eventos/2013/desigualdades/>

- INEGI. (2019). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de octubre)*. Datos nacionales. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
- INEGI. (2020). *Panorama sociodemográfico de México. Puebla*. INEGI.
- INEGI. (2021a). *En México somos 126 014 024 Habitantes: Censo de Población y Vivienda 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf
- INEGI. (2021b). *Censo de Población y Vivienda 2020*. INEGI.
- Kánter, I. (2021). *Las personas mayores a través de los datos censales de 2020*. Instituto Belisario Domínguez.
- Ocampo, J. M. y Londoño, I. (2007). Ciclo vital individual: vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 21(3), 1072-1084.
- ONU. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (5 de febrero de 2017). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Reyes, C.A. (1998). Envejecimiento normal. *Revista Estomatología*, 3(1), 1-64.
- Rowe J. y Kahn R. (1997) Successful Aging, *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2002). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*.
- Vera, S. (2022). Menos del 5% de “abuelitos” en Puebla reciben pensión: Ibero. *Intolerancia*. <https://intoleranciadiario.com/articulos/educacion/2022/05/31/996875-menos-del-5-de-abuelitos-en-puebla-reciben-pension-ibero.html>

Artículo de reflexión

La necesidad de un criterio biológico como solución a los problemas heurísticos en psiquiatría¹

The necessity of a biological criterion as a solution to the heuristic problems in psychiatry

Recepción: 7 de agosto de 2024 / Aceptación: 30 de septiembre de 2024

Javier Silva-Silva²

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.885>

Licencia CC BY 4.0.

1 El presente artículo fue realizado con la ayuda de la beca de Exención de Arancel 2024 de la Vicerrectoría de Postgrado de la Universidad de Santiago de Chile.

2 Estudiante del programa de Magíster en Filosofía de las Ciencias, Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile. Autor para correspondencia: Parque Laguna del Laja Oriente, 2322, Peñalolén, Santiago, Chile. Código postal: 7910000.

Correo electrónico: javieresilva98@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7474-3224>

Resumen

En el presente trabajo, se realizó un análisis de la heurística que utiliza la comunidad psiquiátrica para determinar si una condición debe considerarse un trastorno mental y expongo algunos aspectos problemáticos de esta. Uno de ellos es que cualquier conducta considerada socialmente inadecuada puede clasificarse como trastorno mental, independientemente de su causa. Además, la heurística en psiquiatría emplea el modelo biopsicosocial, lo cual implica que los problemas asociados a este modelo también se aplican a la heurística en cuestión. Propongo que una heurística en la que un criterio biológico sea necesario para considerar una condición como trastorno mental resolvería los problemas ya mencionados y discuto algunas críticas que podrían hacerse a esta postura. Finalmente, destaco la importancia pragmática de hacer una distinción conceptual correcta entre trastornos mentales y otras clases de condiciones de salud mental, ya que dicha distinción podría facilitar un mejor tratamiento de estas condiciones, tanto a nivel individual como de salud pública.

Palabras clave: heurística; psiquiatría; trastorno mental; medicina; psicología

Abstract

In the present work, I conduct an analysis of the heuristic used by the psychiatric community to determine whether a condition should be considered a mental disorder and highlight some problematic aspects of it. One of these is that every behavior deemed socially inadequate can be classified as a mental disorder, regardless of the underlying cause. Additionally, the heuristic in psychiatry employs the biopsychosocial model, meaning that the issues associated with this model also apply to the heuristic in question. I propose that a heuristic requiring a biological criterion to consider a condition a mental disorder would resolve the aforementioned issues, and I discuss some criticisms that might be leveled against this stance. Finally, I underscore the pragmatic importance of making a correct conceptual distinction between mental disorders and other types of mental health conditions, as such a distinction could facilitate better treatment of these conditions at both individual and public health levels.

Keywords: heuristic; psychiatry; mental disorder; medicine; psychology

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar el modelo heurístico que utiliza la comunidad psiquiátrica, entendida como el conjunto de personas que opera dentro del paradigma, programa de investigación o la tradición psiquiátrica, para decidir si una condición debe considerarse un trastorno mental y, en consecuencia, si debe incluirse en los catálogos de diagnósticos psiquiátricos³, analizando las consecuencias lógicas del mismo. El resultado de este análisis revela dos problemas: (a) en el modelo heurístico utilizado en psiquiatría, la inadecuación social es un criterio suficiente para definir si una conducta constituye un trastorno mental, mientras que los criterios biológico y psicológico no son necesarios; y (b) el uso del modelo biopsicosocial acarrea los problemas propios de dicho modelo a la heurística en psiquiatría. Estas circunstancias provocan inconvenientes, tales como un modelo en el cual los trastornos mentales corresponden a comportamientos que no son deseables según los valores de una sociedad, sin un criterio objetivo para discriminar entre trastorno y no trastorno, empleando así un uso distinto del término “trastorno” al utilizado en otras disciplinas biomédicas (Pérez, 2012), y la potencial medicalización del sufrimiento humano, sin importar sus causas.

La psiquiatría es una especialidad médica relativamente joven en comparación con otras, pues sus orígenes datan del siglo XIX (Marková y Berrios, 2012). En este breve tiempo, la disciplina se ha visto envuelta en diversas controversias respecto a las condiciones que ha incluido en el catálogo de trastornos mentales, como algunas supuestas enfermedades mentales de los esclavos negros en Norteamérica. Entre ellas figuran la drapetomanía (deseo imperioso de los esclavos de escapar de la plantación) y la disestesia etiópica (poca motivación o diligencia para trabajar de los esclavos negros), propuestas por Cartwright a mediados del siglo XIX, basadas en los sesgos sociales y raciales de su época (Forcades, 2012). Un ejemplo polémico más reciente fue la inclusión de la homosexualidad como trastorno mental en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (American Psychiatric Association [APA], 1980; el nombre puede traducirse como “Asociación Estadounidense de Psiquiatría”), uno de los

³ Es importante aclarar que esta heurística no es la misma heurística que utiliza un psiquiatra individual para determinar si la conducta observada en un caso particular corresponde o no a un trastorno mental. Dicha heurística no es el objetivo de este análisis.

manuales de diagnóstico más importantes para la psiquiatría norteamericana (Cooper, 2004). Además, existe una creciente preocupación por el aumento de personas con algún diagnóstico psiquiátrico. Si bien esto puede atribuirse a una mayor conciencia social sobre la importancia de la salud mental, muchos consideran que se debe a la medicalización del sufrimiento y de características que, de otro modo, no se considerarían enfermedades (Charland, 2013; Pérez, 2012; Marques, 2022). Esto podría deberse a un problema conceptual en la investigación psiquiátrica, ya que no existe una preocupación intrínseca en la disciplina por definir claramente el concepto de trastorno mental. Para precisar las distintas entidades nosológicas en psiquiatría, se define, más bien, una lista de síntomas correspondientes a cada trastorno, sin establecer qué agentes etiológicos son causalmente responsables de generar una determinada condición (Pérez, 2012). Dado que existen múltiples causas para los síntomas mentales, incluyendo situaciones de la vida cotidiana como la pérdida de seres queridos, presiones sociales, dificultades económicas, entre muchas otras, es de esperarse un sobrediagnóstico de estos trastornos (Marques, 2022).

Por estas razones, resulta justificado analizar cómo opera la heurística que la comunidad psiquiátrica emplea para determinar cuáles condiciones deben clasificarse como trastornos mentales y así comprender cómo esta permite formular tales afirmaciones. Abordaré esta tarea de la siguiente manera: en la sección 2, caracterizaré el modelo heurístico actual en psiquiatría; en la sección 3, analizaré las consecuencias lógicas de esta heurística, específicamente el problema del rol de la inadecuación social como criterio suficiente y los problemas derivados de la aplicación del modelo biopsicosocial; en la sección 4, propondré como solución que el criterio biológico sea necesario en la heurística y defenderé esta propuesta frente a algunas críticas; finalmente, en la sección 5, comentaré sobre la importancia pragmática de realizar este cambio, ya que distinguir entre trastorno mental y otras causas de problemas de salud mental podría mejorar el tratamiento de los pacientes y facilitar la toma de decisiones en salud pública, presentando un ejemplo concreto de cómo esta diferenciación podría aplicarse en el caso de la conducta hiperactiva. La sección 6 presentará una conclusión general de este trabajo.

Caracterizando la heurística en psiquiatría

La psiquiatría se considera la disciplina que se dedica a la comprensión y tratamiento de lo que podría llamarse locura, reconceptualizada posteriormente como trastorno mental. Este estudio se realiza no solo desde un modelo biológico, como ocurre en la mayoría de las disciplinas médicas, sino también desde modelos psicológicos y sociales. Cada una de estas dimensiones adquiere una mayor relevancia en distintas tradiciones psiquiátricas, donde se enfatiza la importancia de una determinada dimensión en la génesis de los trastornos y se concentra la investigación en explicar los mecanismos mediante los cuales los distintos fenómenos de la dimensión estudiada causan los estados de locura o trastorno (Marková y Berrios, 2012). Esto plantea dos interrogantes: (a) cuáles son las condiciones que se consideran candidatas para ser catalogadas como trastornos mentales y (b) cuáles son los criterios que se utilizan para determinar si una condición lo es o no. La combinación de estas interrogantes constituye la heurística que la comunidad psiquiátrica emplea para definir si una condición debe incluirse en los catálogos de trastornos mentales.

Respecto a la primera pregunta, un análisis histórico sobre la evolución del término “locura” a lo que ahora se denomina “trastorno mental” permite concluir que los criterios para considerar que un tipo de conducta corresponde a un trastorno mental son de naturaleza social. A mediados del siglo XVII, se crearon casas de internación para personas con “locura” y otros, como minusválidos y ancianos, cuyas condiciones se consideraban una limitación para que contribuyeran a la sociedad conforme a los modelos sociales de la época. Tras la Revolución Francesa, se impulsaron esfuerzos para suprimir este tipo de prácticas y reintegrar a estas personas en la sociedad. Sin embargo, se seguía considerando que los locos eran potencialmente peligrosos para sí mismos y para quienes los rodeaban, razón por la cual continuaron siendo internados. A inicios del siglo XIX, el término “locura” adquirió un carácter clínico debido a las reformas de figuras como Pinel⁴ y Tuke, consolidándose la práctica de que toda desviación de la conducta “normal”, posteriormente redefinida como trastorno mental, debía ser tratada por un médico (Berríos, 1996; Foucault, 1954/2016, 1972; Marková y Berrios, 2012). Esta conducta “normal” no es más que

4 La obra de Pinel (1801/1804), el *Tratado médico-filosófico de la enagenación [sic] del alma, ó manía*, es tradicionalmente aceptada como el trabajo seminal de la psiquiatría.

el comportamiento que cada cultura considera socialmente adecuado (Foucault, 1954/2016, 1972; Pérez, 2012). Si los criterios sociales sobre qué constituye una conducta anormal son utilizados para considerar una conducta como trastorno mental, esto explicaría por qué la homosexualidad fue clasificada como trastorno mental en el siglo XX y posteriormente se dejó de considerar así (Marková y Berrios, 2012). Tras su inclusión como trastorno mental en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, hubo protestas masivas que ejercieron suficiente presión social y culminaron en un plebiscito que resultó en su exclusión como trastorno (Pérez, 2012). Así, una conducta socialmente inadecuada en un contexto cultural determinado se consideraba trastorno mental, pero cuando la sociedad empezó a aceptarla como normal, se corrigió su inclusión en los catálogos de trastornos mentales. De este modo, por razonamiento abductivo, se concluye que las condiciones candidatas a ser consideradas trastornos mentales son aquellas conductas que se desvían de la norma social en un contexto cultural específico. Esta conclusión se apoya en el trabajo de Marková y Berrios (2012) sobre epistemología en psiquiatría, quienes afirman que:

madness developed as a social construct, that is, its definition and categorisation grew out of the views and beliefs about human behaviours and mental states formed by society within specific historical periods. In other words, madness is defined in terms of prescriptions and value judgements Once madness has been configured this way, that is, its behavioural boundaries have been prescribed according to the ongoing values entertained by the human sciences of a given period, the natural sciences become mobilised. [la locura se desarrolló como un constructo social, esto es, su definición y categorización surgió de los puntos de vista y creencias acerca de la conducta humana y estados mentales formados por la sociedad dentro de períodos históricos específicos. En otras palabras, la locura se define en términos de prescripciones y juicios de valor ... Una vez que la locura ha sido configurada de esta forma, es decir, sus límites conductuales han sido prescritos de acuerdo a los valores actuales de las ciencias humanas de un período dado, las ciencias naturales se movilizan.] (pp. 221–222)

Los autores sostienen que la sociedad, según sus juicios de valor y creencias acerca de la conducta normal, define qué conductas serán consideradas

trastornos mentales, y luego se recurre a las ciencias naturales para ofrecer una explicación. En otras palabras, primero se formula una hipótesis de que una conducta es un posible trastorno mental en función de su inadecuación social, y luego se somete dicha hipótesis a criterios científicos.

En cuanto a la segunda pregunta, sobre cuáles son los criterios científicos mencionados, cada una de las dimensiones que explican los trastornos mentales emplea distintos criterios. La dimensión biológica, heredada de la práctica médica convencional, busca explicar los trastornos mentales mediante alteraciones anatómicas, fisiológicas o bioquímicas (Roberts, 2023; Luque y Villagrán, 2000). La dimensión psicológica, por su parte, los explica a través de la existencia de malestar subjetivo y sus causas cognitivas (Foulkes, 2022; Luque y Villagrán, 2000). Finalmente, la dimensión social explica los trastornos mentales mediante la incapacidad del individuo para adaptarse al entorno cultural o el peligro social generado por una determinada conducta (Foulkes, 2022; Luque y Villagrán, 2000). La integración de estos modelos de explicación da como resultado el modelo biopsico-social (MBPS), un marco conceptual que incorpora la influencia de los factores psicológicos y sociales en la génesis de las enfermedades (Roberts, 2023), en cuyo caso una enfermedad o trastorno “sería el estado en el que al menos una de estas dimensiones o variables se encuentra por debajo de un nivel o criterio” (Luque y Villagrán, 2000, p. 31).

Con todo esto en consideración, se establecen las bases para caracterizar la heurística en psiquiatría. El primer paso consiste en formular la hipótesis de que una conducta específica es un trastorno mental, lo cual se realiza identificando conductas socialmente inadecuadas. Una vez identificada, la conducta se analiza bajo las dimensiones biológica, psicológica y social. Finalmente, la conducta se considera un trastorno mental si y solo si cumple al menos uno de los siguientes criterios: presenta una alteración anatómica, fisiológica o bioquímica que impacta en la mente; la conducta se asocia con malestar subjetivo en el individuo; o la conducta impide al sujeto adaptarse a su contexto social.

Teniendo una descripción formal de cómo opera la heurística en la comunidad psiquiátrica, es posible analizar sus consecuencias y plantear estrategias para mejorar sus deficiencias, lo cual se abordará en las siguientes secciones.

Consecuencias del modelo heurístico descrito

Un examen detallado de este modelo revela algunos problemas derivados de sus consecuencias lógicas. En primer lugar, la heurística en psiquiatría otorga un rol tan predominante a los aspectos sociales que el criterio social, por sí solo, resulta suficiente, lo cual convierte en innecesarios los criterios biológico y psicológico. Por otro lado, el uso del modelo biopsicosocial (MBPS) conlleva los problemas intrínsecos a dicho marco teórico, tales como la presencia de criterios subjetivos que no son ni suficientes ni necesarios para distinguir entre trastorno y no trastorno, y un enfoque excesivamente inclusivo que permite que casi cualquier aspecto sea considerado una enfermedad (o causa de enfermedad) sin admitir la posibilidad de falsación.

Respecto al primer punto, es suficiente con analizar cómo interactúan los pasos de la heurística descritos en la sección anterior, lo cual permite observar cómo cualquier conducta socialmente inadecuada será considerada un trastorno mental, independientemente de si existe un sufrimiento subjetivo o una alteración biológica que la explique. Primero, se debe tener en cuenta que, si una conducta socialmente inadecuada cumple al menos un criterio del MBPS, esta se considerará un trastorno mental. Luego, cabe recordar que el hecho de que una conducta se juzgue como socialmente inadecuada implica que dicha conducta obstaculiza la adaptación del individuo a la sociedad, ya que, de no ser así, no podría considerarse como socialmente inadecuada. Dado esto, cuando una conducta sea candidata para ser considerada un trastorno mental, se cumplirá el criterio social en la heurística, lo cual llevará a la comunidad psiquiátrica a concluir que dicha conducta debe ser considerada un trastorno. Así, el hecho de que una conducta sea candidata para ser considerada un trastorno mental es suficiente para que esta se clasifique como tal, lo cual implica que los criterios biológicos y psicológicos resultan innecesarios en la heurística. De esta manera, siempre que exista una conducta socialmente inadecuada, esta será considerada un trastorno mental. Este mecanismo podría estar operando en algunos casos de condiciones incluidas en los manuales de diagnóstico actuales, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), cuya legitimidad como diagnóstico psiquiátrico ha sido cuestionada al considerar la posibilidad de que la conducta hiperactiva no sea patológica, sino más bien una desviación de lo que la sociedad espera de los menores, como permanecer tranquilos en el aula o en el hogar (Cohen y Morley, 2009). Este punto se

retomará en la sección 5. De igual modo, se han planteado preocupaciones sobre cómo la suficiencia del criterio de conducta socialmente inadecuada podría llevar a que ciertas conductas, como algunos tipos de personalidad y comportamientos sexuales, sean erróneamente clasificadas como trastornos mentales (Abouelleil Rashed y Bingham, 2014; Becerra, 2022).

Esta situación es problemática, puesto que los trastornos mentales no son la única causa de inadecuación social. La discriminación racial, religiosa, política, sexual o de cualquier otra índole puede considerarse un ejemplo de inadecuación social, ya que el individuo discriminado no es capaz de satisfacer las demandas de la sociedad en la que está inmerso. Sin embargo, la heurística en psiquiatría actual no considera si el individuo es socialmente inadecuado debido a un trastorno mental o si se le atribuye una condición de trastorno simplemente por comportarse de una forma socialmente inadecuada. Por lo tanto, resulta indeseable que el criterio de conducta socialmente inadecuada sea, por sí solo, suficiente para clasificar una conducta como un trastorno mental.

A continuación, abordaré otro aspecto de la heurística en psiquiatría: la aplicación del MBPS. Como expliqué anteriormente, los criterios utilizados para definir si una conducta candidata debe ser considerada un trastorno mental comprenden un criterio biológico, un criterio psicológico y un criterio social. Estos son los criterios que, al cumplirse al menos uno de ellos, permiten que la comunidad psiquiátrica concluya que la conducta socialmente inadecuada observada corresponde a un trastorno. Como mencioné, esto es una aplicación directa del MBPS y, lógicamente, su implementación en la heurística en psiquiatría enfrentará los mismos problemas que dicho modelo.

Uno de los problemas del MBPS es que, si bien tiene una aplicación útil como marco conceptual, no es una teoría que pretenda explicar causalmente cómo los aspectos sociales y psicológicos inciden en la aparición de enfermedades (Roberts, 2023). El modelo simplemente señala que tanto los factores biológicos como los psicosociales están involucrados en el padecimiento, pero la vaguedad de esta proposición no permite inferir cómo actúan. Debido a esta ambigüedad, los problemas sociales o el sufrimiento psicológico de una persona pueden confundirse con enfermedad sin que el marco del MBPS limite esta posibilidad; en términos coloquiales, “todo entra”, pues todo tipo de sufrimiento psicológico o problema social puede ser considerado etiológico de enfermedad (Roberts, 2023). Los problemas

asociados al criterio social ya fueron expuestos en la sección anterior, por lo que ahora analizaré las consecuencias del criterio psicológico, el cual requiere que exista sufrimiento subjetivo para considerar una condición como un trastorno mental (Foulkes, 2022; Luque y Villagrán, 2000). Uno de los problemas de este criterio es que, como destaca Boorse (1982), cuando se emplea un criterio subjetivo para definir si una condición es patológica, habrá circunstancias que algunos individuos considerarán perjudiciales y otros no, lo cual hace que este criterio sea especialmente inespecífico. Además, este criterio no es ni necesario ni suficiente para que exista enfermedad: no es necesario, ya que, si bien algunas enfermedades producen sufrimiento, otras no, como en el caso de la mononucleosis infecciosa leve (Muckler y Taylor, 2020), y tampoco es suficiente, pues el sufrimiento no implica enfermedad (Boorse, 1977). Si todo sufrimiento implicara una enfermedad, entonces se debería considerar como tal el duelo por la pérdida de un ser querido o el malestar por ser perjudicado en una situación injusta. En el primer caso, llorar por la muerte de alguien cercano sería considerado incorrecto o patológico, y, por lo tanto, algo que requiere corrección. En el segundo caso, la responsabilidad del problema se trasladaría del perjuicio que un tercero pueda causar a un individuo a la incapacidad de este de soportar la injusticia. Ambas consecuencias son absurdas, y el resultado de aplicar este criterio es que el sufrimiento humano es potencialmente medicalizable, un problema que ya se señaló como algo a corregir en la introducción.

Otro problema del MBPS es que, dado que permite la inclusión de cualquier problema como una forma de padecimiento o enfermedad, no existe ningún potencial falsador del modelo (Roberts, 2023), cuya consecuencia es que el MBPS, y por ende el modelo heurístico en psiquiatría, pueda ser considerado pseudocientífico según el criterio de demarcación de Popper (1963/1983). Si bien la teoría de Popper sobre la demarcación entre ciencia y pseudociencia ha sido ampliamente debatida, científicos y filósofos aún la utilizan para discutir la validez de ciertas teorías científicas (Godfrey-Smith, 2021), por lo que este aspecto del MBPS puede ser visto como otra característica de la heurística en psiquiatría a través de la cual se cuestiona su legitimidad.

El carácter necesario del criterio biológico

En la sección anterior, se argumentó que el criterio de dificultades de adaptación social es redundante, ya que estará presente en toda conducta que se considere socialmente inadecuada. También se explicó por qué el criterio de sufrimiento psicológico no es ni necesario ni suficiente. Con estas consideraciones en mente, se propone eliminar el criterio de dificultades de adaptación social y posicionar el criterio de sufrimiento subjetivo de tal forma que este no sea suficiente ni necesario. Esto puede lograrse con cualquiera de las siguientes propuestas heurísticas:

- Una conducta socialmente inadecuada será considerada un trastorno mental si, y solo si, cumple un criterio biológico que explique el trastorno mental.
- Una conducta socialmente inadecuada o un sufrimiento subjetivo serán considerados como trastornos mentales si, y solo si, cumplen un criterio biológico que explique el trastorno mental.

En ambos casos, el criterio biológico es necesario para que una condición pueda ser considerada un trastorno mental, pero no es por sí solo suficiente. En la primera propuesta, se requiere que la conducta sea socialmente inadecuada. En la segunda, debe haber una conducta socialmente inadecuada o un sufrimiento subjetivo. Lo importante es que, en ambas propuestas, la sospecha inicial de que una conducta es un trastorno debe contrastarse únicamente con evidencia de alteraciones biológicas, no psicológicas ni sociales. Este criterio biológico, como se explicó en secciones anteriores, corresponde simplemente a los mismos criterios utilizados para determinar si una condición biológica es o no una enfermedad, siendo la teoría más aceptada hasta la fecha la que define las enfermedades como disfunciones biológicas (Boorse, 1977; Saborido y Moreno, 2015; Schramme, 2007). Aunque los detalles sobre el debate de qué es una disfunción biológica no son parte del objetivo de este trabajo, es relevante señalar que, para Boorse (1977, 1982), la disfunción biológica es equivalente a una anomalía estadística en el rendimiento esperado de un rasgo determinado, una teoría que ha sido ampliamente cuestionada (cf. Cooper, 2022; Kingma, 2013; Saborido y Moreno, 2015)⁵. Una alternativa reciente es la teoría organizacional, donde

⁵ Aunque no alude directamente a la teoría de Boorse, Canguilhem (1966/1991) también considera que la normalidad fisiológica no puede ser equivalente a la normalidad estadística.

la disfunción se define como la disminución en el rango de aporte que un rasgo proporciona a la auto-mantenimiento del organismo (Saborido y Moreno, 2015; Saborido et al., 2016), teoría no exenta de críticas (cf. Cusimano y Sterner, 2019; Garson, 2017). La definición de enfermedad y, por ende, de los criterios suficientes y necesarios para que una condición biológica se considere una patología, sigue siendo un debate filosófico y teórico abierto. Sin embargo, lo relevante para los propósitos de este trabajo es que los trastornos mentales deben someterse a los mismos criterios biológicos que el resto de las enfermedades no psiquiátricas para ser considerados enfermedades o trastornos. Esto puede lograrse mediante (a) una explicación total o parcial de los mecanismos fisiológicos implicados, como ocurre en casos de enfermedades como el Alzheimer, la demencia por cuerpos de Lewy, las lesiones del lóbulo frontal o la encefalopatía de Wernicke, entre otros trastornos mentales orgánicos o exógenos, o mediante (b) evidencia que favorezca la hipótesis de mecanismos biológicos subyacentes, aunque estos no estén del todo claros⁶, como es el caso del trastorno bipolar y la esquizofrenia, que se consideran condiciones endógenas (Ropper et al., 2023, compilan algunos de los mecanismos e hipótesis relacionados con los ejemplos mencionados y otros trastornos mentales).

En lo que queda de esta sección, se revisarán dos estrategias críticas a esta posición, específicamente, la afirmación de que el concepto de trastorno no implica alteración biológica y la plausibilidad de que la mente funcione incorrectamente sin un trastorno cerebral subyacente. Posteriormente, se defenderá esta propuesta de las críticas mencionadas.

En relación con la primera estrategia, hasta ahora, los conceptos de trastorno y de enfermedad se han utilizado de forma intercambiable. Sin embargo, alguien podría argumentar que estos corresponden a términos distintos, ya que podría ser que los trastornos mentales no pertenezcan a la misma categoría de fenómenos que las enfermedades, por lo que no sería necesario que se rijan por las mismas reglas. De hecho, el uso de la palabra

⁶ En otras áreas médicas los mecanismos subyacentes a algunas enfermedades tampoco están del todo claros, pero ello no implica que dichas condiciones no se acepten como enfermedades ni se ofrezca el mejor tratamiento disponible a quienes las padecen. También es posible que el mecanismo subyacente a los síntomas de un paciente no estén del todo definidos, como muchos casos de dolor en etapas iniciales, pero ello no evita que el médico prescriba analgésicos para su tratamiento. De forma análoga, en muchos casos no sería necesario determinar con precisión la etiología de un cuadro psicótico para iniciar el tratamiento con neurolépticos.

“trastorno” en psiquiatría parece diferir de su uso en otras ciencias biomédicas (Pérez, 2012). Siendo las enfermedades fenómenos inherentemente biológicos, relacionados con lo que se considera una disrupción o anormalidad corporal negativa (Roberts, 2023) o bien una disfunción biológica (Boorse, 1977), el concepto de trastorno podría designar aquellos fenómenos que afectan la salud de un individuo sin involucrar una alteración biológica que los explique. El problema con esta idea es que, en la literatura y en otras ciencias biomédicas, los términos en discusión también se utilizan de manera intercambiable, bajo el supuesto de que pertenecen a la misma clase ontológica (e.g., Cooper, 2020; Graham, 2013a; Wakefield, 1992). Una posible distinción es que no toda enfermedad es un trastorno, pues este último término podría referirse a un subtipo específico de enfermedades. Por ejemplo, si se asume como correcta la definición de enfermedades como disfunciones biológicas, entonces los trastornos podrían ser un subtipo de enfermedades en las cuales la disfunción es dañina para el individuo (Wakefield, 1992). Lo que Wakefield (1992) considera como dañino no es del todo relevante para este trabajo; lo importante es la idea de que el término “trastorno” podría reservarse para algunas enfermedades que tienen un determinado tipo de impacto en los organismos que las padecen. Independientemente de la postura que se adopte, ya sea que el término “trastorno” sea equivalente a “enfermedad” o que los trastornos sean un subtipo de enfermedades, lo cierto es que, para que un fenómeno sea considerado un trastorno, debe cumplir con los mismos criterios biológicos discutidos previamente. Para evitar confusiones, sería más prudente reservar el término “trastorno” para condiciones que impliquen una alteración biológica, mientras que cualquier otra causa de sufrimiento psicológico o desajuste social que sea de interés para las ciencias de la salud debería conceptualizarse bajo otro nombre. Este punto se retomará en la siguiente sección.

La segunda estrategia consiste en la plausibilidad de que haya trastornos mentales sin alteraciones cerebrales, y es empleada principalmente por George Graham. En algunos trastornos mentales, las neurociencias no han sido capaces de explicar los mecanismos biológicos que estarían alterados, observándose en dichos casos cerebros aparentemente sanos (Graham, 2013b). Para ilustrar esta posibilidad, Graham (2013a) presenta una serie de ejemplos en los que considera que se demuestra la disfunción de un sistema sin que exista una alteración física subyacente, en cuyo caso es plausible la idea de trastornos mentales en cerebros no alterados y, por ende, la no necesidad de un criterio biológico en la heurística psiquiátrica. Dado que

todos ellos emplean la misma forma argumentativa, basta con discutir solo uno, el argumento del timbre, que consiste en: (a) se afirma que la función de un timbre es que, al sonar, quien se encuentra dentro de un recinto sepa que hay una persona detrás de una determinada puerta; (b) se observa que el timbre no tiene ningún defecto físico; (c) una ardilla presiona el timbre; y (d) al abrir la puerta, se observa que no hay ninguna persona detrás de ella. Según Graham (2013a), de ello se puede concluir que el timbre funcionó mal y, por ende, que puede haber disfunción en un sistema sin que haya una alteración física que la explique. De forma similar, Graham (2013a) considera que este argumento por analogía demuestra cómo la mente podría funcionar mal sin que exista una disfunción cerebral.

Considero que esto es un error, ya que el argumento de Graham no demuestra que el timbre funcione mal, sino que un observador externo es susceptible de hacer juicios erróneos acerca de cuál es la función del sistema que observa. Es posible cuestionar la primera premisa argumentando que un timbre no está diseñado para sonar cuando hay una persona detrás de la puerta, sino para sonar cuando se presiona el botón del timbre, independientemente del tipo de ser que lo presione. De manera similar, los juicios acerca de qué constituye una disfunción mental pueden estar basados en creencias equivocadas sobre la función (o funciones) de la mente, explicando así algunas situaciones en las que una condición normal podría considerarse erróneamente un trastorno mental.

Cabe todavía la posibilidad de argumentar que existen trastornos mentales en los cuales no se han encontrado alteraciones cerebrales subyacentes (Graham, 2013b). Para este tipo de objeción, ofrezco dos explicaciones. La primera es que el hecho de no encontrar una alteración en el cerebro no significa que esta no exista. Es importante considerar que el acceso a neuroimágenes es un desarrollo relativamente reciente y que la capacidad de resolución de estas técnicas ha ido mejorando con el tiempo (Pérez, 2012). Lesiones y alteraciones que en el pasado no eran observables mediante estas tecnologías hoy en día se detectan con facilidad, por lo que es posible que en el futuro se identifiquen lesiones asociadas a trastornos mentales que actualmente no se pueden constatar.

La segunda explicación para los trastornos mentales en cerebros sin alteraciones observables es que, a veces, la enfermedad que causa dicha disfunción puede encontrarse fuera del cerebro, en otra parte del cuerpo, en una situación análoga a cuando un automóvil no funciona si no tiene

combustible, a pesar de que su estructura esté intacta. Por ejemplo, el déficit de hierro es una condición que puede afectar el funcionamiento del cerebro sin necesariamente generar cambios estructurales o funcionales observables en dicho órgano, contribuyendo a la aparición de síntomas psiquiátricos como ansiedad, depresión, alteraciones del sueño e incluso psicosis (Lee, Kim, Kim y Jung, 2020). Un caso aún más cercano a la psiquiatría es la hipótesis de mayores niveles de cortisol y norepinefrina en sangre que explicarían los casos de depresión con características melancólicas, sin que ello implique cambios cerebrales observables (Gold y Chrousos, 2013)⁷. Así, queda demostrado que el hecho de que una alteración cerebral no se observe no es argumento suficiente para aceptar la hipótesis de que pueden existir trastornos mentales sin alteraciones cerebrales.

De esta forma, el curso de acción más prudente respecto a la heurística en psiquiatría sería hacer que el criterio biológico sea un requisito necesario para considerar una condición como un trastorno mental, de manera que el uso del término “trastorno” en psiquiatría sea equivalente a su uso en el resto de las ciencias biomédicas, evitando las consecuencias indeseables de considerar el criterio social como suficiente y el criterio psicológico como suficiente o necesario. Esto implicaría, sin embargo, que algunas condiciones que actualmente se consideran trastornos mentales dejen de ser vistas como tales. Vale la pena examinar si la distinción entre trastorno mental y otros tipos de sufrimiento por causas psicosociales tendría alguna utilidad pragmática. Una posibilidad, por ejemplo, sería que dichas condiciones ya no fueran tratadas por los médicos. Otra posibilidad podría ser que no se generara cambio alguno en la práctica clínica. Discutiré las posibles consecuencias de estas consideraciones en la siguiente sección.

⁷ El hecho de que estas hipótesis sean o no correctas no es del todo relevante para mi argumento. Lo que importa es que son ejemplos plausibles de cómo mecanismos extracerebrales pueden alterar la funcionalidad del cerebro.

Consecuencias pragmáticas de mi propuesta

Si bien una consecuencia de hacer necesario el criterio biológico en la heurística en psiquiatría es dejar de considerar algunos trastornos mentales como tal, no pretendo defender que el sufrimiento subjetivo o la inadecuación social por causas no biológicas no sean objeto de estudio ni de tratamiento. Teniendo en cuenta la definición pluralista de la Organización Mundial de la Salud del concepto de salud, en que esta es un estado de bienestar biológico, psicológico y social (International Health Conference, 2002; el nombre se puede traducir como “Conferencia Internacional de la Salud”), es evidente que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, ya que existen diversos estados psicológicos y situaciones sociales que impactan la salud de los individuos⁸. De esta forma, es necesaria la reconceptualización de algunos estados psicológicos que ya no podrían considerarse verdaderos trastornos mentales, pudiéndose emplear, por ejemplo, el término “síndrome psicológico” para designarlos. Estos síndromes psicológicos, que se corresponderían con los actualmente denominados trastornos psicógenos, son condiciones que responden mejor a la psicoterapia que a los psicofármacos, los cuales en algunos casos podrían ser incluso prescindibles (Graham, 2013a; Mancini, Miklowitz, O’Brien y Ostacher, 2022). Por su parte, los trastornos mentales endógenos, exógenos u orgánicos, condiciones en las cuales hay alteraciones biológicas (Beer, 1996), permanecerían clasificados como trastornos mentales. Este último grupo de condiciones usualmente requiere tratamiento farmacológico (Graham, 2013a; Mancini et al., 2022).

Con estas consideraciones, es posible apreciar cómo la distinción entre trastorno mental y síndrome psicológico no sería meramente conceptual, puesto que el enfoque terapéutico será distinto dependiendo del tipo de condición que enfrente un clínico. Esto podría no solo determinar la naturaleza del tratamiento que recibirá un paciente, sino también la distribución de horas de consulta con cada profesional, dado que una persona con un síndrome psicológico requerirá menos horas de consulta psiquiátrica y más horas de psicoterapia, situación que podría invertirse en el caso de personas con trastornos mentales. Además, con una correcta distinción entre síndrome psicológico y trastorno mental, se podrían obtener mejores datos estadísticos que orienten decisiones de salud pública, como aumentar

⁸ Cabe incluso la posibilidad lógica de que las enfermedades no sean la única causa de malestar biológico.

el número de psicólogos clínicos y trabajadores sociales o psiquiatras, o distribuir de forma óptima los recursos humanos de salud mental. De manera similar, información sobre la prevalencia de síndromes psicológicos causados por conflictos o situaciones sociales evidenciaría la importancia de realizar intervenciones a nivel cultural para prevenir la aparición de dichos síndromes.

Hasta el momento, he expuesto mis argumentos desde un punto de vista abstracto; por lo tanto, ilustraré lo previamente discutido con un ejemplo concreto: el caso de la conducta hiperactiva. El TDAH es un trastorno mental que suele iniciarse en la infancia y cuyos síntomas más prominentes son la dificultad para mantener el foco de atención y el predominio de conductas de hiperactividad e impulsividad, cuyo tratamiento incluye psicoestimulantes y medidas de inclusión y adaptación en los establecimientos educacionales. Este trastorno se asocia con un menor ancho del lóbulo frontal derecho, menor volumen de la región dorsolateral del cíngulo y del cuerpo estriado, y polimorfismos genéticos que codifican el gen transportador de dopamina (Aguirre, 2022; Ropper, Samuels y Klein, 2023), y se ha observado un grado de heredabilidad de la condición (Aguirre, 2022). Siguiendo cualquiera de las heurísticas propuestas en este artículo, el TDAH se configura como un trastorno mental, pues hay una conducta socialmente inadecuada que se explica por una alteración biológica (o varias). De hecho, se considera que la razón por la cual el tratamiento con psicoestimulantes para las conductas impulsivas es efectivo se debe a sus efectos en el cuerpo estriado (Ropper et al., 2023). A la conducta hiperactiva por TDAH la llamaré “hiperactividad-B” por ser causada por una condición biológica.

Por otro lado, los niños que provienen de ambientes familiares caóticos y desestructurados suelen comportarse de forma hiperactiva en el establecimiento educacional, ya sea por la frustración de estar en un ambiente con normas o por enfrentar mayores dificultades para adaptarse a dicho medio (Aguirre, 2022; Ropper et al., 2023). También es posible que las llamadas experiencias adversas en la infancia, eventos negativos de carácter crónico o agudo con efectos perjudiciales para la salud física y mental durante los primeros años de vida, sean responsables de un importante número de casos de inatención, hiperactividad e impulsividad (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017). A este último conjunto de conductas hiperactivas lo llamaré “hiperactividad-PS” por ser causada por circunstancias psicosociales. Podemos observar que, aunque los síndromes de hiperactividad-B e hiperactividad-PS

son similares, tienen etiologías muy distintas. Actualmente, la heurística en psiquiatría considera tanto la hiperactividad-B como la hiperactividad-PS como trastornos mentales, puesto que la hiperactividad-B satisface el criterio biológico y la hiperactividad-PS el criterio social, agrupándolas bajo una sola entidad nosológica: el TDAH⁹. Ello podría llevar a los médicos que no estén al tanto de estos matices a tratar a los niños que requieren una aproximación psicosocial con psicoestimulantes, es decir, a medicalizar un problema psicosocial, omitiendo incluso la intervención más adecuada. Si, en cambio, la heurística operase según alguna de las propuestas del presente trabajo, la comunidad psiquiátrica reconocería la existencia de dos entidades clínicas distintas: el TDAH (hiperactividad-B), que cumple criterios biológicos, y lo que podría llamarse “síndrome de hiperactividad por causas psicosociales” (hiperactividad-PS), que no los cumple. Contar con dos entidades clínicas distintas podría facilitar que (a) los niños provenientes de hogares desestructurados reciban el tratamiento adecuado y (b) se mejore el registro estadístico, visibilizando la importancia de la intervención preventiva a nivel familiar y escolar, como talleres de parentalidad positiva y capacitación a docentes para el abordaje correcto de dichos casos. Con ello, en conjunto, se evitaría la medicalización de casos en los que la hiperactividad o inatención no es producto de una patología, sino de un problema social.

Esta discusión no es exclusiva de la hiperactividad. Los trastornos de personalidad por causas biológicas, como las alteraciones permanentes de la personalidad por lesiones del lóbulo frontal (Reber y Tranel, 2019) y los efectos del lupus en el cerebro (Mani, Barron y Christodoulou, 2018; Uguz, Akman, Kucuksarac y Tufekci, 2013), son de etiología muy distinta a la de las personalidades llamadas “complejas” o “patológicas” que pueden resultar de estilos de apego donde predomina la disfuncionalidad relacional entre padres e hijos (Rosenstein y Horowitz, 1996; Ruth, 2008), las cuales corresponden más bien al espectro de los síndromes psicológicos por causas psicológicas y sociales. Considero que este análisis es aplicable también a los casos de síntomas depresivos, ansiosos y obsesivo-compulsivos, entre otros, pero esta tarea no es abarcable en la extensión de este artículo.

Un último punto a destacar es que, aunque hay situaciones en que una conducta socialmente inadecuada o asociada con sufrimiento subjetivo no

9 Probablemente las críticas a la legitimidad del TDAH se puedan atribuir exclusivamente a casos como la hiperactividad-PS, donde no hay un fundamento biológico para considerar a la hiperactividad como un trastorno mental.

se puede considerar una enfermedad, ello no implica necesariamente que el tratamiento médico por dicha condición no sea legítimo, puesto que múltiples códigos de bioética incluyen entre los deberes de los médicos no solo el tratamiento de enfermedades, sino también velar por el bienestar de los pacientes (Veatch y Guidry-Grimes, 2020). Ejemplos de ello en otras áreas biomédicas son las terapias cosméticas y estéticas y los tratamientos para generar infertilidad. Esto permitiría que el tratamiento farmacológico de los síndromes psicológicos, siempre que sea con fines paliativos o para disminuir el malestar, sea tanto un derecho de los pacientes como un deber de los médicos. Sin embargo, aunque este tema es de suma relevancia para la psiquiatría, esta es una discusión ética que se escapa a los propósitos de este trabajo. Es relevante, no obstante, que el no considerar algunos síndromes como trastornos mentales no implica necesariamente deslegitimar su tratamiento farmacológico con fines paliativos, sino comprender que el tratamiento farmacológico en dichos casos no cumpliría un rol curativo, debiéndose favorecer intervenciones de carácter psicológico o social.

Conclusión

En este trabajo, he expuesto cómo opera la heurística en psiquiatría para decidir si una condición es un trastorno mental. El análisis lógico de esta heurística muestra cómo permite clasificar como trastorno mental cualquier conducta considerada socialmente inapropiada, sin importar si esta es consecuencia de una enfermedad o si corresponde a otro tipo de fenómeno psicosocial. Por estas razones, propuse que el curso de acción más prudente sería hacer necesario el criterio biológico en la heurística empleada para determinar si una condición es un trastorno mental, lo cual tendría como consecuencia que algunas condiciones actualmente consideradas como trastornos mentales dejen de catalogarse como tal, siendo así necesario reconceptualizar estas condiciones bajo un nuevo término.

Sin embargo, he defendido la postura de que, dado el carácter pluralista del concepto de salud, realizar una diferenciación conceptual entre trastorno mental y síndrome psicológico no implicaría que estos últimos dejen de ser objeto de estudio y tratamiento. Al contrario, he argumentado cómo la correcta distinción entre ambos permitiría optimizar los esfuerzos terapéuticos de estas condiciones tanto a nivel individual como global. Además, este trabajo pone de manifiesto que se requiere de investigación

y reflexión filosófica y teórica sobre (a) cuáles son los criterios biológicos necesarios y suficientes para que un fenómeno biológico se considere una enfermedad y (b) cuáles son los principios y normas éticas que justifican el tratamiento farmacológico del sufrimiento subjetivo no causado por patologías mentales.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3ª ed.). Autoedición.
- Abouelleil-Rashed, M. y Bingham, R. (2014). Can psychiatry distinguish social deviance from mental disorder? *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 21(3), 243–255. <https://doi.org/10.1353/ppp.2014.0043>
- Aguirre, A. (2022). Psiquiatría del niño y adolescente. En R. Florenzano, K. Weil y P. Retamal (Eds.), *Psiquiatría*. (3ª ed.). Editorial Mediterráneo.
- Becerra, D. (2022). Reconceptualizar los trastornos de personalidad. *Culturas Científicas*, 3(2), 36-65. <https://doi.org/10.35588/cc.v3i2.5831>
- Beer, M. D. (1996). The endogenous psychoses: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 7(25), 001-029. <https://doi.org/10.1177/0957154x9600702501>
- Berrios, G. E. (1996). *The History of Mental Symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542–573. <https://doi.org/10.1086/288768>
- Boorse, C. (1982). On the Distinction between Disease and Illness. En M. Cohen (Ed.), *Medicine and Moral Philosophy: A “Philosophy and Public Affairs” Reader* (pp. 3-22). Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400853564.3>
- Canguilhem, G. (1991). *The Normal and the Pathological* (C. R. Fawcett, Trad.). Zone Books. (Trabajo original publicado en 1966)
- Charland, L. (2013). Why psychiatry should fear medicalization. En K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini y T. Thornton (Eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 159-175). Oxford University Press.

- Cohen, E. F. y Morley, C. P. (2009). Children, ADHD, and citizenship. *Journal of Medicine and Philosophy*, 34(2), 155-180. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhp013>
- Cooper, R. (2004). What is Wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15(1), 5-25. <https://doi.org/10.1177/0957154x04039343>
- Cooper, R. (2020). The concept of disorder revisited: robustly Value-Laden despite change. *Proceedings of the Aristotelian Society Supplementary Volume*, 94(1), 141-161. <https://doi.org/10.1093/arisup/akaa010>
- Cooper, R. (2022). Health and disease. En J. A. Marcum (Ed.), *The Bloomsbury Companion to Contemporary Philosophy of Medicine* (pp. 275-296). Bloomsbury Academic.
- Cusimano, S. y Sterner, B. (2019). The objectivity of organizational functions. *Acta Biotheoretica*, 68(2), 253-269. <https://doi.org/10.1007/s10441-019-09365-9>
- Forcades, T. (2012). La medicalización de los problemas sociales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38, 803-809. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662012000500013>
- Foucault, M. (2016). *Enfermedad mental y psicología* (A. Bixio, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1954)
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Éditions Gallimard.
- Foulkes, L. (2022). *Losing our minds: The Challenge of Defining Mental Illness*. St. Martin's Press.
- Garson, J. (2017). Against organizational functions. *Philosophy of Science*, 84(5), 1093-1103. <https://doi.org/10.1086/694009>
- Godfrey-Smith, P. (2021). *Theory and Reality*. (2ª ed.). University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226771137.001.0001>
- Gold, P. W. y Chrousos, G. P. (2013). Melancholic and atypical subtypes of depression represent distinct pathophysiological entities: CRH, neural circuits, and the diathesis for anxiety and depression. *Molecular Psychiatry*, 18(6), 632-634. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.5>
- Graham, G. (2013a). Ordering disorder: mental disorder, brain disorder and therapeutic intervention. En K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini y T. Thornton (Eds.), *The Oxford*

- Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 159-175). Oxford University Press.
- Graham, G. (2013b). *The disordered mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness*. (2ª ed.). Routledge.
- International Health Conference (2002). Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983-984.
- Kingma, E. (2013). Naturalist Accounts of Mental Disorder. En K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 363-384). Oxford University Press.
- Luque, R. y Villagrán, J. M. (2000). Concepto de salud y enfermedad en psicopatología. En R. Luque y J. M. Villagrán (Eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (pp. 19-38). Trotta.
- Lee, H., Chao, H., Huang, W., Chen, S. C. y Yang, H. (2020). Psychiatric disorders risk in patients with iron deficiency anemia and association with iron supplementation medications: a nationwide database analysis. *BMC Psychiatry (Online)*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02621-0>
- Mancini, F., Mancini, A. y Castelfranchi, C. (2022). Unhealthy mind in a healthy body: A criticism to eliminativism in psychopathology. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.889698>
- Mani, A., Rostami, A., Aflaki, E. y Ravanfar, P. (2018). Temperament and character in patients with systemic lupus erythematosus. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.007>
- Marková, I. y Berrios, G. E. (2012). Epistemology of psychiatry. *Psychopathology*, 45(4), 220-227. <https://doi.org/10.1159/000331599>
- Marques, C. (2022). Some issues concerning the concept of mental illness. *Studies in Environmental and Animal Sciences*, 3(1), 186-194. <https://doi.org/10.54018/ssrv3n1-011>
- Muckler, D. y Taylor, J. S. (2020). The Irrelevance of Harm for a Theory of Disease. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 45(3), 332-349. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa007>
- Pérez, C. (2012). *Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. LOM Ediciones.

- Pinel, P. (1804). *Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma, ó manía* (L. Guarnerio y Allavena, Trad.). Imprenta Real. (Trabajo original publicado en 1801) <https://wellcomecollection.org/works/bfmqbgxg/items?canvas=5>
- Popper, K. (1983). *Conjeturas y refutaciones: El desarrollo del conocimiento científico* (N. Miguez, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1963).
- Reber, J. y Tranel, D. (2019). Frontal lobe syndromes. En *Handbook of Clinical Neurology* (pp. 147–164). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-804281-6.00008-2>
- Roberts, A. N. (2023). The biopsychosocial model: Its use and abuse. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 26(3), 367-384. <https://doi.org/10.1007/s11019-023-10150-2>
- Ropper, A. H., Samuels, M. A., Klein, J. P. y Prasad, S. (2023). *Adams and Victor's Principles of Neurology*. (12ª ed.). McGraw-Hill.
- Rosenstein, D. S. y Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244-253. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.2.244>
- Ruth, K. L. (2008). La interfaz entre el apego y la intersubjetividad: perspectiva desde el estudio longitudinal de apego desorganizado. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista De Psicoanálisis*, 29, 1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2741464>
- Saborido, C. y Moreno, A. (2015). Biological pathology from an organizational perspective. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36(1), 83-95. <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9318-8>
- Saborido, C., Moreno, A., González-Moreno, M. y Clemente, J. C. H. (2016). Organizational malfunctions and the notions of health and disease. En É. Giroux (Ed.), *Naturalism in the Philosophy of Health* (pp. 101-120). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29091-1_7
- Schramme, T. (2007). The Significance of the Concept of Disease for Justice in Health Care. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 28(2), 121-135. <https://doi.org/10.1007/s11017-007-9031-3>
- Uguz, F., Kucuk, A., Cicek, E., Kayhan, F. y Tunc, R. (2013). Mood, anxiety and personality disorders in patients with systemic lupus erythematosus.

- Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 341-345. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.003>
- Veatch, R. y Guidry-Grimes, L. (2020). *The Basics of Bioethics* (4ª ed.). Routledge.
- Vega-Arce, M. y Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
- Wakefield, J. C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99(2), 232-247. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.99.2.232>

Efecto de la Biblioterapia en el Desarrollo de Hábitos Saludables en Niños de Sexto Grado en Honduras y El Salvador

Effect of Bibliotherapy on the Development of Healthy Habits in Sixth Grade Children in Honduras and El Salvador

Recepción: 18 de agosto de 2024 / Aceptación: 14 de octubre de 2024

Fabrizio Antonio Larach Handal¹
Pedronel González Rodríguez²
Karla Funez³

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.888>
Licencia CC BY 4.0.

Nota de Autores

Reconocimientos:

A la Asociación Hondureña de Intervención en Crisis y Salud Mental quien gestionó la donación de Farmacia Simán.

A los directores, subdirectores y maestros de sexto grado del Centro de Educación Básica (C.E.B) José Trinidad Cabañas de San Pedro Sula en Honduras y el Centro Escolar Juana López de San Salvador en El Salvador.

1 Licenciado en Finanzas. Centro de Investigación de Universidad Evangélica de El Salvador. Autor para correspondencia: 2da avenida, entre 3 y 4 calle Bo. El Centro S.O. 21102, San Pedro Sula, Cortés, Honduras. Correo electrónico: falarach@icloud.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7337-1174>

2 Doctor en Psicología Clínica y Salud Mental. Universidad Jesús de Nazareth Honduras. Correo electrónico: ppedronel@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7578-4039>

3 Licenciada en Psicología. Universidad Evangélica de El Salvador. Correo electrónico: karla.funes@uees.edu.sv.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4005-1042>

Al Dr. Juan Jacobo Paredes Heller, director de UNAH Valle de Sula en Honduras por su asesoría metodológica.

Fuentes de financiación:

La Universidad Evangélica del Salvador financió el 100% del proyecto para El Salvador y el 85% para Honduras.

Farmacias Siman financió un 15% del proyecto para Honduras. No existe ningún conflicto de intereses declarado.

Resumen

Este estudio se realizó con estudiantes de sexto grado de dos escuelas públicas de Honduras y El Salvador, respectivamente, con el objetivo de describir y comparar el efecto de la biblioterapia en el desarrollo de hábitos adquiridos según el protocolo de González Rodríguez (2022). El enfoque del presente estudio es cuantitativo, de tipo cuasiexperimental y correlacional. El análisis estadístico no reveló diferencias significativas entre los grupos de control y experimentales para Honduras y El Salvador. Se observaron diferencias significativas al comparar el antes y el después del grupo experimental en ambos países mediante la prueba “t”, con valores $p=0.00$ y $p=0.03$ para Honduras y El Salvador, respectivamente. En conclusión, la biblioterapia resultó efectiva en los niños, quienes lograron desarrollar diversas categorías de hábitos, tales como puntualidad, comer frutas y verduras, practicar deportes, mantener la limpieza y el orden, cooperación, cortesía, obediencia y responsabilidad, según lo reportado por autoobservación y por observaciones de profesores y padres. Se recomienda que futuras investigaciones incluyan un seguimiento a largo plazo para verificar la persistencia de estos hábitos y evaluar si las mejoras observadas se mantienen a lo largo del tiempo.

Palabras clave: hábitos saludables; protocolo; biblioterapia; Honduras; El Salvador

Abstract

This study was conducted with sixth-grade students from two public schools in Honduras and El Salvador, respectively, to describe and compare the effect of bibliotherapy on the development of habits acquired according to the González Rodríguez (2022) protocol. The approach of the present study is quantitative, quasi-experimental, and correlational. The statistical analysis did not reveal significant differences between the control and experimental groups for both Honduras and El Salvador. Significant differences were observed when comparing the pre and post measurements of the experimental group in both countries using the “t” test, with p-values of 0.00 and 0.03 for Honduras and El Salvador, respectively. In conclusion, bibliotherapy was effective in the children, as they developed several categories of habits, such as punctuality, eating fruits and vegetables, practicing sports, maintaining cleanliness and order, cooperation, courtesy, obedience, and responsibility, according to self-observations and reports from teachers and parents. It is recommended that future research include long-term follow-up to verify the persistence of these habits and assess whether the observed improvements are maintained over time.

Keywords: healthy habits; protocol; bibliotherapy; Honduras; El Salvador

Introducción

El desarrollo histórico de la biblioterapia se remonta a los años 1815 y 1853 en Estados Unidos, donde médicos estadounidenses recomendaban a sus pacientes la lectura de libros seleccionados de acuerdo con sus necesidades particulares. En 1904, la biblioterapia fue reconocida como una rama de la bibliotecología, cobrando auge con la llegada de la Primera Guerra Mundial. El término “biblioterapia” fue utilizado por primera vez en 1916 por S.M. Crothers, refiriéndose al uso de libros para ayudar a los pacientes a entender sus problemas (Flores y Rioseco, 2020).

La biblioterapia, según González Rodríguez (2022), es mucho más que leer un libro; es una técnica diseñada para identificar pensamientos y sentimientos, así como para generar planes de acción. Este autor plantea que la técnica se lleva a cabo de la siguiente manera: 1) Se asigna un libro de acuerdo con el motivo de consulta y se sugiere leer un capítulo diario; 2) Tras leer el capítulo, el paciente debe responder por escrito en un cuaderno las preguntas: ¿qué pienso?, ¿qué siento?, ¿qué haré?, ¿cómo lo haré?, ¿cuándo lo haré? y agregar frases de impacto. Estudios recientes han resaltado y confirmado la eficacia de esta técnica, entre los cuales destacan publicaciones de los últimos dos años.

En su artículo “Biblioterapia. Recomendaciones Terapéuticas de Libro en la Autoterapia Ampliada”, Losada y Román (2021) entrevistaron a 81 psicólogos de ocho países de América Latina, Europa y África, concluyendo que el 90.12% de los entrevistados utilizan la biblioterapia para continuar aspectos trabajados durante la sesión a modo de autoterapia ampliada.

De igual modo, Rioseco y Flores (2021), en su publicación “Biblioterapia: Uso y Caracterización en Contexto Pediátrico Hospitalario en Santiago de Chile”, destacan que: “se pudo determinar que no hay una utilización formal de la biblioterapia como recurso terapéutico dentro de los hospitales investigados, sino más bien, una utilización de la lectura y los libros con fines mayoritariamente recreativos”. Los autores resaltan que: 1) el uso de la biblioterapia en los hospitales chilenos estudiados se caracteriza por la falta de formalización en su implementación; 2) los médicos, psicólogos y psiquiatras de estos hospitales ven la biblioterapia como algo recreativo, sin considerarla una terapia complementaria; 3) si se utilizara adecuadamente, la biblioterapia podría convertirse en un tratamiento coadyuvante en salud mental; y 4) la biblioterapia consta de tres etapas: identificación, catarsis e insight. Además, indican que no existe una evaluación que retroalimente el desempeño, ni un seguimiento efectivo de los niños para apreciar los posibles cambios.

En su obra “Biblioterapia BIK”, Ludmir et al. (2022) buscan transmitir lecciones de bondad mediante la combinación de psicología, mindfulness y literatura. Sostienen que: 1) La biblioterapia puede utilizarse para abordar las necesidades específicas de salud mental de niños y adolescentes; 2) La autoestima puede fortalecerse mediante un programa de biblioterapia; 3) En el ámbito escolar y la comunidad educativa, la biblioterapia es eficaz para resolver problemas de salud mental; 4) La biblioterapia puede ser útil en el tratamiento de la depresión en adolescentes y adultos; 5) Contribuye a incrementar la sensibilidad hacia grupos minoritarios; y 6) Ayuda a enfrentar el estrés y problemas personales.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo del estudio es comparar y describir el efecto de la biblioterapia en el desarrollo de hábitos saludables en estudiantes de sexto grado de dos escuelas públicas de Honduras y El Salvador, utilizando el protocolo de González Rodríguez (2022). Para ello, se realizó un cuasiexperimento en el cual los hábitos fueron agrupados en las siguientes categorías: responsabilidad, obediencia, cortesía, cooperación, orden, limpieza, deporte, consumo de frutas y verduras, y puntualidad.

Metodología

La presente investigación sigue un enfoque cuantitativo de tipo cuasiexperimental. Agudelo et al. (2008) señalan que este tipo de estudios analiza las relaciones causa-efecto sin un control estricto de todos los factores que pueden influir en el experimento, lo cual es adecuado en contextos naturales donde un control experimental riguroso no es viable. El diseño de la investigación se llevó a cabo en Honduras y El Salvador, dividiendo al sexto grado de cada país en dos grupos: uno de control y uno experimental. En Honduras, el grupo control estuvo compuesto por 11 niños y 10 niñas, mientras que el grupo experimental incluyó a 5 niños y 8 niñas. En El Salvador, el grupo control estuvo conformado por 7 niños y 15 niñas, y el grupo experimental por 6 niños y 11 niñas. La edad promedio de los participantes fue de 11 años en Honduras y 12 años en El Salvador.

El grupo control leyó únicamente el libro “Hábitos Atómicos” de James Clear, mientras que el grupo experimental leyó el mismo libro y aplicó la técnica de biblioterapia conforme al protocolo de González Rodríguez (2022). Ambos grupos respondieron el “cuestionario de hábitos” en dos momentos: antes y después del cuasiexperimento. En la etapa previa, se esperaba que ambos grupos tuvieran similitudes en sus hábitos, mientras que, después de la implementación del programa, se anticipaba que el grupo experimental presentara un cambio significativo en el desarrollo de estos.

Con el propósito de complementar las respuestas de los estudiantes en el “cuestionario de hábitos”, se diseñaron dos instrumentos adicionales, con las mismas preguntas y opciones de respuesta (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = con frecuencia, 3 = siempre), dirigidos a los padres y al docente. En el cuestionario para el docente se agregó la opción de respuesta “ignoro”. Se solicitó a los padres y al docente que completaran el cuestionario en función de sus observaciones sobre el niño antes y después del programa de biblioterapia.

Para implementar el cuasiexperimento, los investigadores acudieron durante cuatro semanas, de lunes a viernes, a las escuelas seleccionadas en Honduras y El Salvador, reuniéndose con los estudiantes durante una hora diaria. En Honduras, la investigación se realizó en el C.E.B. José Trinidad Cabañas, y en El Salvador, en el Centro Escolar Juana López. Dado el enfoque cuasiexperimental de la investigación, como señala Agudelo et al. (2008), no se puede garantizar la pureza de los grupos; por lo tanto, los

grupos se consideran pares homólogos dentro del mismo contexto escolar. Un investigador supervisó al grupo control, asegurándose de que los niños leyeran un capítulo diario de “Hábitos Atómicos” sin aplicar ninguna técnica adicional. Otro investigador trabajó con el grupo experimental, aplicando la técnica de biblioterapia según el protocolo de González Rodríguez (2022), que consta de los siguientes pasos:

1. Leer diariamente un capítulo de “Hábitos Atómicos” (el libro contiene 20 capítulos).
2. Responder el formato de reflexión con las preguntas:
 - o ¿Qué pienso del capítulo leído?
 - o ¿Qué sentimientos experimenté después de leer el capítulo (miedo, alegría, tristeza, enojo...)?
 - o ¿Qué haré para desarrollar mis hábitos? ¿Cómo lo haré? ¿Cuándo lo haré?
 - o ¿Qué frase me llamó la atención de lo leído?

El “cuestionario de hábitos” consta de cincuenta preguntas politómicas sobre hábitos, con opciones de respuesta: “0 = nunca”, “1 = a veces”, “2 = con frecuencia” y “3 = siempre”. Las preguntas se organizaron en categorías de hábitos: puntualidad, salud, deportes, limpieza, orden, cooperación, cortesía, obediencia y sentido de responsabilidad. Para validar el cuestionario, se usó el método de agregados individuales, enviándose el formato a siete expertos en psicología. Las respuestas promedio a cada una de las preguntas superaron 4, lo que permitió considerar el instrumento como válido (Dirección de Investigación, Universidad Adventista de Chile, 2017).

La confiabilidad se aseguró mediante una prueba piloto en la que el cuestionario fue respondido por 25 estudiantes de 11 a 13 años de la escuela José Trinidad Cabañas en San Pedro Sula, Honduras. Los análisis de confiabilidad realizados con el software SPSS25 arrojaron un Alfa de Cronbach de 0.862, lo que indica un alto nivel de consistencia interna en la escala utilizada.

Tabla 1
Estadística de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.862	25

El proceso de recolección de datos se dividió en dos fases: pre y post experimento. En cada fase, los estudiantes, padres y docente respondieron el cuestionario, el cual se devolvió a los investigadores. En el análisis descriptivo se consideraron tanto los datos sociodemográficos como las categorías de hábitos evaluadas. Se calcularon las medianas de las respuestas de los alumnos, padres y docente para cada estudiante, agrupando estas medianas en un indicador compuesto que destacó las diferencias perceptuales entre los grupos control y experimental antes y después de la intervención.

Para el análisis estadístico, se empleó una prueba t, que permite evaluar si existen diferencias significativas entre las medias de dos grupos. Hernández et al. (2014) explican que en la prueba t, la hipótesis de investigación establece que los grupos difieren significativamente, mientras que la hipótesis nula indica que no existe una diferencia significativa. Para verificar los datos pre y post cuasiexperimento en el grupo experimental, se usó una prueba t pareada para determinar si la media entre las mediciones es igual a cero. Se empleó la prueba t para varianzas desiguales al comparar los resultados entre los grupos control y experimental. Se adoptó un nivel de significancia de 0.05, recomendado en las ciencias sociales.

Para realizar este estudio, se obtuvo el consentimiento informado de la docente y de los padres, además del asentimiento de los menores. Adicionalmente, el Comité de Ética para la Investigación en Salud de la Universidad Evangélica de El Salvador aprobó mayoritariamente esta investigación.

Resultados

En la categoría de hábitos de puntualidad (preguntas 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 y 33), antes de la intervención, la media de respuesta en Honduras fue de 1.69 para el grupo control y de 1.82 para el grupo experimental, mientras que, en El Salvador, la media fue de 2.24 en el grupo control y de 2.34 en el experimental. En la fase posterior al cuasiexperimento, en Honduras, se obtuvo una media de 2.12 en el grupo control y de 2.33 en el experimental, mientras que en El Salvador, el grupo control obtuvo 1.98 y el experimental 2.24.

Para la categoría de hábitos alimenticios (preguntas 4 y 5), antes del cuasiexperimento, el grupo control en Honduras obtuvo una media de 1.5 y el experimental de 1.37. En El Salvador, la media fue de 1.67 para el grupo control y de 1.94 para el experimental. Después de la intervención, la media fue de 1.65 para el grupo control y de 2.12 para el experimental en Honduras, y de 1.97 para el grupo control y 2.56 para el experimental en El Salvador.

En la categoría de hábitos deportivos (preguntas 11, 12, 13, 14 y 15), antes de la intervención, la media en Honduras fue de 1.03 para el grupo control y de 1.52 para el experimental, mientras que en El Salvador fue de 2.07 para el grupo control y de 1.90 para el experimental. Posteriormente, en Honduras, se observó una media de 1.39 para el grupo control y de 1.98 para el experimental; en El Salvador, el grupo control alcanzó una media de 1.57 y el experimental 1.59.

Para los hábitos de limpieza (preguntas 16, 17, 18, 19, 20, 22), antes del cuasiexperimento, la media fue de 2.00 para el grupo control y de 2.54 para el experimental en Honduras; en El Salvador, el grupo control obtuvo una media de 2.64 y el experimental de 2.73. Después de la intervención, la media en Honduras fue de 2.60 para el grupo control y de 2.67 para el experimental; en El Salvador, el grupo control alcanzó 2.51 y el experimental 2.63.

En cuanto a los hábitos de orden (preguntas 21, 23, 24, 25 y 42), antes del cuasiexperimento, el grupo control en Honduras obtuvo una media de 1.75 y el experimental de 2.20, mientras que en El Salvador el grupo control obtuvo 2.31 y el experimental 2.54. Después de la intervención, en Honduras, el grupo control alcanzó una media de 2.20 y el experimental de

2.44; en El Salvador, el grupo control tuvo una media de 2.13 y el experimental 2.18.

En la categoría de hábitos de cooperación (preguntas 26, 27, 28, 29, 30), antes del cuasiexperimento, el grupo control en Honduras obtuvo una media de 1.55 y el experimental 1.48, mientras que en El Salvador el control obtuvo 2.26 y el experimental 2.30. Posteriormente, en Honduras, el grupo control alcanzó 1.75 y el experimental 2.09; en El Salvador, el grupo control obtuvo 2.02 y el experimental 1.71.

Para los hábitos de cortesía (preguntas 31, 32, 34 y 48), antes del cuasiexperimento, el grupo control en Honduras tuvo una media de 2.19 y el experimental de 2.64; en El Salvador, el control obtuvo 2.68 y el experimental 2.74. Después de la intervención, el grupo control en Honduras alcanzó una media de 2.72 y el experimental de 2.77; en El Salvador, el grupo control obtuvo 2.57 y el experimental 2.47.

En la categoría de hábitos de obediencia (preguntas 35, 46 y 49), antes del cuasiexperimento, el grupo control en Honduras obtuvo 1.93 y el experimental 2.66; en El Salvador, el grupo control alcanzó 2.46 y el experimental 2.54. Después del cuasiexperimento, el grupo control en Honduras obtuvo 2.47 y el experimental 2.79; en El Salvador, el grupo control alcanzó 2.30 y el experimental 2.57.

Para los hábitos de responsabilidad (preguntas 10, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 47 y 50), antes de la intervención, en Honduras, el grupo control obtuvo una media de 1.57 y el experimental de 2.00; en El Salvador, el grupo control obtuvo 2.32 y el experimental 2.42. Después del cuasiexperimento, en Honduras, el grupo control obtuvo una media de 1.89 y el experimental 2.06; en El Salvador, el grupo control alcanzó 1.94 y el experimental 1.91.

El análisis inferencial mediante una prueba t de una cola mostró un resultado de $p=0.18$ para Honduras y $p=0.28$ para El Salvador en la fase previa al cuasiexperimento. Dado que estos valores son mayores a 0.05, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de ambos países antes de la intervención.

Tabla 2*Grupos control y experimental en ambos países, etapa pre-cuasiexperimento*

ANTES: GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL	
PAÍS	P(T<=t) one-tail
HONDURAS	0.186033009
EL SALVADOR	0.284358702

Posteriormente al cuasiexperimento, la prueba t de una cola resultó en $p=0.16$ para Honduras y $p=0.34$ para El Salvador. Estos resultados, al ser mayores a 0.05, indican que no existen diferencias significativas entre los grupos control y experimental en ambos países tras la intervención.

Tabla 3*Grupos control y experimental en ambos países, etapa post-cuasiexperimento*

DESPUÉS: GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL	
PAÍS	P(T<=t) one-tail
HONDURAS	0.162078374
EL SALVADOR	0.340403456

Finalmente, se aplicó una prueba t de una cola para los grupos experimentales de ambos países, en los momentos previos y posteriores a la intervención. Los resultados fueron $p=0.002$ para Honduras y $p=0.03$ para El Salvador, lo cual, al ser menor a 0.05, sugiere que existen diferencias significativas en el grupo experimental antes y después del cuasiexperimento en ambos países.

Tabla 4

Grupo experimental antes y después del cuasiexperimento en ambos países

GRUPO EXPERIMENTAL: ANTES Y DESPUÉS	
PAÍS	P(T<=t) one-tail
HONDURAS	0.002384829
EL SALVADOR	0.031201607

Discusión

En su artículo titulado “La biblioterapia y sus contextos de uso en niños y adolescentes”, Flores y Rioseco (2020) refieren que la biblioterapia se clasifica en dos categorías: la biblioterapia clínica y la del desarrollo o creativa. La biblioterapia clínica se emplea en las siguientes situaciones: 1) como instrumento terapéutico en procesos emocionales, 2) como recurso terapéutico en procesos de salud-enfermedad y 3) aplicada a niños con graves problemas de conducta. A su vez, la biblioterapia del desarrollo o creativa se utiliza en cinco contextos: 1) con niños en edad preescolar, 2) con niños que sufren de trastornos cognitivos, 3) en el proceso educativo de niños y adolescentes, 4) con niños en situación de calle y 5) con niños en hogares temporales. En esta investigación, mediante la lectura del libro *Hábitos Atómicos* de James Clear y siguiendo el protocolo de González Rodríguez (2022), la biblioterapia contribuyó de manera significativa al desarrollo de las siguientes categorías de hábitos entre los niños que formaron parte del grupo experimental: puntualidad, alimentación saludable, deportividad, limpieza e higiene, orden, cooperación, cortesía, obediencia y responsabilidad.

El análisis estadístico realizado no mostró diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental posterior al cuasiexperimento, tanto en Honduras como en El Salvador. Sin embargo, se notaron diferencias significativas al comparar el antes y el después de los grupos experimentales en ambos países, ya que una prueba t de una cola arrojó $p=0.00$ para Honduras y $p=0.03$ para El Salvador, valores significativos para los grupos experimentales en ambos países, dado que son menores al nivel de significancia de 0.05.

La categoría de puntualidad incluyó acciones como desayunar, almorzar, cenar, acostarse y levantarse a la misma hora todos los días, dormir de 8 a 9 horas diarias entre las 6:00 p.m. y las 6:00 a.m., y comer con la familia al menos una vez al día. La media de respuestas tanto del grupo control como del grupo experimental fue de 2, indicando que la categoría de hábitos de puntualidad fue observada “con frecuencia” por padres, maestros y niños en Honduras y El Salvador. Estos resultados se relacionan de manera similar con la investigación titulada “Hábitos de estudio y rendimiento académico” de García (2019), en la cual se proponen hábitos como la puntualidad y tener rutinas, que ya son practicados de forma “frecuente” por los estudiantes del cuasiexperimento.

En la investigación titulada “Hábitos saludables en la niñez y la adolescencia en los entornos rurales. Un estudio descriptivo y comparativo” realizada por Sevilla et al. (2022), se muestra que un alto porcentaje de la población no desayunaba, siendo los adolescentes quienes más omitían dicho tiempo de comida. Esto difiere de los hallazgos de nuestro estudio, pues padres, maestros y niños de ambos países reportaron que el hábito de desayunar, almorzar y cenar a la misma hora se observó “con frecuencia” en los estudiantes.

El hábito de dormir entre 8 y 9 horas diarias, en el horario de 6:00 p.m. a 6:00 a.m., se observó de manera “frecuente” en los alumnos de ambos países. Sin embargo, Sevilla et al. (2022) informan en su estudio que los adolescentes duermen 7 horas o menos, lo que difiere de los resultados encontrados en Honduras y El Salvador.

El promedio de respuestas obtenidas en la categoría de comer frutas y verduras muestra que los resultados tanto del grupo control como del grupo experimental fue de 2, indicando que la categoría “comer frutas y verduras” es “frecuentemente” observada por padres, maestros y niños en ambos países, a excepción del grupo experimental de El Salvador, que obtuvo una media de 3, es decir, “siempre”. Los resultados obtenidos son similares a los de otras investigaciones como la de Delgado y Benavidez (2022) sobre “Hábitos de Consumo de Frutas y Verduras”. Los autores enfatizan que los sujetos de la investigación consumen frutas y verduras en cantidades suficientes, al igual que los niños de Honduras y El Salvador que participaron en este estudio, quienes lo hacen con frecuencia.

La categoría de deportes incluyó acciones como practicar un deporte, hacer ejercicios de calentamiento, practicar una hora diaria, hacer ejercicio cinco veces por semana y aprender un nuevo deporte. El análisis de las respuestas muestra que tanto el grupo control como el experimental promediaron una puntuación de 2, indicando que la categoría “ser deportista” fue observada “frecuentemente” en ambos países, excepto en el grupo control de Honduras, donde el promedio fue de 1, indicando observación “a veces”. Estos hallazgos coinciden con la investigación realizada por Barbeira et al. (2017), quienes, en su estudio “Hábitos Deportivos y de Actividad Física en Escolares de Educación Primaria en Función de Edad y Género”, señalan que los niños tienden a preferir el recreo y participar en actividades deportivas, aunque adoptan comportamientos más sedentarios con el tiempo.

La categoría de ser limpio-higiene incluye prácticas como bañarse diariamente, cepillarse los dientes antes de dormir y antes de ir a la escuela, peinarse todos los días, mantener las uñas limpias y barrer el dormitorio diariamente. El promedio de las respuestas refleja que tanto el grupo control como el experimental obtuvieron un puntaje de 3, lo cual indica que la categoría “ser limpio” fue observada “siempre” por los padres, maestros y niños en ambos países. La categoría de limpieza e higiene fue una de las áreas en las que los niños, tanto en los grupos experimental como de control, alcanzaron la mayor frecuencia observada, es decir, una puntuación de 3, lo que indica “siempre”. Estos resultados son similares a los hallazgos de Mairena et al. (2017) en su publicación *Estrategias para Fortalecer los Hábitos de Higiene Personal y Escolar en Niños y Niñas de 3 a 5 años del Preescolar Puerta Azules de la Comunidad de Miraflor en el Municipio de Esteli (Nicaragua), en el Segundo Semestre de 2017*. Las autoras concluyen que los hábitos de higiene personal y escolar tienen un impacto significativo en el desarrollo físico, motor e intelectual de los niños entre 3 y 5 años.

La categoría de orden incluyó acciones como hacer la cama, poner la ropa sucia en su lugar, ordenar el dormitorio, mantener la ropa ordenada y realizar tareas en un lugar específico. Los resultados muestran que la categoría “ser ordenado” fue observada “con frecuencia” por padres, maestros y niños tanto en Honduras como en El Salvador. Aunque esta categoría fue frecuentemente observada, mantener este hábito requiere esfuerzo y constancia, como lo indica el Equipo de Investigación DHI (2018) en su artículo “Etapas y Estrategias para la Adquisición de un Hábito”. Los autores señalan

que adquirir un nuevo hábito es un proceso arduo que requiere esfuerzo, constancia, colaboración y el seguimiento por parte de los formadores.

La categoría “ser colaborador” incluye conductas como ayudar a poner la mesa, barrer la casa, lavar los platos, sacar la basura y tender la ropa. El análisis promedio de las respuestas obtenidas revela que tanto el grupo control como el experimental obtuvieron una puntuación de 2, lo que indica que la categoría “ser colaborador” fue observada “con frecuencia” por los padres, maestros y alumnos en ambos países, independientemente del sexo. En el estudio *Familia y Tareas Domésticas* de González (2009), se concluye que, con el tiempo, los hijos varones han incrementado su participación en las tareas del hogar, lo cual coincide con los hallazgos de esta investigación. Sin embargo, muchas familias continúan educando a los hijos varones y a las hijas mujeres de manera distinta en este aspecto. El autor destaca:

La participación de los hijos es escasa y también como ayuda. Dentro de la familia, a la hora de la distribución de las tareas, el sexo es un factor de discriminación. Las hijas participan en las tareas domésticas más que los hijos y se les exige mejor realización (González, 2009, p. 51).

La categoría “ser educado” abarca acciones como saludar y despedirse al salir de casa, pedir permiso para usar la propiedad ajena, dar las gracias y permanecer en silencio mientras el profesor explica. La respuesta promedio obtenida muestra que tanto el grupo control como el experimental obtuvieron una puntuación de 3, es decir, la categoría “ser educado” fue “siempre” observada por los padres, maestros y niños en ambos países, excepto en el grupo experimental de El Salvador, que recibió una respuesta promedio de 2, o “con frecuencia”. Este hallazgo coincide con lo afirmado por Ramos y González (2017), quienes sostienen que la familia desempeña un papel fundamental en la formación de los miembros más jóvenes, preparándolos para una participación positiva en la vida social, especialmente en las normas de comportamiento, que se reflejan en el entorno escolar.

La categoría “ser obediente” incluye acciones como obedecer a los padres, seguir las instrucciones del maestro y participar en clase cuando se les solicita. Los resultados reflejan una diferencia entre el grupo control y el experimental tras el cuasiexperimento en ambos países. El grupo control tuvo un promedio de 2, que indica “con frecuencia”, mientras que el grupo experimental obtuvo un promedio de 3, que indica “siempre”, según lo

observado por los padres, maestros y niños en Honduras y El Salvador. En su artículo *Las Funciones de Poder en la Obediencia y el Cumplimiento de Niños Escolares*, Rangel et al. (2011) examinan la obediencia y el cumplimiento como fenómenos de interés en la psicología social, definiendo la obediencia como el cambio en el comportamiento en respuesta a una orden directa de otra persona. El estudio concluye que los participantes expuestos a una figura de autoridad mediante el uso de la fuerza mostraron mayor obediencia que aquellos expuestos a condiciones de poder basadas en riqueza o familiaridad con el experimentador. En esta investigación realizada en Honduras y El Salvador, la categoría “obediencia”, evaluada mediante el “cuestionario de hábitos”, incluyó dos figuras de autoridad: el maestro y los padres de los niños, observada tanto por los niños como por sus padres y el maestro.

La categoría “ser responsable” abarca una serie de acciones como despertarse con una alarma, limitar el tiempo de televisión y el uso del celular a menos de dos horas diarias, usar el celular con un propósito específico, evitar el celular una hora antes de dormir, establecer un horario para hacer las tareas escolares, preparar los materiales necesarios para las tareas, evitar distracciones al hacer tareas, permanecer en el asiento durante la clase y completar las tareas asignadas por el docente. Tanto el grupo control como el experimental obtuvieron un puntaje promedio de 2, lo cual indica que la categoría “ser responsable” fue observada “con frecuencia” por padres, maestros y niños en ambos países.

Conclusiones

El cuasiexperimento realizado y los análisis estadísticos no revelaron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental después de la intervención, tanto en Honduras como en El Salvador. Sin embargo, se observaron diferencias significativas al comparar los resultados previos y posteriores del grupo experimental en ambos países. Esto se evidenció mediante la prueba t de una cola, que arrojó un valor de $p = 0.00$ para Honduras y $p = 0.03$ para El Salvador. Estos valores son significativos para el grupo experimental en ambas ubicaciones, dado que son inferiores al nivel de significancia de 0.05.

La técnica de biblioterapia, siguiendo el protocolo de González Rodríguez (2022), demostró ser efectiva para fomentar la formación de hábitos utilizando el libro *Hábitos Atómicos* de James Clear. Se observaron diferencias significativas entre las etapas pre y post del cuasiexperimento en el grupo experimental de Honduras y El Salvador. Sin embargo, se encontró que la lectura del mismo libro, sin seguir el protocolo de González Rodríguez, también contribuyó a la formación de hábitos en los niños del grupo control en ambas fases del cuasiexperimento en ambos países.

Esta investigación respalda la utilidad de la biblioterapia y el protocolo de González Rodríguez (2022) como una herramienta eficaz para fomentar hábitos saludables en niños de contextos escolares públicos. No obstante, se recomienda que futuras investigaciones incluyan un seguimiento a largo plazo para verificar la persistencia de estos hábitos y evaluar si las mejoras observadas se mantienen a lo largo del tiempo.

Referencias bibliográficas

- Agudelo G., Aignerren, M. y Restrepo, J. (2008). Diseños de investigación experimental y no-experimental. *La Sociología en sus Escenarios* 18(5), 1-46. <https://hdl.handle.net/10495/2622>
- Barbeira, S., Navarro, R. y Rodríguez, J. (2017). Hábitos deportivos y de actividad física en escolares de educación primaria en función de la edad y el género. Orientaciones desde del área de didáctica de la educación física. *Emásf: revista digital de educación física*, 44, 94-111.
- Delgado, M. y Benavides, E. (2012). Consumo de frutas y verduras en escolares como estrategia preventiva del sobrepeso y obesidad infantiles. *Duazary*, 9(2), 151-158.
- Dirección de investigación. Universidad Adventista de Chile. (2017). *Formato para validación de expertos. Guía para validar instrumentos de investigación*. Edición digital. https://www.unach.cl/wp-content/uploads/2018/06/INSTRUMENTOS_Validacion_expertos_cuestionario-2.docx

- Equipo de Investigación DHI. (2018). *Etapas y estrategias para la adquisición de un hábito. Análisis del proceso antropológico para adquirir un hábito bueno*. Congreso de educación del carácter en Latinoamérica: retos y oportunidades. Pilar Argentina.
- Flores, C. y Rioseco, M. (2020). La biblioterapia y sus contextos de uso en niños y adolescentes. *Revista Cubana en Ciencias de la Salud*, 31(3), 3-17.
- García, Z. (2019). Hábitos de estudio y rendimiento académico. *Boletín Redipe*, 8(10), 75-88.
- González, F. (2009). Familia y tareas domésticas. *Campo abierto*, 28(1), 35-52.
- González Rodríguez, P. (2022). La técnica de la biblioterapia. *Ciencia cultura y sociedad*, 5(2), 56-69. <https://doi.org/10.5377/ccs.v5i2.10214>
- Hernández, R., Collado, F. y Baptista, C. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Losada, V. y Román, M. (2021). Biblioterapia. Recomendaciones terapéuticas de libro en la autoterapia ampliada. *Informatio: Instituto de Información. Facultad de Información y Comunicación*, 26(2), 70-86. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8191757>
- Ludmir, F., Castro, M. y Zevallos, D. (2022). *Biblioterapia BIK*. Wurzel S.A.C.
- Mairena, F., Tercero, I. y Espinoza A. (2017). *Estrategia para fortalecer los hábitos de higiene personal y escolar en niños y niñas de 3 a 5 años del preescolar Puertas Azules de la Comunidad de Miraflores en el Municipio Estelí, en el segundo semestre del año 2017*. Artículo de Discusión. FAREM, Estelí, Nicaragua.
- Ramos, Y. y González M. (2017). Un acercamiento a la función de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1). <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/258/127>
- Rangel, N., Ribes, E., Valdéz, V. y Pulido L. (2011). Las funciones del poder en la obediencia y el cumplimiento de niños escolares. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 37(2), 205-227.
- Rioseco, M. y Flores, C. (2021). Biblioterapia: uso y caracterización en contexto pediátrico hospitalario en Santiago de Chile. *Revista general de información y documentación*, 31(2), 645-663. <https://doi.org/10.5209/rgid.79462>

Sevilla, Y., Valles, M., Navarro, M., Fernández, R. y Solano N. (2022). Hábitos saludables en la niñez y la adolescencia en los entornos rurales. Un estudio descriptivo y comparativo. *Nutrición Hospitalaria*, 38(6), 1217-1223. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03484>

¿Conciencia o Consciencia? Un propuesta (mínima) de distinciones necesarias basada en la diversidad de los Correlatos Neurobiológicos de la Conciencia (NCC)¹

Awareness or Conscienceness? A (Minimal) Proposal of Essential Distinctions Based on the Diversity of Neural Correlates of Consciousness (NCC)

Recepción: 24 de julio de 2024 / Aceptación: 14 de octubre de 2024

Braulio Bruna González²

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.878>
Licencia CC BY 4.0.

Resumen

Actualmente, la conciencia sigue siendo un concepto ambiguo que carece de una definición específica y precisa (Zhao et al., 2019). Por ello, resulta indispensable, al menos, operacionalizar a qué se hace referencia con el constructo, dado que existen estructuras dimensionalmente distintas a las que se alude de forma indiscriminada y, en muchas ocasiones, utilizando términos como “conciencia” y “consciencia” como sinónimos. Este ensayo surge de la discusión sobre los dominios de la conciencia e intenta esbozar una propuesta de distinciones necesarias en relación con la diversidad de la conciencia, basada en la teoría de redes. Se concluye que los procesos específicos de conciencia y consciencia –como dominios fenoménicos distintos– requieren metodologías de exploración específicas para fundamentar respuestas sobre el “cómo” de los correlatos neurales de la conciencia.

Palabras clave: conciencia; consciencia; diversidad; redes;
correlatos neurales de la conciencia

¹ Este trabajo contó con financiamiento parcial de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID-Chile): Beca Nacional de Doctorado 2022 N.º 21220204

² Doctor (c) en Psicología, Neurociencia y Cognición, Magister en Psicología Clínica, Magister en Pedagogía en Educación Superior. Doctorado en Psicología, Centro de Investigación en Ciencias Cognitivas (CICC), Facultad de Psicología, Universidad de Talca, Chile. Autor para correspondencia: Código postal: 3460000.

Correo electrónico: braulio.bruna@utalca.cl

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1874-3369>

Abstract

Currently, consciousness remains an ambiguous concept that lacks a specific and precise definition (Zhao et al., 2019). Therefore, it is essential, at the very least, to operationalize the construct's intended reference, given that there are dimensionally distinct structures that are often indiscriminately referenced, frequently using terms such as "awareness" and "consciousness" interchangeably. This essay emerges from discussions on the domains of consciousness and attempts to outline a proposal for essential distinctions regarding the diversity of consciousness, based on network theory. It concludes that specific processes of awareness and consciousness—as distinct phenomenological domains—require specific exploratory methodologies to support answers about the "how" of the neural correlates of consciousness.

Keywords: awareness; consciousness; diversity; networks; neural correlates of consciousness

*Llegamos demasiado tarde para los dioses
y muy tempranamente para el ser.*

M. Heidegger (1969)

William James y Edmund Husserl señalaron hace tiempo que carece de sentido estudiar el cerebro o el conocimiento sin abordar el problema de la con(s)ciencia. Al parecer, la conciencia ha sido siempre un problema fundamental, en tanto busca una respuesta sobre un nivel basal y primario desde el cual se establecen niveles más globales del ser humano.

Es suficiente revisar algunos textos sobre conciencia, consciencia o conciencia consciente para detectar la ambigüedad del término. Desde definiciones generales, como las de la Real Academia Española, la falta de diferenciación en el término complejiza y hace excesivamente amplio el dominio al que aluden los términos recién mencionados:

CONCIENCIA: Del lat. *conscientia*.

1. f. Conocimiento del bien y del mal que permite a la persona enjuiciar moralmente la realidad y los actos, especialmente los propios.
2. f. Sentido moral o ético propios de una persona. Son gentes sin conciencia.
3. f. Conocimiento espontáneo y más o menos vago de una realidad. No tenía conciencia de haber ofendido a nadie.

4. f. Conocimiento claro y reflexivo de la realidad. Aquí hay poca conciencia ecológica.

5. f. Consciencia (|| capacidad de reconocer la realidad circundante). Por fin recobró la consciencia.

6. f. Fil. Actividad mental del propio sujeto que permite sentirse presente en el mundo y en la realidad.

CONSCIENCIA: *Del lat. conscientia.*

1. f. Capacidad del ser humano de reconocer la realidad circundante y de relacionarse con ella. El coma consiste en la pérdida total de la consciencia.

2. f. Conocimiento inmediato o espontáneo que el sujeto tiene de sí mismo, de sus actos y reflexiones. Perdió la consciencia de lo que le estaba pasando.

3. f. Conocimiento reflexivo de las cosas. Actuó con plena consciencia de lo que hacía.

4. f. Psicol. Acto psíquico por el que un sujeto se percibe a sí mismo en el mundo.

La única distinción clara –solo por la ausencia de definición en uno de los términos– es que “conciencia” hace alusión a una dimensión ético-moral. Sin embargo, desde una perspectiva cognitiva, la moral y la ética requieren una multiplicidad de procesos de distintos dominios, desde lo cognitivo/biológico (percepción, atención, memoria, funciones ejecutivas, teoría de la mente [ToM]) hasta factores sociales, políticos, económicos y culturales. Desde esta perspectiva, la actividad ética y moral no es solo “conciencia”, por lo que no sería adecuado utilizar este constructo para su definición.

Se ha propuesto una distinción para abordar las dificultades relacionadas con la organización de las dimensiones del problema: el problema “fácil/blando” y el “difícil/duro”. La pregunta del “por qué” generalmente se refiere al “problema duro” de la conciencia, que sostiene que la ciencia empírica nunca podrá ofrecer una respuesta satisfactoria a la pregunta de por qué existe experiencia consciente. Por otro lado, la pregunta del

“cómo” se refiere al esfuerzo empírico por revelar los correlatos neuronales y mecanismos que forman la conciencia. Así, los problemas “fáciles” de la conciencia son aquellos que parecen susceptibles a los métodos estándar de la ciencia cognitiva, mediante los cuales un fenómeno se explica en términos de mecanismos computacionales o neuronales (Havlik et al., 2017).

El problema de la definición de conciencia ha consistido en gran medida en que este concepto ha estado primariamente en manos de la filosofía, y los acercamientos de la ciencia –especialmente la ciencia cognitiva– son relativamente “jóvenes” en la historia del conocimiento (Varela y Shear, 2005; Varela, 2000).

Los estados de conciencia no son estados de una sustancia inmaterial misteriosa; de alguna manera están anclados en estados cerebrales detectables y medibles. La investigación actual sobre los correlatos neuronales de la conciencia (NCC) considera al cerebro biológico como este sustrato, pero en gran medida no aclara la naturaleza de la conexión entre cerebro y conciencia (Polák y Marvan, 2018).

Comprender cómo se realiza la conciencia mediante mecanismos neuronales, o cómo nos hacemos conscientes, se ha convertido en la pregunta central de la ciencia empírica de la conciencia, cuyo objetivo principal es identificar los correlatos de la conciencia (Chalmers, 2000; Metzinger, 2000; Prinz, 2012).

La historia de la ciencia empírica de la conciencia está llena de mecanismos propuestos. Algunos de estos son: la sincronía de las oscilaciones gamma en la corteza cerebral como clave para la experiencia vinculante y consciente (Crick y Koch, 1990); los bucles reentrantes talamocorticales como mecanismos de la conciencia (Edelman, 2005); la actividad de los núcleos intralaminares de cada tálamo (Bogen, 1995); la sincronización de la actividad talamocortical por debajo de los 40 Hz (Llinas et al., 1994); el modelo de espacio de trabajo neuronal global, que afirma que la conciencia es el resultado de la actividad de la corteza sensorial primaria y las áreas frontal y parietal (Dehaene y Naccache, 2001); y la teoría de la conciencia AIR, que sugiere que la conciencia emerge cuando la información está disponible para la memoria de trabajo mediante la atención, asociada con la sincronía gamma (Prinz, 2005).

La suposición clave y compartida de todas las teorías sobre el NCC es que la conciencia es un único tipo de fenómeno que puede identificarse con un umbral de activación singular, en contraste con los múltiples tipos de acceso cognitivo, perceptual y emocional distribuidos en distintas áreas del cerebro. Se asume que la conciencia tiene una firma neuronal única, distinta de las diversas redes de atención y correlaciones neuronales (dependientes sensoriales, basadas en objetos, espaciales, voluntarias, involuntarias, etc.) (Montemayor y Haladjian, 2015). Sin embargo, la dinámica entre el NCC-cognición-emoción sugiere que varias formas de conciencia pueden desempeñar diferentes roles, con umbrales potencialmente distintos de activación, niveles de excitación y valencias (Montemayor, 2021).

El argumento en favor de la “diversidad” de la conciencia/consciencia se basa en que, al depender de la atención para su contenido informativo —la cualidad referencial intrínseca de la conciencia: ser consciente implica ser consciente de algo— y siendo la atención un proceso supramodal con diversas funciones, estructuras de prominencia o relevancia y contenidos informativos entre modalidades, esta variedad en tipos de atención debería implicar cierta diversidad en los tipos de conciencia fenomenal (Montemayor, 2021).

Un enfoque popular en la investigación de los NCC es interpretar las correlaciones de la conciencia cerebral en términos causales, es decir, considerar que los correlatos neuronales de la conciencia son las causas de los estados de conciencia. La siguiente propuesta se alinea con la convicción de que esta estrategia causal es errónea, ya que implica implícitamente un dualismo indeseable entre materia y mente, lo cual debe evitarse.

La necesaria distinción entre tipos de conciencia establece la obligación de contar con marcos explicativos que orienten el estudio diferencial de los dominios de los NCC. Esta propuesta plantea una distinción entre conCiencia y conSCiencia, sugiriendo una clasificación jerárquica tentativa de los dominios fisiológicos, fenoménicos y de consciencia.

Existe cierto consenso en que los tipos fenomenales deben describirse únicamente por sus características fenoménicas (Chalmers, 1996; Polák y Marvan, 2018). Por lo tanto, la tipificación de tipos fenomenales debería suscribirse a las dimensiones “componentes” de la conciencia, que son claramente distintos. Por ejemplo, considera las diferencias entre las sensaciones visuales y auditivas, entre estas y la experiencia de alegría y motivación, y entre todas ellas y la consciencia de la crisis ambiental y sociopolítica y la

complejidad de la consciencia. Los criterios para distinguir los tipos fenomenales son subjetivos, ya que estos estados mentales no están disponibles públicamente. No obstante, los juicios subjetivos son inevitablemente los datos fundamentales de la práctica científica (Jack y Shallice, 2001; Jack y Roepstorff, 2003; Price y Aydede, 2005; Overgaard, 2006; Block, 2008). Esta noción de tipo fundamenta la propuesta de distinguir entre los dominios fisiológicos fundamentales, los procesos de conciencia y los de consciencia.

Desde esta perspectiva, los “cómo” de la conciencia están profundamente co-implicados con los procesos que conforman el estado de conciencia: emoción, percepción, atención, memoria, funciones ejecutivas, pensamiento y lenguaje, los cuales son de un tipo distinto a la capacidad autorreflexiva de ser consciente, que necesariamente se refiere a los contenidos de la conciencia, pero que requiere una dimensión metacognitiva para ejecutarse.

Existe consenso en cuanto a dos características clave de la conciencia: (1) el estado de conciencia (es decir, la vigilia) junto con los procesos básicos, cognitivos y emocionales; y (2) el contenido conocido de la conciencia (es decir, la consciencia) (Zeman, 2006; Bayne et al., 2016; Fazekas y Overgaard, 2016).

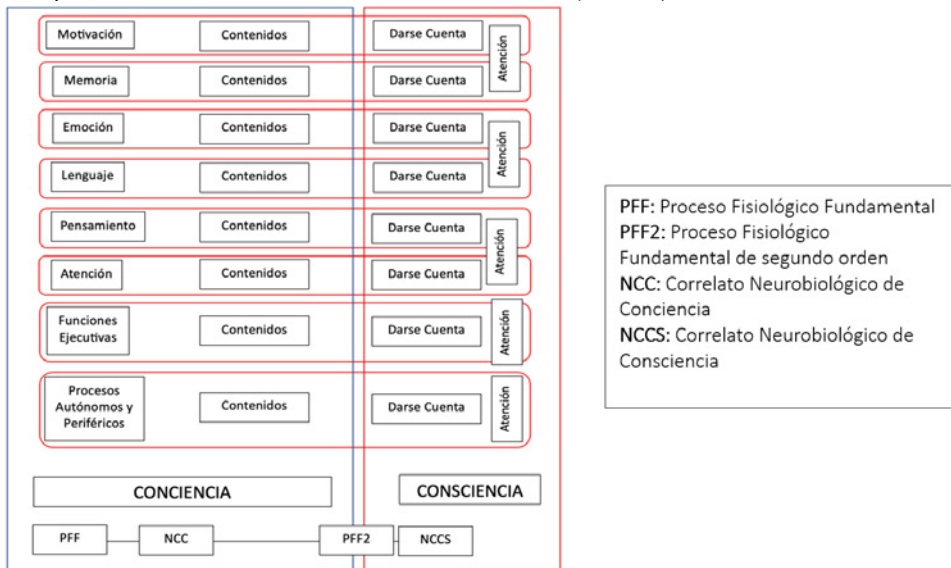
La constante y múltiple ejecución de procesos fisiológicos fundamentales (PFF) difiere entre el estado de sueño y el de vigilia. Durante la vigilia, se genera una actividad fisiológica particular que nos permite establecer una relación multinivel con la realidad y sus objetos. Estos PFF son los procesos cognitivos y emocionales que nos permiten percibir, atender, recordar, pensar, hablar, emocionarnos y alcanzar (o no) nuestros objetivos. Es importante señalar que los PFF no mantienen una relación causal con los NCC. Los NCC son los PFF y viceversa, pero pertenecen a un dominio fenoménico distinto, particularmente influido por las características del mundo y sus objetos. Un ejemplo ilustrativo es el funcionamiento de todos los componentes mecánicos, químicos y eléctricos en un auto en movimiento. El movimiento del automóvil existe en conjunto con los procesos mecánicos, eléctricos y químicos del auto, pero estos procesos no son la causa directa de dicho movimiento. Esta dimensión se relaciona con el concepto de mente encarnada, ya que no podemos concebir nada –al menos hasta ahora no existen registros– que se asemeje a una conciencia sin

estar plenamente inscrita corporalmente, ligada a un cuerpo que se mueve e interactúa con el mundo (Varela et al., 2000).

El segundo nivel es el de la conciencia y sus contenidos. Los objetos referenciales presentarían distintos tipos de contenido, vinculados con diversos dominios de procesos cognitivos o emocionales. Además, este nivel posee una propiedad integrativa fundamental (muy probablemente relacionada con las áreas de integración multimodal), que permite una conciencia integrada de la conciencia. El contenido de mi percepción, el objeto de mi atención o el estado emocional basal pertenecen a un nivel distinto al hecho de darme cuenta de este contenido. Este proceso de conciencia atenta pertenece a un nivel diferente al de la conciencia y sus contenidos y, necesariamente, debería estar vinculado a un procesamiento fisiológico fundamental diferente al de primer orden.

Figura 1

Esquema de dimensiones de relación entre PFF, NCC y NCCS

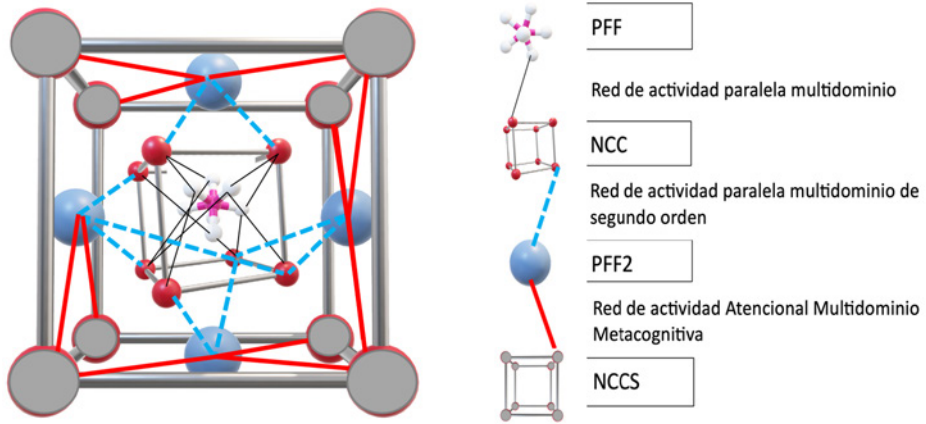


Los PFF y NCC se ejecutan en un constante emerger y desvanecerse. Sin embargo, no siempre somos conscientes de estos contenidos. Un ejemplo particularmente revelador es la divagación del pensamiento. En múltiples ocasiones he realizado el experimento de solicitar a sujetos adultos sin patología neurológica que adopten una posición de observador

(ser conscientes) de los pensamientos automáticos que puedan surgir durante 3 minutos (conciencia [pensamiento/contenido]). El resultado, una y otra vez, es el mismo: aproximadamente 20 ± 5 pensamientos, lo que equivale a 400 pensamientos por hora y 6,800 pensamientos automáticos diarios. Obviamente, no somos conscientes de este volumen de contenidos cognitivos, aunque el hecho de no ser conscientes de ellos no implica su inexistencia.

El cómo del PFF2, que es de un dominio fenoménico distinto al PFF de primer orden, necesariamente lo incluye, ya que se trata de los contenidos de la conciencia de los cuales soy consciente.

Similar a la crítica a las variables causales en salud mental de la perspectiva de redes, que propone que es la relación misma entre los síntomas la que genera el sufrimiento psicológico (derivando en trastorno), esta propuesta sostiene que los nodos (áreas fisiológicas específicas vinculadas a los procesos cognitivos y emocionales) se relacionan en una actividad de funcionamiento paralelo, de tal forma que su actividad conjunta (como sistema) da lugar a la conciencia. Este siguiente dominio de red, donde los procesos cognitivos y emocionales funcionarían como nodos de segundo orden, también posee una actividad de sistemas integrados, que permite una actividad de segundo nivel en la que se activan las relaciones específicas y las áreas fisiológicas fundamentales de segundo orden (PFF2), que en conjunto con el sistema anterior (PFF/NCC) darían lugar a la consciencia (NCC2), mediada por una capacidad distintiva de la atención como proceso multinivel, que permite atender a los demás procesos y también, de forma autorreferente, a sus propios contenidos.

Figura 2*Conexiones y niveles de red de conciencia y consciencia*

La actividad de los procesos fisiológicos fundamentales (PFF) – metabólica, química, eléctrica– generada en estructuras cerebrales corticales y subcorticales, se transforma en una red de actividad integrada que convierte esta actividad fisiológica en un sistema de generación procesal. En el siguiente nivel fenoménico, este sistema se vivencia como procesos cognitivos y emocionales. Este nivel corresponde a la Conciencia y sus Contenidos (NCC). La actividad específica e integrada de emoción, percepción, atención, memoria, funciones ejecutivas, motivación, pensamiento y lenguaje tiene la capacidad funcional de establecer una red de actividad paralela multidominio de segundo orden. Esta red integraría, además de los procesos de PFF y NCC, otras áreas corticales, estableciendo un siguiente nivel de relaciones de red en términos de estructura fisiológica, representada como una red de procesos fisiológicos fundamentales de segundo orden (PFF2). Las relaciones específicas y globales entre PFF, NCC y PFF2 generan un siguiente dominio fenoménico, donde la atención consciente desempeña un papel central y permite la capacidad autorreflexiva y metacognitiva de “darse cuenta”, es decir, la consciencia (NCCS).

Si se está de acuerdo con esta “diversidad” de los atributos de conciencia y consciencia, resulta indispensable establecer una metodología de redes que pueda dar cuenta de los correlatos neurobiológicos específicos de cada nivel.

Discusión

Una exploración profunda sobre los correlatos neurobiológicos de la conciencia implica no solo identificar las áreas cerebrales o los patrones de activación específicos, sino también comprender cómo estos elementos interactúan para dar lugar a la experiencia consciente en sus múltiples niveles. La diversidad de teorías y hallazgos sobre los correlatos neuronales de la conciencia (NCC) subraya la dificultad de llegar a una conclusión definitiva sobre los mecanismos cerebrales de la conciencia.

La distinción entre el “problema fácil” y el “problema difícil”, propuesta por Chalmers (1996), establece un marco conceptual para entender que, mientras el “problema fácil” podría resolverse identificando los mecanismos neuronales específicos de la percepción, la atención y el control ejecutivo, el “problema difícil” se enfoca en explicar la cualidad subjetiva de la experiencia consciente, es decir, el “qué se siente” ser consciente. Estudios recientes sugieren que la consciencia fenomenal y la conciencia de acceso (dos tipos de conciencia propuestos por Block, 2005) podrían tener orígenes neuronales diferentes, lo cual respalda la idea de que los NCC podrían abarcar distintos dominios.

En este contexto, la teoría del espacio de trabajo global, propuesta por Dehaene y Changeux (2011), sostiene que la conciencia emerge cuando la información específica es compartida entre varias áreas cerebrales mediante una red de conexiones frontoparietales. Este modelo ha sido respaldado por estudios de neuroimagen que demuestran cómo la activación coordinada de la corteza frontal y parietal se asocia con la conciencia perceptiva (Mashour et al., 2020). Sin embargo, otros estudios, como los realizados por Koch et al. (2016), cuestionan que este modelo sea suficiente para explicar la naturaleza de la conciencia, sugiriendo que los NCC no se limitan a estas redes de conectividad y dependen también de interacciones complejas con otras estructuras subcorticales, como el tálamo.

Desde una perspectiva distinta, las oscilaciones neuronales se han propuesto como un mecanismo fundamental en la generación de estados conscientes. En particular, las oscilaciones gamma (30-100 Hz) parecen desempeñar un papel crucial en la integración de información a nivel cortical, asociándose con la percepción consciente y la atención focalizada (Singer, 2001). En un estudio clave, Crick y Koch (1990) propusieron que la sincronización de las oscilaciones gamma en la corteza es un mecanismo

esencial para la vinculación de experiencias conscientes. Además, la sincronización de la actividad talamocortical por debajo de los 40 Hz, como la describieron Llinás y Ribary (1994), también se ha asociado con estados de conciencia, apoyando la idea de que estas oscilaciones permiten la comunicación entre diferentes áreas cerebrales necesarias para la experiencia consciente.

Por otro lado, la teoría de la información integrada (IIT), propuesta por Tononi (2008), se centra en la idea de que la conciencia es una propiedad intrínseca de sistemas que integran información de manera holística. En este marco, un sistema consciente es aquel que tiene un alto grado de información integrada, medida como ϕ (phi). Esta teoría ha sido respaldada por estudios de estimulación magnética transcraneal (TMS) y electroencefalografía (EEG) que muestran cómo los niveles de integración de información en el cerebro disminuyen en estados de inconsciencia, como el sueño profundo y la anestesia (Casali et al., 2013). Aunque la IIT enfrenta desafíos para su validación experimental, ha sido una de las teorías más influyentes en el debate sobre los NCC y el problema difícil de la conciencia.

Montemayor y Haladjian (2015) proponen un enfoque de red para comprender la conciencia, argumentando que los diferentes procesos cognitivos y emocionales pueden conceptualizarse como nodos en una red de sistemas integrados. Desde esta perspectiva, los procesos de primer orden, como la percepción y la atención, operan en un nivel básico, mientras que la reflexión consciente y la autorreflexión constituyen niveles superiores de integración de esta red. La interacción de estos niveles, según Montemayor (2021), podría explicar cómo surgen diferentes estados de conciencia y por qué algunos procesos conscientes parecen tener un umbral de activación neuronal más alto que otros. La red neuronal por defecto (RND), que incluye el córtex prefrontal medial, el precúneo y el giro cingulado posterior, ha sido asociada con procesos de autorreflexión y el sentido de “uno mismo” (Andrews-Hanna et al., 2014). Estudios han demostrado que la RND se activa durante los estados de descanso y la autorreflexión, sugiriendo que juega un papel en la conciencia introspectiva. En este sentido, la RND parece estar relacionada con la capacidad de un individuo para mantener un sentido de continuidad en el tiempo y una percepción integrada del yo, lo cual se alinea con el concepto de conciencia de segundo orden o autorreflexiva, propuesto por metateorías como la de Rosenthal (2005).

La evidencia sugiere que la conciencia no puede reducirse a un único proceso o estructura neuronal, sino que es el resultado de interacciones complejas entre redes de diferentes niveles y tipos. Un enfoque en redes multinivel que considere la diversidad de procesos cognitivos y emocionales podría ofrecer una comprensión más integrada de los NCC.

La propuesta de una estructura jerárquica de los procesos fisiológicos fundamentales (PFF) y de los NCC distintos a los NCCS, como un sistema distribuido y jerárquico, permite proponer una red entre los correlatos neuronales y los componentes fenomenológicos en múltiples niveles. Si bien aún quedan preguntas sin resolver sobre cómo los NCC de primer orden se transforman en procesos conscientes, la adopción de un enfoque de red podría ser una estrategia prometedora para describir las diversas manifestaciones de la conciencia. Este enfoque no solo sería más compatible con la naturaleza emergente y autoorganizativa de la mente, sino que también podría brindar una visión integradora de la conciencia, una comprensión que vaya más allá del dualismo de “problemas fáciles” y “problemas difíciles”, y una estructura metodológica más robusta que conecte la neurociencia, la psicología y la fenomenología.

Referencias bibliográficas

- Andrews-Hanna, J. R., Smallwood, J. y Spreng, R. N. (2014). The default network and self-generated thought: component processes, dynamic control, and clinical relevance. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1316(1), 29-52. <https://doi.org/10.1111/nyas.12360>
- Bayne, T., Hohwy, J. y Owen, A. M. (2016). Are there levels of consciousness? *Trends in Cognitive Sciences*, 20(6), 405-413. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.03.009>
- Block, N. (2005). Two neural correlates of consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.006>
- Block, N. (2008). Consciousness and cognitive access. *Proceedings of the Aristotelian Society (Hardback)*, 108(1pt3), 289–317. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9264.2008.00247.x>
- Bogen, J. E. (1995). On the neurophysiology of consciousness: 1. an overview. *Consciousness and Cognition*, 4(1), 52-62. <https://doi.org/10.1006/ccog.1995.1003>

- Casali, A. G., Gosseries, O., Rosanova, M., Boly, M., Sarasso, S., Casali, K. R., Casarotto, S., Bruno, M. A., Laureys, S., Tononi, G. y Massimini, M. (2013). A theoretically based index of consciousness independent of sensory processing and behavior. *Science Translational Medicine*, 5(198), 198ra105. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3006294>
- Chalmers, D. J. (1996). *The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory*. Oxford University Press.
- Chalmers, D. J. (2000). What is a neural correlate of consciousness? En T. Metzinger (Ed.), *Neural correlates of consciousness: Empirical and conceptual questions* (pp. 17-39). The MIT Press.
- Crick, F. y Koch, C. (1990). Towards a neurobiological theory of consciousness. *Seminars in Neuroscience*, 2, 263-275.
- Dehaene, S. y Naccache, L. (2001). Towards a cognitive neuroscience of consciousness: Basic evidence and a workspace framework. *Cognition*, 79(1-2), 1-37. [https://doi.org/10.1016/s0010-0277\(00\)00123-2](https://doi.org/10.1016/s0010-0277(00)00123-2)
- Edelman, G. (2005). *Wider Than the Sky: The Phenomenal Gift of Consciousness*. Yale University Press.
- Fazekas, P. y Overgaard, M. (2016). Multidimensional models of degrees and levels of consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(10), 715-716. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.06.011>
- Havlík, M., Kozáková, E. y Horáček, J. (2017). Why and how. the future of the central questions of consciousness. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01797>
- Heidegger M. (1927). *Ser y Tiempo*. Traducido por Jorge Eduardo Rivera (Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1997; Editorial Trotta, 2009 2a ed. cartoné).
- Heidegger M. (1969). Conversaciones con Heidegger. Frederic de Towarnicki / Jean-Michel Palmier. *L'Express*, 954, 20-26. Traducido por Julio Díaz Báez. Revista Palos de la Crítica.
- Jack, A. (2001). Introspective physicalism as an approach to the science of consciousness. *Cognition*, 79(1-2), 161-196. [https://doi.org/10.1016/s0010-0277\(00\)00128-1](https://doi.org/10.1016/s0010-0277(00)00128-1)

- Koch, C., Massimini, M., Boly, M. y Tononi, G. (2016). Neural correlates of consciousness: Progress and problems. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(5), 307-321. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.22>
- Llinas, R., Ribary, U., Joliot, M., Wang, XJ. (1994). Content and Context in Temporal Thalamocortical Binding. En G. Buzsáki, R. Llinás, W. Singer, A. Berthoz e Y. Christen, (Eds), *Temporal Coding in the Brain. Research and Perspectives in Neurosciences* (pp 251–272). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-85148-3_14
- Mashour, G. A., Roelfsema, P., Changeux, J.P. y Dehaene, S. (2020). Conscious processing and the global neuronal workspace hypothesis. *Neuron*, 105(5), 776-798. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2020.01.026>
- Metzinger, T. (2000). *Neural Correlates of Consciousness: Empirical and Conceptual Questions*. MIT Press.
- Montemayor, C. (2021). Types of Consciousness: The Diversity Problem. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 15. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2021.747797>
- Montemayor, C. y Haladjian, H. H. (2015). *Conciencia, atención y atención consciente*. Cambridge. MIT Press.
- Overgaard, M. (2006). Introspection in science. *Consciousness and Cognition*, 15(4), 629–633. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2006.10.004>
- Prinz, J. J. (2005). A neurofunctional theory of consciousness. En A. Brook y K. Akins (Eds.), *Cognition and the brain: Philosophy and Neuroscience Movement* (pp. 381-396). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511610608.012>
- Prinz, J. (2012). *The Conscious Brain*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195314595.001.0001>
- Polák, M. y Marvan, T. (2018). Neural Correlates of Consciousness Meet the Theory of Identity. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01269>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española, (23ª ed.), [versión 23.5 en línea]. <https://dle.rae.es>, [27 de septiembre, 2022].
- Rosenthal, D. M. (2005). *Consciousness and Mind*. Oxford University Press.

- Singer, W. (2001). Consciousness and the binding problem. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 929(1), 123–146. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05712.x>
- Tononi, G. (2008). Consciousness as integrated information: A provisional manifesto. *The Biological Bulletin*, 215(3), 216-242. <https://doi.org/10.2307/25470707>
- Varela F. (2000). *El fenómeno de la Vida*. Dolmen Ediciones.
- Varela F. y Shear J. (2005). Metodologías en primera persona, Qué, Por qué, Cómo”. *Gaceta Universitaria*, 1(2), 148-160.
- Zeman, A. (2006). What do we mean by “conscious” and “aware”? *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(4), 356-376. <https://doi.org/10.1080/09602010500484581>
- Zhao, T., Zhu, Y., Tang, H., Xie, R., Zhu, J. y Zhang, J. H. (2019). Consciousness: New concepts and neural networks. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 13. <https://doi.org/10.3389/fncel.2019.00302>

El rechazo anoréxico como maniobra para devenir sujeto. Desde el enfoque psicoanalítico lacaniano

Anorexic rejection as a maneuver to become a subject. From the lacanian psychoanalytic approach

Recepción: 15 de octubre de 2024 / Aceptación: 22 de noviembre de 2024

María José Lizana¹

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.916>

Licencia CC BY 4.0.

Resumen

El presente artículo analiza la relación entre el devenir sujeto a través del rechazo anoréxico desde la perspectiva psicoanalítica lacaniana, encontrando que dicho rechazo no es universal, sino que cumple funciones específicas en la subjetividad de cada persona con anorexia. A partir de esta temática, se abordan los tres registros de Lacan, la adolescencia, la identidad y el *ravage* materno, conceptos clave para explicar y reflexionar, desde la clínica psicoanalítica, sobre la maniobra de separación que imparte la anorexia desde su radicalidad. Además, se explora cómo, mediante un proceso de identificación, la identidad de cada sujeto se fija a la anorexia, con el temor a perderla. Asimismo, se trabajan temáticas como el amor y lo perverso en el vínculo con el Otro Primordial. El objetivo principal de este escrito apunta a visibilizar la radicalidad con la que una persona puede actuar para no quedar como objeto de este Otro Primordial, sino devenir en sujeto de deseo.

Palabras clave: anorexia; rechazo; separación; *ravage*; adolescencia

¹ Magíster en Psicología Clínica, Mención Teoría y Clínica Psicoanalítica por la Universidad Diego Portales. Diplomada en Intervenciones Terapéuticas en Infancia y Adolescencia por ADIPA. Diplomada en Docencia para la Educación Superior por la Universidad Central de Chile. Psicóloga por la Universidad Central de Chile, Santiago, Chile. Lord Cochrane 417. Autora para correspondencia. Código postal: 8050000.
Correo electrónico: ps.mjlizana@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0214-1734>

Abstract

This article analyzes the relationship between becoming a subject through anorexic rejection from the Lacanian psychoanalytic perspective, finding that such rejection is not universal but rather fulfills specific functions in the subjectivity of each person with anorexia. This theme addresses Lacan's three registers, adolescence, identity, and maternal ravage—key concepts to explain and reflect, from the psychoanalytic clinic, on the separation maneuver imparted by anorexia from its radicality. Additionally, it explores how, through a process of identification, each subject's identity becomes fixed to anorexia, fearing its loss. Moreover, themes such as love and perverseness in the link with the Primordial Other are also examined. The main objective of this work is to make visible the radicality with which a person can act to avoid remaining an object of this Primordial Other and instead become a subject of desire.

Keywords: anorexia; rejection; separation; love; adolescence

Introducción

La anorexia, socialmente, se entiende como el acto de no comer y mantener una figura delgada a toda costa. Sin embargo, desde la perspectiva del psicoanálisis, puede interpretarse desde un enfoque más reflexivo y analítico: el devenir sujeto a través de la palabra 'no', la cual articula el rechazo anoréxico.

En cuanto al rechazo, este puede analizarse desde diversas perspectivas, como el rechazo al alimento, al Otro o al cuerpo. Estas manifestaciones pueden representar distintas posibilidades en la práctica psicoanalítica para alcanzar una cura. Sin embargo, Cosenza (2014) plantea que el rechazo no es universal; aunque pueda parecer similar entre sujetos, la función que cada persona le atribuye es distinta. Además, el autor desarrolla cuatro funciones del rechazo: como demanda, como defensa, como pseudo-separación y como goce. Esto nos lleva a preguntarnos: ¿qué determina que cada sujeto asigne una función específica a este rechazo?

Una posible respuesta podría encontrarse en uno de los conceptos propuestos por Lacan en el Seminario 5 (2020): la demanda, entendida como aquello que "de una necesidad, por medio del significante dirigido al Otro, pasa" (p. 90). Esta demanda podría ser el motor del rechazo, particularmente en casos de una presencia materna excesiva que no permite la separación ni el desarrollo del deseo propio. Entonces, ¿es la metáfora paterna la

que falla al no permitir esta separación en la relación con la madre? ¿O es que la madre es tan voraz que no avala ni permite esta ley paterna?

En relación con estas preguntas, podría hipotetizarse que este rechazo radical hacia el alimento articula la separación de una madre presente y voraz, llevando al cuerpo a pagar un precio extremadamente alto para lograr esta separación.

En este sentido, este trabajo busca abrir nuevas perspectivas sobre la anorexia. Desde el sentido común, este trastorno se asocia con el alimento y el impacto que tiene en el cuerpo. Sin embargo, la misma sintomatología podría dar lugar a una nueva visión: la separación. En esta línea, la psicología y, en particular, el psicoanálisis permiten explorar cómo la relación con la madre sería una de las principales causas del origen de la anorexia.

Desarrollo

La anorexia nerviosa no solo afecta el ámbito psicosomático, al estar directamente relacionada con la percepción del propio cuerpo, sino que también suele manifestarse en la adolescencia. Por ello, a menudo se percibe como *una etapa adolescente, un llamado de atención o de maña*.

Desde el psicoanálisis, el objetivo no es únicamente alimentar el cuerpo, sino que las personas anoréxicas recobren el deseo. López (1999) afirma que «no basta con alimentar ese cuerpo; se necesita un ser humano vivo, un ser de deseo: “sí, que viva, pero con deseo”»(p. 608). Para ello, la palabra y el encuentro psicológico permiten liberar ese deseo capturado, ese “deseo de larva” al que se refiere Recalcati (2004).

Con base en lo anterior, resulta necesario abordar los registros de necesidad, demanda y deseo para, posteriormente, vincularlos con el concepto central: el rechazo en la adolescencia.

Anorexia nerviosa y su lazo con los registros de necesidad, demanda y deseo

Antes de comenzar con el desarrollo de este apartado, debemos recordar que, antes de la intervención del lenguaje en la vida de cada persona, es decir, antes de que el registro simbólico sea incorporado, el registro que

está presente es el de la necesidad. Como ejemplo, tanto en animales como en humanos, encontramos la necesidad de comer y beber; sin embargo, hay una gran diferencia entre ambos. Cuando el animal siente sed, puede movilizarse hacia el objeto deseado, como el agua. Por el contrario, un bebé no puede hacerlo, lo que genera un problema: el bebé debe comunicar su necesidad para poder satisfacerla. A través de este intento de comunicación, se evidencia la presencia de un centro ordenador: el lenguaje, que nos precede.

Aquel intento de comunicación que el bebé realiza mediante el llanto y el quejido requiere que el Otro primordial interprete y dé significado a esas expresiones. Así, el infante comienza a incorporar los significantes del Otro mediante las idas y venidas de la madre, es decir, a través de su presencia o ausencia. En este proceso, cuando ese Otro primordial interpreta y responde a lo que el bebé necesita, se pasa a un nuevo registro: la demanda. Según Lacan (2020), la demanda “es lo que, de una necesidad, por medio del significante dirigido al Otro, pasa” (p. 90). Es decir, la madre responde con el objeto de necesidad y, en ese momento, el bebé queda inscrito en el deseo del Otro.

Desde esta perspectiva, comprender los aspectos psicoanalíticos de la anorexia implica reconocer cómo se entregó este objeto de necesidad por parte del Otro primordial. Aunque la madre puede proveer el alimento, lo principal no es el objeto en sí, sino el *cómo* es dado. Es decir, la demanda trasciende y se convierte en una demanda de amor (Dor, 1994). En este sentido, la presencia y ausencia de la madre al entregar el objeto de satisfacción —en este caso, el alimento— transforma ese objeto en un *objeto de don* (Lacan, 1994).

Una vez que el infante queda inscrito en el lenguaje a través de la demanda, pasa al siguiente registro: el deseo. Este cambio del registro de la demanda al deseo se facilita mediante la *Metáfora del Nombre del Padre*.

Explicaré brevemente el significado de la “Metáfora del Nombre del Padre”. Es una metáfora porque no se refiere al padre físico, al padre de carne y hueso. Al hablar del Nombre del Padre, hacemos alusión al padre simbólico, aquel que sustituye al significante materno, es decir, al deseo materno. Según Lacan (2020), el Nombre del Padre tiene la función de “ser un significante que sustituye al primer significante introducido en la simbolización, el significante materno” (p. 179).

El Padre viene a romper, quebrar y separar la dualidad madre-hijo/a, permitiendo que, mediante el Complejo de Edipo, el hijo/a pueda separarse de la alienación materna y forjar su propio deseo. Sin embargo, en esta transición del registro de la demanda materna al del deseo, emergen los primeros síntomas radicales de la anorexia, y uno de ellos es el *no*. Este *no* posibilita la separación de la demanda materna, del Gran Otro primordial.

Lacan (2003) plantea que “este no. La negación, el desvío, el me gusta eso y ninguna otra cosa del deseo, se introduce ya aquí, y la especificidad de la dimensión del deseo salta a la vista” (p. 234). Siguiendo esta cita, podemos deducir que, antes de un *no*, hubo un *sí*. Antes de rechazar algo, es porque ese algo estuvo presente, quizás en exceso, saturando. En la anorexia, la relación madre-hijo/a se ve truncada por una acción de llenar, atiborrar, saturar al infante por parte de la madre, tal como se llena una bolsa vacía. La entrega de alimento, cuidado y protección no responde a la necesidad afectiva. Lo que la persona anoréxica pide es exactamente lo que el Otro no tiene: el amor (Recalcati, 2004).

Al sentirse llenada, pero al mismo tiempo vacía, la “anoréxica se coloca radicalmente del lado del deseo, deseando nada” (Recalcati, 2004, p. 55). Es en este movimiento radical donde la separación se vislumbra desde el propio cuerpo, pagando un precio elevado e incluso llegando a la muerte.

Anorexia Nerviosa y Adolescencia: Puntos de encuentro

¿Por qué hablar de anorexia nerviosa y adolescencia? La anorexia nerviosa emerge frecuentemente durante el pasaje a la adolescencia (Recalcati, 2004).

En esta etapa, se producen cambios significativos como el desarrollo pondoestatural, la menarquia y la espermarquia. Por tanto, la identidad personal se vincula profundamente con la vivencia de la sexualidad y el cuerpo. Desde este punto de vista, la anorexia comienza a operar como una maniobra de separación del Otro primordial, ya que el sujeto adolescente busca dejar de ser el fantasma del Otro, como lo fue en la infancia al alienarse frente a su demanda, para ahora crear su propia demanda.

Dolto (citado en Recalcati, 2004) describe este proceso en la etapa prepuberal como una “padresctomía”, un concepto que alude a la separación del deseo del Otro primordial y permite transitar hacia el deseo propio.

Los cambios corporales en este período pueden vivirse de manera contrapuesta. En muchos casos, conducen a la dismorfofobia, donde los adolescentes construyen una imagen distorsionada e irreconocible de sí mismos frente al espejo. Cuando esto ocurre de forma intensiva, el espejo devuelve una imagen deformada del cuerpo, rompiendo con el narcisismo y el yo ideal.

Este golpe al narcisismo y al Ideal genera que la imagen en el espejo sea siempre “*monstruosa* si no está perfectamente ajustada a la imagen del cuerpo-delgado” (Recalcati, 2004, p. 26).

El deseo de ver un cuerpo delgado en el espejo refleja la perpetuación del “deseo de nada” que caracteriza a la anoréxica. Este mecanismo permite a la persona mostrar fuerza de voluntad al mantener su yo ideal y su narcisismo. Curarse de la enfermedad se vuelve impensable, ya que ello implicaría perder esa identidad construida en torno a la anorexia.

Hekier y Miller (1994) sostienen que la paciente anoréxica teme perder la identidad que la enfermedad le otorga. En sus palabras: “si pierdo mi enfermedad, no sé qué hago, ¿qué soy?” (p. 29). Esta cita evidencia que el deseo de mantener el yo ideal y el narcisismo es más fuerte que el deseo de curarse, por el temor a perder la identidad representada por la anorexia.

La interrogante “¿Qué soy?” se conecta directamente con la posición que ocuparía la persona respecto al Otro si la anorexia desapareciera: “¿Qué soy para el Otro? ¿Qué soy para mi madre?”.

En general, los adolescentes no son quienes piden ayuda; son los padres quienes claman por asistencia urgente debido al malestar o sufrimiento de sus hijos (Aveggio y Araya, 2016). En esta dialéctica, la pregunta “¿Qué soy para mi madre?” toma relevancia. Sin la anorexia, no hay demanda; sin la anorexia, no soy.

Se desarrolla un temor profundo a perder la anorexia, lo que podría llevar al vacío, a quedar desnuda y despojada frente al mundo. La persona se percibe entonces como una adolescente recuperada, pero vulnerable y expuesta a la demanda del Otro, aquel que inicialmente rechazó.

Semblante, Cuerpo e Imagen

Dentro de la adolescencia, hay dos conceptos importantes que comienzan a desempeñar un rol decisivo en la formación de la identidad: la imagen y el cuerpo. En relación con la imagen corporal durante los cambios de la pubertad, es donde la anorexia muestra sus principales síntomas. Thibierge (2022), al hablar de imagen, la asocia con el reconocimiento del cuerpo al levantarse y mirarse al espejo, un acto cotidiano que todos realizan. Sin embargo, hay días en los que cuesta reconocerse, y es ahí donde la imagen reflejada en el espejo no coincide con lo que se percibe y siente. Esto es lo que Lacan (2006) denominó la *imagen especular*, que advierte al cuerpo que la imagen que ve en el espejo se ha modificado, y marca un momento en el que la mirada propia y el valor atribuido a la imagen cambian.

Algo ocurre en el cuerpo de las pacientes anoréxicas que ellas no pueden explicar; ese cuerpo se convierte en algo completamente extraño, ajeno al sujeto. De manera más precisa, hay una relación con el cuerpo porque no se puede desprender de él, lo que genera una conexión forzada que hace sentir que no se tiene control sobre ese cuerpo (Thibierge, 2022).

En la anorexia nerviosa, se experimenta un extrañamiento con la imagen reflejada en el espejo, que no concuerda con lo que las pacientes sienten. Este fenómeno, conocido como dismorfofobia, implica una alteración significativa en la percepción visual de la imagen real, lo cual causa angustia y desesperación.

Desde el concepto de semblante, tratado por Lacan (1971) en su Seminario 18, se articula lo que es la imagen y el cuerpo en relación con la verdad del sujeto, la cual se revela a través del semblante. En términos simples, el semblante es aquello que se muestra de manera natural, algo que está a la vista. Un ejemplo se encuentra en el *Estadio del Espejo*, descrito por Lacan (2009) en *Escritos I*, donde la imagen reflejada en el espejo que se presenta al niño funciona como un semblante, una Gestalt que produce júbilo, en la que el semblante actúa como una forma de verdad.

La verdad no es lo contrario del semblante. La verdad es esa dimensión (...) que es estrictamente correlativa del semblante. La dimensión de la verdad soporta el semblante. Algo se indica, pese a todo, del lugar a donde quiere llegar ese semblante. (Lacan, 1971, pp. 24-26).

Lacan (1971) aclara que el semblante no es un artificio, ya que está arraigado en la naturaleza. En este sentido, afirma que la naturaleza está llena de semblantes, lo que implica la concreción de una Gestalt imaginaria, tal como ocurre en el *Estadio del Espejo*. Todo esto refuerza la idea de que el semblante es todo aquello que se da a ver, que se muestra.

De manera similar, cuando la anoréxica se mira en el espejo, aparece un semblante que no provoca júbilo, en contraste con lo que sucede en el *Estadio del Espejo*. Ese semblante es la verdad que se le muestra. Además, el semblante opera en lo imaginario desde el cuerpo; al verse reflejada, la anoréxica percibe una verdad que no cambia, aunque otras personas la vean más delgada. Para la anoréxica, su verdad es que sigue estando en sobrepeso.

En el plano simbólico ocurre algo similar: el discurso que opera hacia ella refuerza su percepción al reconocer que está más delgada desde el diagnóstico de anorexia nerviosa. De esta manera, asume su verdad, que para ella es el semblante.

El semblante es una promesa, y para la anoréxica, es la promesa de seguir siendo gorda. Al asumir esta promesa, se genera un impacto en su cuerpo, que refuerza la creencia de que la imagen que ve en el espejo es la representación real de su cuerpo.

El porqué del rechazo y su maniobra

El rechazo cumple diferentes funciones según cada caso en particular (Cosenza, 2014). Recalcati (2013) reconoce seis tipos de rechazo. Para este escrito, nos centraremos en dos: el rechazo como maniobra de separación y el rechazo como invocación.

Comenzaremos con el primero. El rechazo como maniobra de separación se manifiesta cuando la anoréxica, al rechazar el comer, busca separarse de la demanda asfixiante del Otro primordial. Esta demanda, reforzada por su núcleo familiar, incrementa el rechazo, pues la anoréxica se niega a satisfacer dicha demanda.

La razón principal del rechazo como maniobra de separación es dejar de complacer las exigencias del Otro y forjar un deseo propio, desvinculado del deseo ajeno. Según Recalcati (2013): “¡No seré esclavo nunca más, de

aquello que no domino! ¡Al fin libre de las cadenas del cuerpo pulsional! ¡Al fin separado para siempre de la demanda del Otro!” (p. 20). Esto evidencia que el sujeto anoréxico busca liberarse de las ataduras impuestas por las demandas del Otro.

El rechazo surge porque la paciente anoréxica se sintió aspirada y reducida a un objeto exclusivo del Otro. Por tanto, el rechazo busca la separación para existir como sujeto deseante, aunque este deseo se formule de manera radical. Como señala Recalcati (2004): “Porque nada, ningún objeto, ninguna cosa, podrá jamás saturar la medida del deseo” (p. 55).

Este tipo de rechazo cumple la función de generar una separación alienante entre la madre y el hijo. Según Recalcati, el sujeto anoréxico se percibió como un objeto aspirado, un recipiente que debía ser llenado, donde el equívoco materno desempeñó un papel central. La madre interpretó las necesidades del bebé únicamente como hambre, saturando al sujeto. En la adolescencia, esto se manifiesta como una demanda de separación, en la que ahora el sujeto anoréxico es quien demanda y desea.

Por otro lado, está el rechazo como invocación, relacionado directamente con la demanda de amor. Este rechazo puede dividirse en dos categorías: rechazo como amor y rechazo como perversión.

El rechazo como amor, según Recalcati (2013), busca interrogar el amor del Otro e invocar un signo de este. En el cuerpo anoréxico, el acto de “comer nada” pone en riesgo la vida, esperando que el Otro reaccione ante esta demanda de amor. Recalcati (2004) ejemplifica esta dinámica: “Hazme ver si te hago falta, hazme ver los signos de tu amor, yo que te muestro los signos de mi amor desesperado, hazme ver si en ti hay un signo de amor” (p. 99).

Retomando el concepto de *bolsa vacía*, el objeto de necesidad —el alimento— fue entregado en exceso, sin una demanda de amor mediando la interacción. Este equívoco resalta en la entrega del objeto por parte del Otro primordial. El sujeto anoréxico busca abrir una falta en ese Otro completo, usando su cuerpo deteriorado como signo de desesperación. Implora la llegada de la demanda de amor al dejarse morir por ese amor.

El rechazo como perversión, en cambio, implica un juego con la vida y la muerte que otorga poder sobre el Otro. Este juego genera angustia y desesperación en los padres frente a la enfermedad, demostrando que es el

sujeto anoréxico quien domina la situación (Recalcati, 2013). Lacan (1994) lo explica así: “El niño come nada, algo muy distinto que una negación de la actividad [...] la madre de quien depende, hace uso de esa ausencia que saborea. Gracias a esta nada, consigue que ella dependa de él” (p. 68).

Por lo tanto, el rechazo y su maniobra tienen cualidades específicas. Por un lado, rechazan la sobrepresencia del Otro primordial recibida mediante el alimento, con el fin de separarse de la demanda materna. Por otro lado, buscan abrir una falta en el Otro primordial a través de una invocación de amor. Ambas maniobras se ejecutan desde la radicalidad y a través del cuerpo.

En palabras de López (1999): “Hay que tener ya en cuenta, a partir de este momento, cómo la actitud de rechazo frente a la imposición del Otro representa una forma de preservar el deseo propio” (p. 600). Esto significa que el rechazo anoréxico permite al sujeto devenir como un ser con demandas y deseos propios, libre del deseo del Otro primordial.

Todos estos aspectos pueden observarse en el tetraedro/cuadrípodo planteado por Lacan (2012), que incluye los vértices de semblante, goce, verdad y plus-de-gozar. Este esquema permite entender cómo interactúan en el campo del lenguaje, el deseo y el goce. Desde la anorexia, estos vértices se pueden comprender de la siguiente manera:

- A. Semblante:** Se refiere a la apariencia que sostiene las relaciones sociales y permite la articulación simbólica con el Otro. En la anorexia, se relaciona con el cuerpo como lugar de inscripción simbólica mediante la delgadez extrema y la negación del goce al rechazar el alimento.
- B. Goce:** Representa un exceso destructivo. En la anorexia, se observa en el rechazo al alimento y el control absoluto sobre el cuerpo. Además, se vincula con el *ravage*, enraizado en la relación con el Otro materno-primordial, cuya finalidad es lograr una independencia radical.
- C. Verdad:** En la anorexia, este vértice se expresa como el intento de borrar las marcas del deseo del Otro en el cuerpo propio, específicamente el deseo de vida del Otro.

- D. Plus-de-gozar:** Este vértice se conecta con el dominio de sí misma, al no ceder al goce de comer, convirtiéndose en un goce destructivo con límites mortales.

Conclusión

El presente artículo de reflexión ha permitido visualizar cómo un diagnóstico psicológico, como lo es la anorexia, cumple diversas funciones para instalar la separación del Otro primordial, además de ser analizado desde la perspectiva psicoanalítica. Esto abre la posibilidad de una nueva puesta en escena al momento de trabajar en el área clínica psicosomática.

Por lo anterior, se vuelve crucial puntualizar la relevancia clínica de reflexionar y abordar este tipo de diagnóstico, reconociendo que no solo tiene un componente físico-corporal, sino que está profundamente ligado a las relaciones vinculares que cada paciente con anorexia experimenta de manera subjetiva, con un propósito clave: la separación mediante el rechazo.

En esta línea, considerando que el rechazo puede manifestarse de diversas formas y cumplir múltiples funciones, en la práctica clínica se deben analizar las maniobras y los objetivos finales de la sintomatología presentada por el paciente. A lo largo de este escrito, hemos identificado tres elementos centrales: el rechazo, el cuerpo y la adolescencia, los cuales estructuran el trabajo clínico. Además, se deben abrir nuevos espacios de conocimiento que permitan profundizar en cómo la relación con este Otro Primordial –la madre– podría adquirir otras dinámicas, como el *ravage* y la *Ley Materna*.

Asimismo, resulta pertinente reflexionar sobre cómo los significantes de separación y amor actúan como ejes estructuradores de un proceso psicoterapéutico. Desde esta perspectiva, se pueden forjar líneas terapéuticas dirigidas a liberar el deseo y permitir el surgimiento del sujeto deseante. La separación es un hito estructurante que toda persona debe transitar para evitar quedar alienada al Otro en calidad de objeto.

Finalmente, es esencial resguardar este proceso, ya que, aunque la sintomatología del trastorno puede volverse potencialmente mortal, desde el psicoanálisis se plantea que también puede constituir una solución y una vía hacia la cura. En nuestra labor profesional, debemos proteger esta maniobra

y asegurarnos de que, aunque la separación radical tenga un factor positivo al abrir espacio al deseo propio, este deseo no se convierta en “nada.”

Es aquí donde el encuentro analítico o psicoterapéutico desempeña un papel esencial: permitir que la palabra trascienda la nutrición y la medicación –que, por supuesto, son importantes en términos de la vitalidad del paciente– y libere el deseo capturado. Solo así puede surgir un espacio para la vida, pero, lo más relevante, una vida con deseo de ser vivida (López, 1999).

Cuando observemos que el sujeto comienza a liberar ese deseo atrapado por el rechazo, podemos hablar del proceso que Freud (1923-1925) denominó *la cura*, un proceso que, según él, “se empeña en llenar esas lagunas del recuerdo, llega a inteligir que una cierta resistencia contrarresta la devolución de cada uno de esos recuerdos perdidos, y que es preciso compensar su magnitud mediante un trabajo” (pp. 287-288). Ese trabajo es, precisamente, el trabajo analítico.

Referencias bibliográficas

- Aveggio, R. y Araya, C. (2016). *Intervenciones psicoanalíticas en instituciones de salud en Chile: Adolescencia, psicoanálisis, instituciones y clínica con adolescentes*. RiL editores.
- Cosenza, D. (2014). *Introducción a la clínica psicoanalítica de la anorexia, bulimia y obesidad*. Grama Ediciones.
- Dor, J. (1994). *Introducción a la lectura de Lacan: El inconsciente estructurado como lenguaje en psicoanálisis. Introducción a la lectura de Lacan II: La estructura del sujeto*. Gedisa.
- Freud, S. (1923-1925). *Obras completas. Vol. XIX. El yo y el ello y otras obras*. Amorrortu.
- Hekier, M. y Miller, C. (1994). *Bulimia y anorexia: Deseo de nada*. Paidós.
- Lacan, J. (1971). *El seminario de Jacques Lacan v. 18: De un discurso que no fuera del semblante*. Texto establecido por Jacques-Alain Miller.
- Lacan, J. (1994). *Seminario 4. La relación de objeto*. Paidós.
- Lacan, J. (2003). *Seminario de Jacques Lacan: Libro 8: La transferencia, 1960-1961*. Paidós.
- Lacan, J. (2006). *El Seminario, Libro 10, La angustia, 1962-1963*. Paidós.
- Lacan, J. (2009). *Escritos 2*. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (2012). *Seminario 19: ... o peor (1971-1972): Topología de la palabra*. Paidós.
- Lacan, J. (2020). *Seminario 5. Las formaciones del inconsciente, 1957-1958*. Paidós.
- López, A. (1999). Anorexia: Comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 599-608.
- Recalcati, M. (2004). *La última cena: Anorexia y bulimia*. Ediciones del Cifrado.
- Recalcati, M. (2013). *Escritos sobre anorexia*. Ediciones Los Robles.
- Thibierge, S. (2022). *Clínica de la identidad*. Pólvora Editorial.

Lugares de la Palabra



La psicología como eje en la defensa de los derechos humanos: De lo individual a lo colectivo

Recepción: 29 de noviembre de 2024 / Aceptación: 9 de diciembre de 2024

Entrevista a la presidenta del Colegio de Psicólogos y Psicólogas de Chile A. G., Francisca Pesse H. Por la directora de la carrera de psicología de la Universidad Central de Chile y directora de Revista Liminales, Escritos sobre psicología y sociedad, Dra. Carolina Pezoa C.

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol13.num26.932>

Licencia CC BY 4.0.

CP: Buenas tardes. Primero que todo, para empezar, necesito tu nombre completo y el cargo que desempeñas actualmente para iniciar la entrevista.

FP: Bueno, mi nombre es Francisca Pesse Hermosilla y, en el presente, soy la presidenta del Colegio de Psicólogos y Psicólogas de Chile.

CP: Perfecto. Esta entrevista se contextualiza y tiene interés para nosotros realizarla debido al desarrollo que tú has tenido en el ámbito de la defensa y protección de los derechos humanos. ¿Cómo te interesaste por la psicología y los derechos humanos? Trabajas desde la perspectiva de la dictadura chilena, ¿no?

FP: Bueno, yo crecí en dictadura, así que mi activismo en el terreno de los derechos humanos comienza antes de estudiar psicología. Comienza en dictadura, durante el proceso en el que se estaban cometiendo graves violaciones a los derechos humanos.

En esa época, esto ya era un gran tema para mí. Yo era estudiante secundaria y, luego, estudiante universitaria. Así que, para mí, el activismo en pro de la

defensa de los derechos humanos comienza durante mi adolescencia. Después llegué al tema desde la psicología.

Primero trabajé en psicología comunitaria en un centro de atención de niños, niñas y adolescentes (NNA) de la red SENAME. Luego en una escuela especial, es decir, siempre vinculada a fenómenos relacionados con la vulneración de derechos. Más adelante, llegué a trabajar en la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura.

Desde entonces, uno de los ejes de mi desarrollo profesional ha sido la erradicación de la tortura. La verdad es que el trabajo en la Comisión fue durísimo, pero también muy enriquecedor. Marcó un antes y un después en mi desarrollo como psicóloga.

CP: Perfecto. Entonces, desde ahí, ¿nos puedes apoyar tal vez dando una breve definición de los efectos psicológicos de la dictadura en la población chilena?

FP: Bueno, el estudio de los efectos de la tortura, por lo menos en América Latina, está bien desarrollado en el contexto de procesos sociopolíticos donde se han cometido graves violaciones a los derechos humanos.

En algunos momentos, se consideró que la tortura y las graves violaciones a los derechos humanos se limitaban a contextos de violencia política. Los efectos están relacionados con un tipo de trauma particular, que tiene ciertas características algo distintas de otras experiencias traumáticas, como las relacionadas con delitos comunes o desastres.

Con el tiempo, se ha podido constatar que los efectos de la tortura presentan matices diferentes dependiendo de si se cometen en contextos de violencia política o no.

Hay distintos autores que han desarrollado líneas de trabajo en este campo. En Alemania, post-Holocausto, Bruno Bettelheim se refiere a un proceso de traumatización extrema. En América Latina, Ignacio Martín-Baró habla de trauma psicosocial. Por su parte, Bessel van der Kolk y Christine Courtois desarrollan el concepto de trauma complejo, que colegas como Elizabeth Lira y Jorge Barudy, entre otros, han trabajado posteriormente.

Este concepto se refiere a una secuencia de experiencias traumáticas relacionadas con algún tipo de abuso o violencia, incluyendo la violencia política. Algo muy parecido sucede en contextos de violencia sexual, especialmente contra niños y niñas, cuando el perpetrador es una persona cercana.

La persona siente una suerte de fracaso, una incapacidad para responder a un evento que es anormal. Es como la reacción frente a una situación crítica, donde las estrategias de afrontamiento que tiene la persona no le sirven para resolver ni procesar esa experiencia. Ese fracaso genera una crisis psicológica: la persona se siente desbordada, sobrepasada.

Cuando una persona es expuesta de manera prolongada y sucesiva a situaciones traumáticas, hablamos de trauma complejo.

El impacto de este tipo de experiencias es estructural, es permanente. Uno puede hablar de que las personas son, de acuerdo a su trayectoria biográfica, de una cierta manera hasta que viven este tipo de experiencia; después se redefinen, cambian y cambia también su forma de relacionarse con el mundo y con los demás.

Esto produce un efecto amplificador del trauma, porque tiene un impacto secundario o indirecto en la familia, en la comunidad; es un efecto expansivo.

Desde esta esfera de lo traumático, también hay otra sintomatología que tal vez sea más invisible, pero igualmente permanente, como es la sensación de miedo e incertidumbre.

CP: Entonces, ¿qué es lo que queda ahí, en las personas? ¿Qué sientes que todavía puede permanecer en la esfera de lo postraumático y cómo se maneja eso?

FP: Bueno, en Chile hemos tenido la posibilidad de documentar traumas de larga data por violencia política.

Cerca de la experiencia traumática, y desde lo clínico, lo más frecuente es encontrar como eje central el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y otros cuadros asociados, como la depresión, los trastornos de ansiedad, las fobias, los trastornos somatomorfos, el abuso de sustancias y el cambio permanente de la personalidad. Estas combinaciones sintomatológicas, además, van variando con el tiempo.

Sin embargo, lo que se observa en todas estas personas es una especie de fisura en el vínculo primario. En el fondo, lo que se rompe aquí es la confianza básica en otros seres humanos, producto de la gravedad de la vulneración cometida por personas que supuestamente debían proteger y no violentar. Es muy difícil integrar este tipo de experiencias, en las que otro ser humano actúa de manera inesperada y sorprendentemente violenta.

Por eso, a diferencia de otros tipos de trauma, este tipo de experiencias no permite que la trayectoria del proyecto de vida se restablezca naturalmente.

En un gran número de casos, requiere intervención profesional, ya que la trayectoria postraumática está asociada en un 90% a problemas psicopatológicos y psicosociales.

La mayoría de los cuadros se cronifican, siendo el TEPT y la depresión los más comunes. Incluso 40 o 50 años después, lo que se observa son algunos síntomas residuales. No necesariamente el cuadro completo, pero lo curioso es que los síntomas que permanecen en el tiempo lo hacen con la misma intensidad del inicio.

CP: Bueno, pasemos al tema de la memoria y el testimonio. Nos hablabas recién del testimonio de las víctimas en el proceso de sanación, y también nos gustaría saber cómo se aborda la memoria colectiva en la psicología del trauma.

FP: Yo diría que este es quizá uno de los temas menos abordados desde las políticas de reparación: la memoria colectiva.

En los procesos de reparación, este es uno de los grandes temas donde hay una deuda significativa. Creo que esto tiene que ver con una apuesta por un modelo muy clínico, y con nuestra forma de entender la salud de manera predominantemente clínica y hospitalocéntrica, ¿no?

Por lo tanto, los programas de reparación para personas sobrevivientes y sus familias están dentro de la red de salud, ajustándose a las estrategias de intervención de esos dispositivos asistenciales.

En cuanto a otras iniciativas de reparación fuera del ámbito de la salud, en la construcción de un relato colectivo, Chile cuenta con una red de sitios y museos de la memoria. Sin embargo, creo que esto responde a una lógica algo museográfica.

Respecto a si estos espacios logran dar cuenta de lo sucedido durante la dictadura, como en todo, no todos los sobrevivientes suscriben las versiones que se presentan en cada lugar. Pienso que falta desarrollar relatos locales de cada comunidad, no solo relacionados con las violaciones a los derechos humanos, sino también con todo lo vivido durante ese período tan difícil de nuestra historia. Hubo barbarie, pero también mucha solidaridad y sobrevivencia gracias a la organización en espacios colectivos. Eso forma parte de nuestra memoria histórica y es fundamental que las generaciones posteriores lo conozcan.

Muchas personas fueron brutalmente vulneradas. Entonces, ¿cómo se construye desde ahí un relato colectivo sobre lo que sucedió, sobre lo que vivieron esas personas y sus comunidades?

Por ejemplo, hay lugares como poblaciones que se formaron a partir de tomas de terreno. Muchas personas que llegaron a vivir allí después de la dictadura desconocen la historia de esos lugares, a pesar de que algunos de los antiguos habitantes se quedaron.

Hace poco tiempo, tuve la oportunidad de conversar por casualidad con una persona que me contó que había nacido y crecido en Lo Hermida. Durante la dictadura, esa población recibía visitas de colegios católicos que realizaban trabajos voluntarios. Uno de esos colegios era el mío.

Esta mujer me contó cómo, siendo una niña pequeña, esperaba los buses de los colegios y nos veía llegar. Para ella, los momentos más felices de aquellos años estaban relacionados con esas visitas, con la solidaridad, con las celebraciones como las navidades, en épocas en las que no había ni para comer. Esos encuentros eran una especie de remanso dentro de la eterna crisis.

Por mucho tiempo pensé que ese trabajo no había tenido impacto alguno, que no era recordado por nadie, y mucho menos como algo significativo. La mujer notó mi impresión, quizá por mi expresión, y al despedirse me dijo: *“Si tú creías que no fue importante lo que hicieron en esos años, estabas equivocada. Quiero que sepas que fue importante y que yo fui muy feliz durante esas visitas”*.

Al alejarme, se me llenaron los ojos de lágrimas y pensé: ¿Dónde están escritas estas historias? ¿Qué pensarán los niños, niñas y jóvenes de hoy sobre esto?

CP: Bueno, ya entrando en estos procesos de intervención y de apoyo desde la misma disciplina, ¿qué intervenciones psicológicas son más efectivas para las víctimas? ¿Cómo se puede trabajar con sobrevivientes para reconstruir su identidad y sentido de comunidad?

FP: Yo diría que los modelos de intervención y los enfoques psicoterapéuticos utilizados en América Latina, al menos durante las dictaduras de los años 70 y 80, para asistir a víctimas de graves violaciones a los derechos humanos, estuvieron muy relacionados con el psicoanálisis. Hay mucha documentación y estudios cualitativos sobre estas intervenciones y sus fundamentos.

En Chile, esa experiencia fue la base para tomar decisiones en la implementación de políticas públicas de salud, como el PRAIS. La primera normativa técnica fue muy fiel a la experiencia de esos equipos. Sin embargo, con el tiempo se ha descubierto que las terapias más efectivas para tratar traumas crónicos emplean otro tipo de técnicas. Muchas de estas provienen de la neuropsicología y de enfoques cognitivo-conductuales.

Las terapias de tercera generación dentro del modelo cognitivo-conductual, en general, funcionan muy bien para procesar experiencias traumáticas. Técnicas como la estimulación bilateral cerebral (EMDR) y la técnica de integración cerebral (TIC) han demostrado ser altamente efectivas en el manejo sintomatológico y en la obtención de resultados positivos en pocas sesiones. Estas técnicas se combinan con enfoques de elaboración o reprocesamiento cognitivo.

Aunque inicialmente estas metodologías fueron recibidas con desconfianza, cada vez son más utilizadas. Por ejemplo, comenzaron a usarse de forma más amplia en Japón en contextos de desastres naturales.

En el caso de Chile, el PRAIS, como política pública de reparación en salud para sobrevivientes de violaciones a los derechos humanos durante la dictadura, está actualizando su normativa técnica e investigando estos nuevos enfoques para incorporar lo que sea más efectivo.

CP: En situaciones en las que ya nos has hablado sobre el sentido de comunidad y la identidad, ¿cómo se da ese proceso?

FP: Cambian las personas, y sin duda también cambia la comunidad.

CP: ¿Cambia la comunidad?

FP: Sí, yo diría que la transformación es general y, lamentablemente, suele ser negativa.

Cuando se fisura la confianza básica en el otro, predomina la desconfianza. Esto lleva a que las personas tengan relaciones más complejas y, de algún modo, se adapten fácilmente a un contexto marcado por el individualismo.

En cuanto a la construcción de una identidad colectiva, creo que la única forma de contrarrestar esta tendencia hacia la individualización, que ha predominado en los últimos años, es promover un retorno a lo colectivo y a la organización social.

Y entonces, ¿qué pasos se pueden dar para instalar una cultura respetuosa de los derechos humanos y reconocer los riesgos de retrocesos autoritarios? Es esencial combatir en todos los espacios las conductas abusivas en general.

Cuando hablamos de la prevención de la tortura, creo que es muy importante entender que este fenómeno no está restringido a períodos históricos o a procesos de crisis y violencia política. La tortura ha existido y sigue existiendo de manera cotidiana, especialmente en espacios donde hay personas bajo custodia. Se produce por diversas razones.

Ponernos de acuerdo en que estas conductas son inadmisibles no es suficiente. Para prevenirlas, no basta con tomar acuerdos; es necesario también educarnos y educar a las futuras generaciones con una lógica diferente. Este desafío no es menor, porque recordar y conocer un poco sobre derechos humanos no es suficiente.

La experiencia del estallido social o la revuelta en Chile nos mostró de manera violenta que estos conocimientos no bastan para cambiar las conductas de quienes tienen el potencial de convertirse en perpetradores. Esa, al menos, es mi experiencia.

CP: Nos gustaría saber tu opinión respecto a estos procesos de justicia transicional y cómo se puede utilizar la psicología para apoyar la verdad y la reconciliación en sociedades postconflicto.

FP: Mira, retomando algunas de tus palabras, me gustaría puntualizar que la tortura no comienza ni surge como problema en Chile con la dictadura cívico-militar de Pinochet. Hasta mediados del siglo XX, los tribunales en Chile permitían sancionar con azotes.

Por otro lado, la práctica de la tortura ha existido siempre. ¿Hubo comisiones de verdad antes de las que reconocieron los crímenes durante la dictadura? Sí, hubo comisiones en dos períodos, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

El 11 de septiembre de 1973, en algunos espacios bajo la dependencia de Carabineros, se utilizó la parrilla y la electricidad para torturar desde el primer día. Esto significa que los implementos ya estaban disponibles, y la tortura era una práctica habitual, aunque no por razones políticas, sino aplicada a personas sospechosas de haber cometido delitos.

Cuando trabajé en la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura, muchas veces el momento de quiebre en el testimonio era precisamente ese: cuando la persona contaba que había recibido un trato propio de delincuentes, sin haber sido delincuentes. Eso era lo humillante, lo vejatorio: haber sido tratados de manera inhumana, como si esa forma de trato fuera justificable para otro tipo de grupos. Así de enraizada estaba la tortura en nuestra comunidad.

En Chile, incluso hoy, cuando se detiene a alguien en contextos como los del estallido social o la revuelta, estas acciones son practicadas por la policía desde el primer día. Te encuentras con una comunidad que dice: “Bueno, pero, ¿para qué te metes ahí?”. Es como si existiera una justificación implícita para permitir tratos crueles en ciertos marcos sociales. Por eso, llegar a un acuerdo colectivo que prohíba la tortura en cualquier contexto implicaría algo así como “un salto cuántico”.

Por ejemplo, cuando se habla de las condiciones vejatorias en las cárceles, la gente suele decir: “Bueno, pero son delincuentes, no les vamos a pagar un hotel de cinco estrellas”. Este tipo de discurso, tan extendido, refleja la idea implícita de que quienes cometen delitos y cumplen condenas no son personas, sino que pertenecen a otra condición. Creo que este es un tema que no hemos abordado de manera adecuada.

Actualmente, incluso vemos un retroceso en el discurso pro-derechos humanos. Se habla de un “estallido delincencial”, y se acusa a quienes trabajamos en derechos humanos de defender los derechos de los delincuentes. Se promulgan leyes como la Naim Retamal o la ley antibarricadas, en espacios donde supuestamente había consenso sobre la prohibición absoluta de ciertas prácticas por parte de agentes del Estado. Esto demuestra que una experiencia brutal no siempre genera un “nunca más” o garantiza la no repetición.

Tal vez sea importante mencionar que durante la dictadura cívico-militar ocurrió algo que quizá fue inédito: la tortura, las ejecuciones extrajudiciales y la desaparición forzada afectaron también a personas de clase alta. Por ejemplo, el asesinato de Carlos Prats y Orlando Letelier son casos emblemáticos.

Asimismo, durante el estallido social vimos a las fuerzas policiales disparar lacrimógenas y balines indiscriminadamente contra los rostros de las personas, sin importar su condición social.

En cuanto a la justicia transicional, la psicología ha desempeñado un rol crucial en la administración de justicia, gracias a ciertos estándares establecidos por Naciones Unidas, que han generado lineamientos para la investigación y documentación eficaz de la tortura.

En este contexto, además de tratados como la Convención contra la Tortura de Naciones Unidas y la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura en el sistema interamericano, existen documentos técnicos como el Protocolo de Estambul y el Protocolo de Minnesota, ambos ya en su segunda versión.

Estos protocolos establecen lineamientos para abogados, médicos y psicólogos que trabajan en la investigación y documentación de la tortura y de muertes potencialmente ilícitas. En este sentido, la psicología es una herramienta fundamental: no solo recoge el testimonio de las víctimas con técnicas específicas, sino que también documenta el daño causado por la tortura y lo presenta como evidencia ante la justicia, siguiendo ciertos estándares en informes especializados.

Llegué en 2007 a trabajar al Servicio Médico Legal (SML) en el Programa de Derechos Humanos, que se haría cargo del proceso de reidentificación del Patio 29 y otras causas de desaparición forzada. Esto se debía a que se había hecho

público que existían errores en las identificaciones realizadas en los años 90. En ese contexto, se convocó a un Comité Internacional de Expertos y se creó un Programa de Derechos Humanos dentro del SML, con un equipo especializado en identificación forense que dependía directamente del director nacional de ese entonces, Patricio Bustos Streeter (Q.E.P.D.).

En paralelo, se formó un pequeño equipo psicosocial para acompañar a los familiares durante el proceso de identificación, toma de muestras de sangre, exhumaciones, entrega de resultados y restos, entre otras etapas.

En 2006, había participado en un proyecto del Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) para formar psicólogos y abogados en estrategias multidisciplinarias de litigio y documentación de la tortura. Allí nos presentaron el Protocolo de Estambul. No estoy segura si fue ese año o el anterior cuando hubo una sentencia por torturas en el caso de la Academia de Guerra Aérea. En esa ocasión, el juez excluyó a todos los sobrevivientes que no tenían diagnóstico de TEPT, al considerar que, al no existir el diagnóstico, no había habido tortura. Los peritajes, realizados en su mayoría por el SML, eran psiquiátricos y mostraban una pésima interpretación de la información. Esto generó gran molestia tanto en los organismos de derechos humanos como hacia el propio SML.

Por esa razón, presenté una propuesta al director nacional para implementar el Protocolo de Estambul en el SML. Esto ocurrió a fines de 2007. Una vez aprobada la propuesta, comencé a trabajar con otras áreas del SML, como salud mental y clínica, que realizaban los peritajes de constatación de lesiones. Me mantuve a cargo de esta iniciativa hasta 2020, cuando llegó un director de derecha y me retiré de esa labor.

Durante ese tiempo, además de realizar acompañamientos, recorrí Chile realizando capacitaciones, convocando a expertos y promoviendo la adopción del Protocolo de Estambul. En 2009, el Comité contra la Tortura de Naciones Unidas felicitó la iniciativa del SML e instó al Estado chileno a redoblar esfuerzos destinando recursos para capacitar a expertos. En esa época, no existía el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), que se creó en 2010, marcando un antes y un después en mi trabajo.

A partir de 2010, comencé a colaborar con el International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), organizando capacitaciones para formar peritos del SML, organizaciones de derechos humanos, PRAIS, la Fiscalía Nacional y el INDH, entre otros. En el Informe Anual de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales de 2013, se menciona el proyecto para implementar el Protocolo de Estambul desde el SML como una “externalidad positiva” del Programa de Derechos Humanos vinculado a los procesos de reidentificación.

En 2015, participamos en un seminario organizado por la Fiscalía Nacional. Aunque ya había claridad sobre la tortura durante la dictadura, con el INDH comenzamos a enfocarnos en la tortura en democracia. En ese seminario, se acordó que el Fiscal Nacional emitiría un instructivo para todos los fiscales del país, estableciendo las diligencias mínimas a realizar en casos de violencia institucional o apremios ilegítimos.

En ese tiempo, el tipo penal no se denominaba tortura; estábamos a casi 40 años del golpe de Estado y aún no se reconocía formalmente. Esto cambió en noviembre de 2016, cuando se promulgó la ley que tipifica el delito de tortura. A partir de entonces, aumentaron considerablemente las solicitudes relacionadas.

Actualmente, hay pocas condenas por tortura. Este es el tipo penal más gravoso, pero también existen figuras como apremios ilegítimos y vejaciones injustas, de mayor a menor gravedad. Desde 2016, hemos registrado entre 8 y 9 condenas, la mayoría por apremios. En estos casos, la documentación de la tortura y el daño psíquico ha sido clave.

Al inicio, revisábamos todas las sentencias y notábamos que los jueces no mencionaban el Protocolo de Estambul. Participé como perito en un caso donde no hubo tortura física en el sentido común del término, sino graves sufrimientos infligidos por agentes del Estado a una menor de edad, quien fue obligada a presenciar la muerte de un amigo. Este caso permitió documentar el sufrimiento y el daño, y hubo condena por tortura.

Es bien insólito, pero en Chile la tortura siempre se asocia al daño físico, mientras que el daño psicológico se considera algo menor, incluso en la ley de tortura. Esta le otorga penas más bajas al daño ocasionado por tortura psicológica o por anulación de la personalidad, como la denomina el Código Penal. De hecho, el Comité contra la Tortura de Naciones Unidas nos ha solicitado corregir ese aspecto de nuestra normativa.

Yo diría que, desde 2016 en adelante, ya no hay dudas, al menos en la administración de justicia, de que la tortura existe, es sancionable y que el instrumento que debe usarse para su documentación es la última versión del Protocolo de Estambul. Así que cubrir la necesidad de formación en el Protocolo de Estambul para abogados, médicos y psicólogos es importante, aunque no suficiente.

Actualmente, en Chile, el Protocolo se aplica institucionalmente en el Servicio Médico Legal (SML). Eso ya está instalado, pero eso no significa que todos los informes sean de alta calidad. Ese es el desafío actual: garantizar la calidad. Lo menciono porque, cuando comencé este trabajo en 2007, sí existían dudas sobre por qué era necesario usar un tipo de pericia diferente para víctimas

o presuntas víctimas de tortura o apremios. Esto costó mucho trabajarlo con médicos y psicólogos en su momento.

Al inicio, había mucha resistencia. El nuevo estándar se veía, de alguna manera, como un mecanismo que podría interferir con la imparcialidad. Me costó mucho comprender esa percepción, pero finalmente lo entendí al analizar cómo se había desarrollado históricamente el proceso de peritajes de salud mental en el SML. Comprendí el tipo de peritajes que se realizaban antes de la reforma procesal penal y el contexto en el que se incorporó la psicología como disciplina en el SML.

Tuvimos que realizar un trabajo de sensibilización previo a la implementación del Protocolo de Estambul. Trajimos expertos y mostramos por qué era necesario usar este estándar. Creo que, actualmente, esa cuestión ya no está en duda, y me quedo con esa tranquilidad.

En mi opinión, el desafío actual está en la sociedad civil. Es necesario fortalecerla, porque, según mi experiencia, el Estado no es suficiente. Tener una sociedad civil capacitada e instruida en estas materias es fundamental para la administración de justicia.

CP: Bueno, hay varios aprendizajes que se han tomado de la historia, ¿no? Tú los has develado en la entrevista. No solo para prevenir futuros eventos, sino que queda claro que todavía hay violaciones a los derechos humanos, ¿cierto?

FP: Todos los días, lamentablemente.

CP: ¿Y la psicología en el contexto de la protección de los derechos humanos en Chile? ¿Qué dirías al respecto para cerrar con tus últimas palabras? ¿En qué estamos y hacia dónde vamos? Tal vez también somos parte de la formación de esta sociedad civil.

FP: Yo diría que hay poca conciencia de cuán importante y gravitante puede ser la psicología, no solo en el campo de la prevención de las violaciones a los derechos humanos, sino también en comprenderla como una disciplina que se relaciona directamente con el acceso y ejercicio de estos derechos. Cuando hablamos de salud, entendemos que abarca el bienestar psicológico, físico y social.

Cualquier problema que atente contra el bienestar humano debería ser de interés para nosotros como psicólogas y psicólogos. Deberíamos ocuparnos de estar en contra y expresar nuestra opinión desde lo disciplinar, sin duda. Esto es

político, profundamente político, no partidista, pero político al fin y al cabo. Sin embargo, hay mucha resistencia frente a esta idea.

Los psicólogos no somos neutrales, ni podemos serlo. Cualquier cosa que atente contra el bienestar debería preocuparnos profundamente, porque nuestro interés radica en promover todo lo contrario desde nuestro ejercicio profesional.

Ahora bien, creo que el concepto clave es la imparcialidad, más que la neutralidad. No se trata de ver violaciones a los derechos humanos donde no las hay. Uno debe tener criterio para filtrar la información. Pero ser neutrales sería incumplir nuestro mandato ético y profesional.

A la vez, creo que nunca hemos tenido, en la realidad local, el poder necesario para influir en la toma de decisiones relacionadas con las políticas públicas vinculadas a nuestra disciplina. Este es un sentir compartido por muchas generaciones de colegas a lo largo de la historia de nuestra profesión en Chile. Sin embargo, enfrentamos serias dificultades para organizarnos.

Actualmente, somos poco más de 85 mil psicólogas y psicólogos en Chile, pero solo alrededor de 1,200 están colegiados. Mientras no trascendamos de lo individual a lo colectivo, difícilmente tendremos la fuerza suficiente para incidir. No estamos presentes en muchos espacios en los que deberíamos estar. Y no es porque desde el Colegio de Psicólogos no se haga el trabajo, sino porque no nos ven. No estamos ahí, y muchas decisiones las toman otros gremios, otros cuerpos organizados y grupos de poder que, sin duda, tienen mayores posibilidades de ocupar esos espacios.

El concepto y el espíritu –como dicen los abogados– de la definición de derechos humanos están asociados a pilares fundamentales como la dignidad, la igualdad, la no discriminación y el derecho a la salud mental. Este último se relaciona con la posibilidad de realizar un proyecto de vida acorde con nuestras potencialidades y de aportar a la comunidad desde ahí.

Esto debería ocuparnos, no solo preocuparnos. Debemos organizarnos para poder señalar claramente nuestras inquietudes y evitar que se diga, por ejemplo, que estamos haciendo psicoterapia cuando vemos a una persona una vez al mes durante 45 minutos.

Por lo mismo, no podemos permitir que, en los indicadores de salud, estas intervenciones se contabilicen como procesos psicoterapéuticos, cuando sabemos técnicamente que eso no es psicoterapia.

No hemos estado presentes en los espacios donde se definen estas políticas, y nunca lo estaremos si seguimos tan atomizados como hasta ahora.

Envíos e instrucciones para autores

Normas de presentación de artículos

Para que un artículo sea publicado deberá cumplir con los siguientes requisitos de presentación:

1. Abordar alguna temática vinculada a la política de la revista.
2. Los artículos deben ser inéditos y originales (no deben haberse presentado a evaluación ni estar en proceso de publicación en otro medio).
3. Los trabajos deberán ser enviados en documento en formato Word, utilizando el sistema de gestión en línea de la revista.
4. Las imágenes deben ser enviadas en formato jpg, bmp o png.
5. Todas las ilustraciones, figuras y tablas deben indicarse en los lugares donde figurarán en el texto y ser anexadas en archivos aparte, en este mismo envío.
6. Los manuscritos deberán ser presentado en hoja en tamaño carta (letter 8 ½ x 11”), con interlineado 1.15, fuente tamaño 12 Times New Roman, con sus páginas numeradas. Cada párrafo debe ir separado por un espacio.
7. La extensión mínima de los artículos es de 4.000 palabras y la máxima es de 10.000 palabras, incluyendo imágenes, gráficos, figuras, citas y bibliografía.
8. Se reciben artículos en español, portugués o inglés de las siguientes características:
 - a. Artículo de investigación científica o tecnológica.

Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones.

b. Artículo de reflexión.

Documento que presenta resultados derivados de una investigación terminada, desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor o autora, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

c. Artículo de revisión.

Documento una investigación terminada donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de otras investigaciones, publicadas o no sobre temas de la psicología con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.

d. Reporte de caso o intervención.

Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.

9. Todo artículo debe incluir en español y en inglés: un título, un resumen entre 150 y 250 palabras y las palabras clave que identifican el área del artículo, sea esta disciplinar o interdisciplinar.
10. Todos los trabajos deben incluir el título en castellano (o portugués, según el caso) y en inglés (en negrita, centrado); luego debe señalar el nombre del autor (de la autora) (centrado), país de origen, el resumen y las palabras clave, en castellano e inglés (abstract y keywords). En la primera nota al pie se deben agregar los grados y títulos obtenidos por el autor o autora, su filiación institucional, y se debe indicar el correo electrónico y postal de contacto institucional (incluyendo código postal); finalmente deben agregar el ORCID de cada autor (a). Luego se debe incluir el texto del manuscrito, el que debe finalizar con una lista alfabética de las referencias bibliográficas.
11. En relación con los diferentes elementos del formato del artículo (estilo general, forma de citar en el texto, formato de las referencias, formato de las tablas, etc.), se seguirán las normas de estilo de la American Psychological Association (APA); estas normas pueden consultarse en el Publication manual of the American Psychological Association (7ª ed., 2019), o bien en la siguiente dirección URL: <http://www.apastyle.org>.

12. Las RESEÑAS DE LIBROS deberán tratar sobre una publicación editada en los últimos dos años. El texto enviado no debe superar las 1.500 palabras. Debe mencionar al autor, año de publicación y editorial del texto y centrarse en su aporte al campo en el cual se inserta.
13. Las opiniones expresadas en los trabajos son responsabilidad exclusiva de los autores. No obstante, las actividades descritas en los trabajos publicados se ajustarán a los criterios generalmente aceptados en el campo de la ética de la investigación, tal como omitir nombres o iniciales de personas sujetas a estudios clínicos o sociales.

Revisión y aceptación de artículos

Los artículos recibidos serán sometidos a una valoración preliminar por parte del Comité Editorial, que se reserva el derecho de determinar si se ajustan a las líneas de interés de la Revista Liminales, Escritos de Psicología y Sociedad y si cumplen con los requisitos indispensables de un artículo científico, así como con todos y cada uno de los requerimientos establecidos en las normas de publicación.

Proceso de evaluación por pares externos

Luego de esta evaluación, el texto ingresa al proceso editorial propiamente tal, partiendo por la selección de dos pares revisores/as con experiencia en su contenido. Estos pares son externos a la institución responsable de la publicación. El proceso de evaluación empleado es el sistema de doble par ciego.

Quienes actúan como revisores(as) externos(as) dictaminarán, en un plazo no mayor a un mes, si el artículo es:

1. Aprobado para publicar sin cambios
2. Condicionado a los cambios propuestos por los pares evaluadores
3. Rechazado
 - En el caso de que el artículo obtenga dos dictámenes positivos, podrá ser publicado de acuerdo con los tiempos de edición de la revista.

- Si los dictámenes están condicionados a cambios, el/la autor/a deberá atender puntualmente a las observaciones sugeridas. Para ello deberá reenviar el artículo con las correcciones, junto a una carta dirigida al Comité Editorial explicando los cambios efectuados. Los/las autores/as tendrán como máximo 21 días para responder las observaciones. Una vez que el artículo sea corregido, el Comité Editorial tomará la decisión sobre su publicación definitiva, informando oportunamente al/la autor/a.
- Si ambos dictámenes resultasen negativos, el artículo, al menos en su forma actual, será rechazado.
- En caso de que el escrito arrojará un dictamen positivo y otro negativo la decisión final recae sobre el Comité Editorial, que ponderará las opiniones emitidas por los revisores.

Los plazos de revisión de artículos pueden tomar como máximo 30 días.

Las comunicaciones se realizarán a través de plataforma OJS.

Normas Éticas

El código de ética para autores (as), evaluadores (as) y editores (as) fue elaborado con base a las Core practices del Committee on Publication Ethics (COPE), reconocido internacionalmente.

Política de plagio

Revista Linales adscribe a la Declaración de Singapur sobre la Integridad de la Investigación. Todos los documentos publicados deben adscribir y cumplir con dichos criterios. El equipo editorial toma las medidas necesarias para identificar y evitar la publicación de documentos en los que se haya producido una conducta indebida en la investigación, incluidos el plagio, la manipulación de citas y la falsificación/fabricación de datos, entre otros.

Revista Linales utiliza, siguiendo la política antiplagio de la Universidad Central de Chile, el software PlagScan Pro, al que son sometidos todos los

manuscritos recibidos, antes de comenzar su proceso de evaluación. No se considerarán para su publicación manuscritos enviados a otras revistas, ni publicaciones redundantes.

Responsabilidad de los autores

Los autores que envíen escritos, deberán atenerse a la norma editorial de la Revista.

Respecto a la originalidad y plagio, es imprescindible que el envío de un escrito sea, inédito. Por tanto, este escrito no puede haber sido publicado anteriormente, ni puede encontrarse en proceso de evaluación por parte de otra revista científica.

Las citas textuales de escritos que pertenezcan al mismo autor o a otros autores deben ir con su respectiva cita y referencia bibliográfica. Un texto copiado que aparezca en el escrito como propio del autor, será considerado plagio. Por lo tanto, el artículo será rechazado y denunciado.

El autor debe reconocer explícitamente en su escrito el trabajo de otras personas y citar debidamente las publicaciones en las que ha basado su escrito. Así como también, deberá señalar las fuentes de financiamiento del estudio del que da cuenta el manuscrito.

En el escrito, deberán estar señalados como co-autores, todas aquellas personas que han contribuido en la creación, diseño y ejecución del escrito. Asimismo, la colaboración de otras personas que hayan contribuido de alguna manera en el manuscrito.

Si es necesario se podrá solicitar a los autores que entreguen los datos originales de su trabajo.

El autor principal, deberá mantener comunicación con la revista. Y será el responsable de que todos los co-autores hayan visto el manuscrito en su versión final y están de acuerdo con su publicación.

Toda investigación incluida en un escrito debe haber sido aprobada por un comité de ética de investigación. Dicha aprobación debe aparecer de manera explícita en el artículo enviado para revisión.

Responsabilidad de los revisores

La evaluación por pares es esencial para las decisiones editoriales y para el mejoramiento de los manuscritos recibidos.

Si un evaluador no se siente capacitado para revisar el manuscrito, debido a que no es de su experticia, deberá notificar oportunamente al editor y excusarse del proceso de revisión y arbitraje con el objetivo de ser remplazado por un evaluador competente en la temática requerida.

Los escritos enviados a evaluación por pares serán presentados de forma anónima (sin señalar el nombre del autor o afiliación institucional). Todos los trabajos evaluados deben ser mantenidos en confidencialidad por parte de los evaluadores. Por lo tanto, no podrán enviarse, ni mostrarse ni discutirse con otras personas, excepto en casos especiales, que sean designados por el editor.

La información obtenida en el arbitraje no podrá de ninguna manera ser utilizada para provecho personal.

Los evaluadores deberán realizar un trabajo objetivo, es por esto que la crítica personal no se considera apropiada. Los comentarios y correcciones, deberán expresarse con claridad, fundamentando las observaciones y comentarios respecto al escrito.

Los evaluadores, deberán identificar si alguna fuente teórica está siendo utilizada en un artículo sin ser citada. Si el revisor descubre que el manuscrito tiene similitudes con otros escritos, debe comunicárselo al editor, alertando acerca de cualquier posible situación de plagio en un escrito, ya sea parcial o total.

Los evaluadores no podrán revisar escritos con los que tengan conflictos de interés debido a relaciones de coautoría, familiar, amistad, rivalidad u otro tipo de relación con el autor o co-autores. Si existe un conflicto de interés, se enviará el artículo a un evaluador alternativo.

Responsabilidades del editor

El equipo editorial de la revista, tendrá la decisión final sobre la publicación de los artículos. Su decisión la basará en la coherencia con la línea editorial de la revista, el juicio de los revisores, adecuación a las normas para autores y su relevancia para la disciplina. Los escritos solamente serán evaluados por su calidad intelectual y su originalidad. El editor, evaluará sin tomar en cuenta la raza, género, nacionalidad, etnia, orientación sexual, creencias religiosas y/o creencias políticas de los autores.

El editor mantendrá en confidencialidad los escritos que serán evaluados, no revelando información alguna, tanto respecto de sus temáticas, como su autoría, datos, análisis o conclusiones. Esto es aplicable en el transcurso de la evaluación para todos los manuscritos, así como también, con los trabajos que no serán publicados.

El Editor no podrá utilizar para su propio beneficio ninguna información que se presente en los escritos.

El editor responderá por cualquier eventual conflicto ético que pueda aparecer producto del envío de trabajos o de alguna queja emitida por miembros de la comunidad científica, quienes pueden pesquisar errores o plagio. Todo conflicto ético será resuelto por el Equipo Editorial a la brevedad, de manera de resguardar la credibilidad de la revista, la autoría de los participantes y a la comunidad lectora.

Declaración de privacidad

Los nombres y las direcciones de correo electrónico introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines establecidos en ella y no se proporcionarán a terceros o para su uso con otros fines.

Aviso de derechos de autor/a

Aquellos autores/as que tengan publicaciones con esta revista, aceptan los términos siguientes:

- Los autores/as mantendrán sus derechos de autor y garantizarán a la revista el derecho de primera publicación de su obra, lo cual estará simultáneamente sujeto a la Licencia de reconocimiento de Creative Commons 4.0 que permite a terceros compartir la obra siempre que se indique su autor y su primera publicación esta revista.
- Los autores/as podrán adoptar otros acuerdos de licencia no exclusiva de distribución de la versión de la obra publicada (p. ej.: depositarla en un archivo telemático institucional o publicarla en un volumen monográfico) siempre que se indique la publicación inicial en esta revista.
- Se permite y recomienda a los autores/as difundir su obra a través de Internet (p. ej.: en archivos telemáticos institucionales o en su página web) antes y durante el proceso de envío, lo cual puede producir intercambios interesantes y aumentar las citas de la obra publicada.



Universidad
Central

Facultad de Medicina
y Ciencias de la Salud

Carrera de Psicología

ISSN 0719-1758 ed. impresa

ISSN 0719-7748 ed. en línea